

2011
2012

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
innovatie en ondernemerschap*

Masterproef

*Arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector.
Gevalstudie: Eenheid 'Operatieve geneeskunde' binnen het
Academisch Ziekenhuis Maastricht*

Promotor :
Prof. dr. Hilda MARTENS

Jana Willems

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen , afstudeerrichting innovatie en ondernemerschap*

2011
2012

BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN

*master in de toegepaste economische wetenschappen:
innovatie en ondernemerschap*

Masterproef

*Arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector.
Gevalstudie: Eenheid 'Operatieve geneeskunde' binnen het
Academisch Ziekenhuis Maastricht*

Promotor :
Prof. dr. Hilda MARTENS

Jana Willems

*Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen, afstudeerrichting innovatie en ondernemerschap*

Woord vooraf

Deze eindverhandeling heb ik geschreven voor het behalen van de graad Master in de Toegepaste Economische Wetenschappen, afstudeerrichting Innovatie en Ondernemerschap. Als onderwerp heb ik gekozen voor arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector binnen het kader van levensfasegericht personeelsbeleid. Ik heb gedurende mijn opleiding altijd al een grote interesse gehad voor Human Resources. In de toekomst zou ik hier ook graag verder mee willen gaan. Daarnaast ben ik al van jongs af aan gepassioneerd door de zorgsector en de werking van deze sector.

Aan het begin van deze eindverhandeling wil ik even stilstaan bij al die personen die me begeleid en gesteund hebben bij het tot stand brengen van deze eindverhandeling. Het schrijven van de eindverhandeling was een leerrijk, maar geen gemakkelijk proces.

In de eerste plaats wil mijn ik promotor Prof. Dr. Hilda Martens hartelijk bedanken voor haar ondersteuning, begeleiding, tips en vertrouwen.

Verder wil ik een aantal personen binnen het academisch ziekenhuis Maastricht bedanken. Prof. Dr. Van Kerrebroeck en dochter, die de tijd namen om naar mij te luisteren en mij in contact brachten met meneer Lambriex, stafadviseur binnen het academisch ziekenhuis Maastricht. Meneer Lambriex zelf, voor zijn tijd, enthousiasme, begeleiding en grote hulp bij dit onderzoek. Tot slot Mevrouw Meers, senior stafadviseur, en de andere medewerkers, voor hun fijne samenwerking.

Daarnaast wil ik mijn ouders bedanken voor hun steun, geduld en goede zorgen tijdens mijn studies en deze eindverhandeling. Mijn vriend, Jo, die altijd voor mij klaar staat. Mijn broer en andere vrienden, voor hun optimisme en vertrouwen.

Ten slotte wil ik nog mijn dank betuigen aan iedereen wiens naam niet vernoemd werd, maar toch heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze eindverhandeling.

Samenvatting

De komende decennia zal de vraag naar zorg toenemen. De vergrijzing, de stijging van alleenstaanden en de hogere levensverwachtingen zijn maar enkele oorzaken. Om goede zorg te kunnen leveren, heeft de zorgsector nood aan goede en voldoende medewerkers. Maar de zorgsector kampt, ook vandaag nog, met een knelpuntberoep. Zo is 'verpleegkundige' volgens de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding [VDAB] (2010) een klassiek knelpuntberoep.

Dit vormt een probleem voor zowel het ziekenhuis, de verpleegkundigen, de andere medewerkers en de patiënten. Een goed levensfasegericht personeelsbeleid binnen ziekenhuizen is daarom noodzakelijk. Het verhogen van de arbeidskwaliteit van medewerkers speelt in dit beleid een belangrijke rol. Wanneer een werksituatie of job voldoet aan de juiste vereisten om optimaal te kunnen functioneren, zal de medewerker tevreden zijn met zijn werk en kan burn-out vermeden worden. Zo kan men de medewerkers langer binnen de onderneming houden en het mogelijk tekort aan arbeidskrachten opvangen.

Daarnaast kunnen we nog een tweede probleem terugvinden in de zorgsector, namelijk de noodzaak en bewustwording om te werken aan patiëntveiligheid. Bij ongeveer 40% van de patiënten is er sprake van te veel, te weinig of verkeerde zorg en één op de tien in het ziekenhuis opgenomen patiënten loopt schade op waarvan de helft te voorkomen is (Bakker, van der Weijden & Wollersheim, 2011).

Rond deze twee praktijkproblemen heb ik mijn onderzoeksvraag opgesteld, namelijk: *'Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen en de patiëntveiligheid verbeteren?'*

Mijn literatuurstudie is opgebouwd uit vier thema's: Levensfasegericht personeelsbeleid, arbeidskwaliteit en motivatie, kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Binnen mijn literatuurstudie heb ik een aantal studies gelezen rond arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid. Hieruit kwamen de meest bevorderende factoren voor een verhoging van de arbeidskwaliteit en voor een verbetering van de patiëntveiligheid aan het licht.

Na mijn literatuurstudie heb ik mijn praktijkonderzoek gevoerd op de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid 'Operatieve Geneeskunde' (RVE OG) in het academisch ziekenhuis van Maastricht (azM). Binnen deze RVE OG is het (nog) verhogen van de

arbeidskwaliteit en een grotere bewustwording van de ernst van patiëntveiligheid belangrijk. Om de situatie binnen het bedrijf te kennen, heb ik gewerkt met interviews. Mijn onderzoek is exploratief van aard. Men dient dus voorzichtig te zijn met veralgemeningen over de sector heen.

Volgende drie deelvragen heb ik binnen mijn praktijkstudie onderzocht:

1. *'Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers (nog) verhogen?'*
2. *'Hoe werkt de RVE OG aan een verbetering van de patiëntveiligheid?'*
3. *'Is er een verband tussen het verbeteren van de patiëntveiligheid en de arbeidskwaliteit van medewerkers?'*

Uit mijn literatuur- en praktijkstudie kon ik hetzelfde concluderen. Kenmerken van een 'goed beleid en strategie, goed leiderschap, beschikbaarheid en kwaliteit van middelen, juiste arbeidsomstandigheden, algemene tevredenheid op het werk en goede arbeidsverhoudingen' leiden tot een verhoging van de arbeidskwaliteit en tot een verbetering van de patiëntveiligheid. Het management moet daarom voldoende aandacht besteden aan deze factoren.

Hieruit kan ik een verband tussen de arbeidskwaliteit van medewerkers en de patiëntveiligheid binnen een ziekenhuis afleiden. Een hoge arbeidskwaliteit zal leiden tot een verbetering van de patiëntveiligheid en werken aan patiëntveiligheid zal leiden tot een verhoging van de arbeidskwaliteit.

Tot slot werd het belang van intrinsieke motivatie bevestigd. Een medewerker die zijn werk met plezier en passie doet, zal een hogere arbeidskwaliteit hebben en meer aandacht besteden aan patiëntveiligheid.

Lijst van afkortingen

- azM: academische ziekenhuis Maastricht
- RVE OG: Resultaat Verantwoordelijke Eenheid Operatieve Geneeskunde
- OK: OperatieKamer
- ZBC: Zelfstandig BehandelCentrum
- DBC: DiagnoseBehandelCombinatie
- SAP: Systemen, Applicaties en Producten in gegevensverwerking
- SEH: SpoedEisende Hulp
- Fte: fulltime equivalent, "rekeneenheid waarin de personeelssterkte of de omvang ve betrekking wordt uitgedrukt"(Van Dale, 2011)
- EPD: Elektronisch PatiëntenDossier
- EVS: Elektronisch VoorschrijfSysteem
- IGZ: Inspectie Gezondheidszorg
- Poli: Polikliniek, "de inrichting voor geneeskundige hulp aan niet-bedlegerige patiënten" (Van Dale Online, 2011).

Woord vooraf
Samenvatting
Lijst van afkortingen

Inleiding

Inhoudsopgave

Deel 1: Literatuurstudie.....	13
Hoofdstuk 1: Probleemstelling en onderzoeksvraag literatuurstudie.....	13
1. Inleiding.....	13
2. Probleemstelling en onderzoeksvraag literatuurstudie	13
3. Conclusie.....	14
Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet.....	17
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader.....	19
1. <i>Levensfasegericht personeelsbeleid</i>	19
1.1 Wat is een leeftijdsfasebewust personeelsbeleid?.....	19
1.2 Wat is een levensfasegericht personeelsbeleid?	20
1.3 Welke levensfasen kunnen we onderscheiden en wat zijn hun kenmerken en uitdagingen?.....	21
1.4 Conclusie	22
2. <i>Arbeidskwaliteit en motivatie</i>	23
2.1 Wat is arbeidskwaliteit.....	23
2.1.1 Criteria van de arbeidssituatie	24
2.1.2 Persoonsgebonden criteria	25
2.1.3 Effecten van arbeidskwaliteit.....	25
2.2 Waarom moet men werken aan arbeidskwaliteit?.....	25
2.3 Welke factoren bepalen een verhoging van de arbeidskwaliteit?.....	26
2.4 Wat is motivatie?	29
2.5 Welke vorm van motivatie is het beste en zorgt voor een hogere arbeidskwaliteit? 30	
2.6 Conclusie	33
3. <i>Kwaliteit van de zorg</i>	35
3.1 Wat is kwaliteit?.....	35
3.2 Wat is kwaliteit van de zorg?	35
3.3 Wat zijn de verschillende kwaliteitsdomeinen van kwaliteit van de zorg?.....	36
3.3.1 Effectiviteit	37

3.3.2	Tijdigheid	38
3.3.3	Efficiëntie.....	38
3.3.4	Veiligheid	39
3.3.5	Toegankelijkheid.....	39
3.3.6	Doelgroepgerichtheid.....	39
3.4	Conclusie	40
4.	<i>Patiëntveiligheid</i>	41
4.1	Hoe is patiëntveiligheid ontstaan?.....	41
4.2	Wat is patiëntveiligheid?.....	42
4.2.1	Definitie	42
4.2.2	Begrippen	42
4.2.3	Medicatieveiligheid	44
4.3	Hoe ontstaat onveiligheid?	45
4.4	Waarom gebruik maken van een veiligheidsmanagementsysteem?	47
4.5	Waarom is er nood aan een patiëntveiligheidscultuur binnen ziekenhuizen?	48
4.6	Wat is een patiëntveiligheidscultuur?.....	48
4.7	Hoe kan een patiëntveiligheidscultuur verder ontwikkelen?	49
4.7.1	COMPaZ.....	52
4.7.2	IZEP.....	53
4.8	Welke factoren bepalen een verbetering van patiëntveiligheid?.....	54
4.9	Conclusie	56
Deel 2:	Praktijkstudie.....	59
Hoofdstuk 1:	Omschrijving organisatie	59
1.	<i>Academisch ziekenhuis Maastricht (azM)</i>	59
2.	<i>Resultaat Verantwoordelijke Eenheid Operatieve Geneeskunde (RVE OG)</i>	60
3.	<i>Financieel-economische resultaten (2009)</i>	62
3.1	Productie	62
3.2	Personeel.....	62
3.3	Vermogen en resultaat.....	64
3.4	Kengetallen.....	65
4.	<i>Strategisch HR-beleid 2012-2015</i>	65
Hoofdstuk 2:	Praktijkprobleem en deelvragen RVE OG.....	69
1.	<i>Ontwikkelingen in de toekomst</i>	69
2.	<i>Conclusie en deelvragen</i>	73

Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet.....	75
1. <i>Algemeen</i>	75
2. <i>Interview</i>	76
Hoofdstuk 4: Weergave en bespreking van de resultaten.....	79
1. <i>Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen?</i>	79
1.1 Inleiding.....	79
1.2 Uitwerking eigen interviews.....	80
1.2.1 Onderwerpen en voorbeelden initiatieven.....	80
1.2.2 Bevorderende factoren	84
1.2.3 Aanbevelingen.....	85
1.3 Medewerkerstevredenheidsmeting van Hugo Lambiex	85
1.3.1 Instrument.....	85
1.3.2 Score methodiek.....	86
1.3.3 Verwerking en beeldvorming resultaten.....	87
1.3.4 Uitgewerkte resultaten	89
1.3.5 Bevorderende factoren	91
1.3.6 Aanbevelingen.....	92
1.4 Conclusie	93
2. <i>Hoe werkt de RVE OG aan een verbetering van de patiëntveiligheid?</i>	95
2.1 Inleiding.....	95
2.2 IRM High5 binnen het azM.....	96
2.3 Uitwerking eigen interviews rond ‘Bewust Veiliger’	97
2.4 Gedragsggericht interventieprogramma ‘Bewust veiliger’	99
2.4.1 Aanleiding.....	99
2.4.2 Doelstelling.....	99
2.4.3 Programma.....	100
2.5 Interventieprogramma binnen Cluster X	103
2.6 Interventieprogramma binnen Cluster Y.....	104
2.7 Conclusie	106
3. <i>Is er binnen de RVE OG een verband tussen de vooruitgang in het verbeteren van de patiëntveiligheid en de arbeidskwaliteit van de medewerkers?</i>	107
3.1 Inleiding.....	107
3.2 Uitwerking interviews binnen cluster X	108
3.2.1 Bespreking speerpunten	108

3.2.2	Score en bepalende factoren per speerpunt	110
3.2.3	Andere bevorderende en belemmerende factoren voor een goede vooruitgang in patiëntveiligheid.....	112
3.3	Uitwerking interviews binnen Cluster Y	113
3.3.1	Bespreking speerpunten	113
3.3.2	Score en bepalende factoren per speerpunt	113
3.3.3	Andere bevorderende en belemmerende factoren voor een goede vooruitgang in patiëntveiligheid.....	115
3.4	Verband en conclusie	116
Deel 3:	Conclusies.....	121
Hoofdstuk 1:	Vergelijking literatuurstudie en praktijkstudie.....	121
1.	<i>Zijn arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid levensfasegerelateerd binnen de RVE OG? ...</i>	121
2.	<i>Is er een verband tussen factoren van arbeidskwaliteit en van patiëntveiligheid in de literatuur?.....</i>	124
3.	<i>Vergelijking literatuur en praktijk.....</i>	125
Hoofdstuk 2:	Algemene conclusie.....	127
Hoofdstuk 3:	Verbeteringsadviezen.....	131
Hoofdstuk 4:	Wat heb ik geleerd?	135
	Bijlagen.....	137
	Lijst van geraadpleegde werken	145

Inleiding

Het onderwerp van deze eindverhandeling is: *'Arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector. Gevalstudie: eenheid 'operatieve geneeskunde' in het academisch ziekenhuis Maastricht.'*

In deze eindverhandeling tracht ik een antwoord te vinden op de vragen: "Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit verhogen? Hoe kan de zorgsector werken aan een verbetering van de patiëntveiligheid? Is er een verband tussen de arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid?".

Mijn masterproef bestaat uit drie grote delen. Deel 1 is een literatuurstudie, deel 2 een praktijkstudie en in deel 3 bestaat uit mijn conclusies.

Het eerste deel, mijn literatuurstudie, bestaat uit drie hoofdstukken. In mijn eerste hoofdstuk geef ik de probleemstelling en centrale onderzoeksvraag weer. Hoofdstuk 2 bestaat uit mijn onderzoeksopzet. Hierin leg ik kort uit hoe ik tot mijn literatuurstudie ben gekomen. In het laatste hoofdstuk geef ik het theoretisch kader rond mijn onderwerp weer. Binnen dit hoofdstuk komen vier thema's en hun relevante begrippen aan bod, namelijk levensfasegericht personeelsbeleid, arbeidskwaliteit en motivatie, kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid.

Het tweede deel, mijn praktijkstudie, bestaat uit vier hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk geef ik een omschrijving van de organisatie, het academische ziekenhuis Maastricht (azM) en van de eenheid Operatieve Geneeskunde (RVE OG), waarbinnen ik mijn praktijkstudie uitvoer. Het tweede hoofdstuk brengt inzicht in het praktijkprobleem binnen het azM en de RVE OG. Hieruit formuleer ik mijn deelvragen. In het derde hoofdstuk komt mijn onderzoeksopzet aan bod. Hierin wordt duidelijk welke stappen ik heb ondernomen en welke methoden ik heb gebruikt om mijn praktijkstudie te verwezenlijken. Het laatste hoofdstuk is een weergave en bespreking van de resultaten uit eigen interviews en uit de door andere gedane onderzoeken binnen de RVE OG. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit drie deelvragen rond arbeidskwaliteit, patiëntveiligheid en hun onderling verband.

In het derde deel formuleer ik mijn conclusies. Dit deel bestaat uit vier hoofdstukken. In hoofdstuk 1 maak ik een vergelijking tussen mijn literatuurstudie en praktijkstudie. Na deze vergelijking, geef ik in het volgende hoofdstuk mijn algemene conclusie en een antwoord op mijn centrale onderzoeksvraag. Hoofdstuk 3 toont enkele persoonlijk

verbeteringsadviezen, gericht aan de RVE OG. Tot slot ga ik in hoofdstuk vier na wat ik geleerd heb uit deze masterproef.

Deel 1: Literatuurstudie

Hoofdstuk 1: Probleemstelling en onderzoeksvraag literatuurstudie

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de algemene probleemstelling rond de gevolgen van de vergrijzing en ontgroening in de zorgsector beschreven. Welke problemen zijn er? Welke gevolgen heeft dit voor de zorgsector? Daarnaast wordt de probleemstelling rond patiëntveiligheid beschreven. Welke problemen zijn er? Welke gevolgen heeft dit voor de zorgsector? Uit deze twee probleemstellingen formuleer ik een centrale onderzoeksvraag, die in de verdere hoofdstukken wordt uitgediept.

2. Probleemstelling en onderzoeksvraag literatuurstudie

De vraag naar zorg zal de komende decennia toenemen. De vergrijzing, de stijging van alleenstaanden en de hogere levensverwachting zijn maar enkele oorzaken. Goede zorg kan je alleen maar bieden met goede en voldoende medewerkers. Meer jobs dus, voor de hele zorgsector. (Degadt 2010, Zorgwijzer 11).

Maar meer jobs betekenen niet noodzakelijk meer ingevulde vacatures. De zorgsector kampt, ook vandaag nog, met een knelpuntberoep. Zo is 'verpleegkundige' volgens de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding [VDAB] (2010) een klassiek knelpuntberoep. Ondanks aanbodverruimende initiatieven kon men de groeiende vraag naar verpleegkundigen niet inlossen. Door de vergrijzing groeit namelijk de medische vraag en door de technologische vooruitgang vraagt de markt competenties die minder aanwezig zijn.

Dit vormt een probleem voor zowel het ziekenhuis, de verpleegkundigen, de andere medewerkers en de patiënten. Een goed levensfasegericht personeelsbeleid binnen ziekenhuizen is daarom noodzakelijk. Namelijk een personeelsbeleid dat gericht is om medewerkers in alle levensfasen en van alle leeftijden, die nu werkzaam zijn, met plezier effectief en efficiënt te laten werken.

Het verhogen van de arbeidskwaliteit van medewerkers speelt in dit beleid een belangrijke rol. Arbeidskwaliteit kan omschreven worden als een bundeling van criteria (of kenmerken, vereisten) waaraan een werksituatie of job moet voldoen, opdat het functioneren van medewerkers - in termen van tevredenheid, motivatie,

betrokkenheid, gezondheid en welzijn – adequaat zou verlopen, aldus Kustermans en Vermeire (1995). Wanneer een werksituatie of job voldoet aan de juiste vereisten om optimaal te kunnen functioneren, zal de medewerker tevreden zijn met zijn werk en kan burn-out vermeden worden. Zo kan het ziekenhuis de medewerkers langer binnen de onderneming houden en het mogelijk tekort aan arbeidskrachten opvangen. De medewerkers moeten waarschijnlijk met minder medewerkers kunnen zorgen voor meer patiënten.

Daarnaast kunnen we nog een tweede probleem terugvinden in de zorgsector, namelijk de noodzaak om te werken aan patiëntveiligheid.

Hoewel de geneeskunde enorme stappen voorwaarts maakt, is het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg een urgente noodzaak. Vaker dan gewenst wordt geen optimale patiëntenzorg geleverd. Bij ongeveer 40% van de patiënten is er sprake van te veel, te weinig of verkeerde zorg en één op de tien in het ziekenhuis opgenomen patiënten loopt schade op waarvan de helft te voorkomen is (Wollersheim, Bakker en van der Weijden, 2011).

In Nederland is de eerste landelijke dossierstudie op initiatief van de Orde van Medische Specialisten in 2007 gepubliceerd. De resultaten op basis van 8000 aselekt getrokken patiëntendossiers uit 21 ziekenhuizen lieten zien dat van alle opgenomen patiënten 5,7% te maken krijgt met onbedoelde schade veroorzaakt door de zorg. Dit waren in 2004 circa 76000 patiënten. In 2,3% van alle opnamen is sprake van vermijdbare schade (Wagner, 2011).

Door deze twee praktijkproblemen ben ik gekomen tot mijn centrale onderzoeksvraag:

'Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen en de patiëntveiligheid verbeteren?'

3. Conclusie

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de vergrijzing en ontgroening grote gevolgen hebben voor de zorgsector. Medewerkers moeten in de toekomst waarschijnlijk met minder medewerkers zorg kunnen leveren aan meer patiënten. Het is voor ziekenhuizen daarom van groot belang om medewerkers zo lang mogelijk binnen de onderneming te houden.

Een goed levensfasegericht personeelsbeleid binnen ziekenhuizen biedt hiervoor een oplossing. Daarnaast moet het ziekenhuis werken aan de arbeidskwaliteit van de medewerkers. Wanneer een werksituatie of job voldoet aan de juiste vereisten om optimaal te kunnen functioneren, zal de medewerker tevreden zijn met zijn werk en kan burn-out vermeden worden.

Ook patiëntveiligheid vormt een grote uitdaging voor de zorgsector. Te vaak wordt geen optimale patiëntenzorg geleverd. Het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg vormt daarom een urgente noodzaak.

Mijn algemene vraagstelling heb ik, volgende uit deze praktijkproblemen, als volgt geformuleerd:

'Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen en de patiëntveiligheid verbeteren?'

Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet

Om inzicht te verwerven in het onderwerp wordt een literatuurstudie opgesteld. Mijn literatuurstudie is vooral gebaseerd op secundaire bronnen, zoals boeken en elektronische tijdschriften, in het Nederlands en Engels. Ik heb mijn literatuur gevonden in de bibliotheek van de Universiteit Hasselt en in de bibliotheek van de Katholieke Hogeschool Limburg, departement 'Gezondheidszorg' en 'Sociaal-agogisch werk'. Om deze literatuur te vinden heb ik gebruik gemaakt van tertiaire bronnen, zoals EBSCOHost, catalogi van verschillende bibliotheken en Google Scholar. De periode van mijn literatuur gaat van 1995 tot 2011.

Daarnaast heb ik google gehanteerd voor het vinden van zowel volledige teksten als bronvermeldingen. Verder heb ik enkele Nederlandse en Belgische websites, geraadpleegd: www.vmszorg.nl, www.amelior.be, www.zorgnetvlaanderen.be, www.nivel.nl, www.azm.nl, enz. Voor de lay-out en opbouw van mijn thesis, heb ik andere eindeverhandelingen over een gelijkaardig onderwerp bestudeerd.

Tot slot nog enkele belangrijke zoektermen: leeftijdsfasebewust personeelsbeleid, arbeidskwaliteit, arbeidstevredenheid, motivatie, kwaliteit van de zorg, patiëntveiligheid, patiëntveiligheidscultuur, enz.

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk tracht ik op een overzichtelijke manier de kern van enkele relevante begrippen binnen vier grote thema's weer te geven. Deze thema's zijn: *levensfasegericht personeelsbeleid (1.), arbeidskwaliteit en motivatie (2.), kwaliteit van de zorg (3.) en patiëntveiligheid (4.)*.

1. Levensfasegericht personeelsbeleid

1.1 Wat is een leeftijdsfasebewust personeelsbeleid?

Volgens Van Buul en Maas (2007, in Bombaerts & Martens, 2009) is leeftijdsbewust personeelsbeleid gericht op het ontwikkelen, benutten en behouden van capaciteiten, kennis en ervaring van alle individuele werknemers in alle leeftijdscategorieën op korte en lange termijn, waarbij rekening gehouden wordt met veranderlijke mogelijkheden en behoeften.

Als men het heeft over leeftijdsbewust personeelsbeleid, denkt men vaak aan de manier waarop men het de oudere werknemer gemakkelijker kan maken om zijn loopbaan langer vol te houden: andere jobinhoud, tijdskrediet, deeltijdswerk. Het wordt met andere woorden dikwijls een ontziebeleid. En zo werk het niet: want als je de oudere generatie ontziet, dan worden de jongeren nog feller belast. En dat is dan zeker geen schoolvoorbeeld van leeftijdsbewust personeelsbeleid. We stellen overigens vast dat de jongere generatie net zo goed vragende partij is om van dergelijke maatregelen gebruik te maken. Wie een jong gezin heeft, neemt professioneel graag wat gas terug en als die mogelijkheid wordt geboden, is de kans meteen groter dat men het langer volhoudt. (Martens in Bracke, 2006, p. 16-17)

Het doel van een leeftijdsfasebewust personeelsbeleid is dus niet alleen oudere medewerkers, maar alle medewerkers effectief, met werkgoesting en vitaliteit aan het werk te houden. De kern van dergelijk beleid is daarom werken aan condities in het bedrijf zodat mensen met energie, inzet en goesting *willen* en *kunnen* werken gedurende gans hun loopbaan (Lambrechts, Martens & Poisquet, 2007), op een manier...

- dat mensen zichzelf en mekaar naar waarde blijven schatten;
- dat mensen op hun interesses, talenten en kwaliteiten worden aangesproken en deze ten volle kunnen benutten en ontplooiën;

- dat rekening gehouden wordt met leeftijd en levensfasen met de bijhorende mogelijkheden en beperkingen;
- ...continu zoekend naar een werkbaar evenwicht tussen de noden/verwachtingen van het bedrijf en de noden/verwachtingen van het individu...;
- dat zowel "werkgever" als "werknemer" hiertoe actief hun verantwoordelijkheid nemen.

1.2 Wat is een levensfasegericht personeelsbeleid?

Volgens Van der Weegen (2006) is een levensfasebewust personeelsbeleid gericht op de duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers binnen een organisatie, door rekening te houden met hun actuele levensfase en de daarbij horende kenmerken en behoeften.

Binnen het academische ziekenhuis van Maastricht (azM), schrijft stafadviseur personeel en organisatie, Verheijen (2008), het volgende: "Iemand is inzetbaar wanneer er een evenwicht is tussen de belasting waaronder hij of zij staat en de belastbaarheid van die persoon. Bij levensfasegericht personeelsbeleid wordt er van uitgegaan dat verschillende fasen in het leven van iemand gekenmerkt worden door een specifieke combinatie van belastingsfactoren en belastbaarheidsfactoren" (p. 2).

Er moet dus een gezonde balans bestaan tussen de belasting die het werk van de medewerker meebrengt en de belastbaarheid van de medewerker, om de medewerker binnen de onderneming te houden en hem optimaal te laten functioneren.

Vervolgens streeft een levensfasegericht personeelsbeleid ernaar bij te dragen aan het beperken van ziekteverzuim, het verhogen van de tevredenheid van medewerkers en het verhogen van de aantrekkingskracht van de organisatie op de arbeidsmarkt, aldus Verheijen (2008).

Mijn praktijkonderzoek zal plaats vinden in het academisch ziekenhuis van Maastricht (azM) in Nederland. Meer uitleg over dit ziekenhuis volgt in deel 2 (hoofdstuk 1). Binnen dit ziekenhuis hanteren ze een levensfasegericht personeelsbeleid. Ik zal daarom uitgaan van dit beleid in mijn masterproef.

Daarnaast vind ik het zelf belangrijk dat men in een personeelsbeleid niet enkel rekening houdt met de leeftijd van de medewerker, maar ook met elke levensfase.

Iemand die bijvoorbeeld 30 jaar is en pas afgestudeerd is als verpleegster, zal zich in een andere fase bevinden als iemand die 30 jaar is en al 8 jaar werkervaring heeft. Deze medewerker zal dan ook andere behoeften hebben, ondanks dezelfde leeftijd.

1.3 Welke levensfasen kunnen we onderscheiden en wat zijn hun kenmerken en uitdagingen?

Verheijen (2008) onderscheid vijf levensfasen binnen het levensfasegericht personeelsbeleid van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM). Dit zijn 'jonge starter', 'spitsuur van het leven', 'stabilisatie', 'deskundig senior' en 'veroudering'

In onderstaande figuur worden deze vijf levensfasen met hun daarbij behorende kenmerken en uitdagingen weergegeven:

Levensfase	Uitdagingen
Jonge starters <i>Kenmerken:</i> <ul style="list-style-type: none"> - nieuwe dingen uitproberen - positieve instelling - zoeken uitdaging en afwisseling - fysiek vitaal - weinig privé verplichtingen - graag resultaten op korte termijn, geen langdurige projecten - werkcentrisch ingesteld - weinig ervaring - sport, reizen, vrienden, vrije tijd zijn belangrijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Opzoeken van grenzen - Voldoende energie overhouden om zich ook privé te blijven ontwikkelen - Coachen op zowel vakinhoud als persoonlijke ontwikkeling is belangrijk
Spitsuur van het leven <i>Kenmerken :</i> <ul style="list-style-type: none"> - beter inschatten eigen mogelijkheden - ontwikkelen, carrière maken - verantwoordelijkheid dragen - op het werk en privé eruit halen wat er in zit - toename verplichtingen in de privésfeer 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwetsbare groep gezien de drukte en ambities in werk en privé - Relativeren en keuzes maken is gezien de drukte belangrijk
Stabilisatie <i>Kenmerken:</i> <ul style="list-style-type: none"> - meer structuur en stabilisatie - ontstaan van mantelzorgverplichtingen - reflectie op eigen situatie - duidelijkheid op het werk en privé - hoogtepunt baan bereikt - soms radicale keuzes in werk en/of privé 	<ul style="list-style-type: none"> - Doordat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen hebben veel medewerkers in deze fase nog relatief jonge kinderen - Mantelzorg gaat een rol spelen - Naast deze zorgtaken op zoek naar reflectie en ruimte binnen werk en privé - Het op de juiste wijze afstemmen van alle wensen en bezigheden
Deskundige Senior <i>Kenmerken:</i> <ul style="list-style-type: none"> - veel werk en levenservaring - vitaal genoeg om veel te betekenen voor de organisatie - minder verplichtingen thuis dan in de voorgaande levensfasen - meestal redelijke balans werk en privé - weten hoe om te gaan met zichzelf, wensen en verplichtingen - toename mantelzorgverplichtingen - vaak bereiken carrièretop 	<ul style="list-style-type: none"> - Bij het niet goed doorlopen van de voorgaande fase kan teleurstelling of cynisme optreden. Hierdoor een vergroot risico op het nemen van psychische afstand van het werk met daardoor gevaar voor demotivatie en (langdurig) verzuim
Veroudering	<ul style="list-style-type: none"> - Op prettige wijze loopbaan afsluiten

<p><i>Kenmerken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - weinig medewerkers van 60> - afbouwen loopbaan - meer aandacht voor privé situatie - wellicht eerste fysieke ongemakken - soms kleinkinderen - mantelzorgverplichtingen - werksituatie rustig en stabiel 	<ul style="list-style-type: none"> - Als organisatie balans vinden tussen zoveel mogelijk gebruik maken van kennis en kunde en voorbereid zijn op afbouw van de loopbaan.
--	--

Figuur 1: Levensfasen en uitdagingen (Verheijen, 2008)

1.4 Conclusie

Een levensfasegericht richt zich op een duurzame en optimale inzetbaarheid van alle medewerkers. Dit door op de verschillende levensfasen in te spelen en zo aan de behoeften van de medewerkers te voldoen. Hierdoor kan voorkomen worden dat medewerkers vroegtijdig de organisatie verlaten omdat ze zich bijvoorbeeld niet gehoord voelen, of omdat ze niet tevreden zijn met hun werk en geen werkplezier meer ervaren.

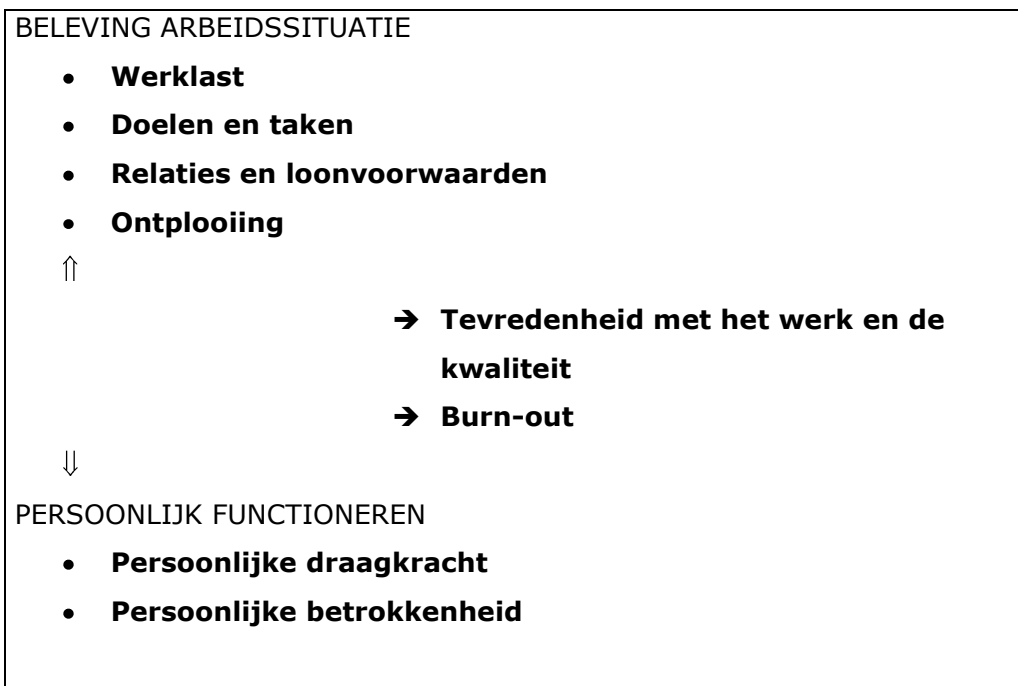
Door de vergrijzing en ontgroening is het noodzakelijk te werken aan deze duurzame en optimale inzetbaarheid van medewerkers. Arbeidskwaliteit speelt hierin een belangrijke rol. Wanneer de juiste voorwaarden worden gecreëerd om het werk goed uit te voeren, zal de arbeidskwaliteit en ook de tevredenheid met het werk bij elke medewerker stijgen. In volgend onderdeel komt 'arbeidskwaliteit uitgebreid aan bod.

2. Arbeidskwaliteit en motivatie

2.1 Wat is arbeidskwaliteit

Volgens Kustermans en Vermeire (1995) duidt arbeidskwaliteit een norm of doel aan. Het is een bundeling van criteria (of kenmerken, vereisten) waaraan een werksituatie of job moet voldoen, opdat het functioneren van medewerkers - in termen van tevredenheid, motivatie, betrokkenheid, gezondheid en welzijn - adequaat zou verlopen. De vraag rijst welke de kwaliteitscriteria van arbeid zijn. Welke concrete facetten of kenmerken van het werk maken de kwaliteit ervan uit?

Arbeidskwaliteit en de beleving ervan zijn geen op zichzelf staande realiteiten. Persoonsgebonden factoren spelen een mediërende rol naar de beleving van arbeidskwaliteit. Hierdoor zal eenzelfde arbeidssituatie door de ene persoon als positief beleefd worden en door andere als negatief, aldus Klustermans en Vermeire (1995).



Figuur 2: Model van arbeidskwaliteit (Klustermaans en Vermeire, 1995).

2.1.1 Criteria van de arbeidssituatie

De eerste groep criteria betreft de kenmerken van het werk zelf en de werksituatie. Het zijn de eigenlijke criteria van arbeidskwaliteit (Klustermaans & Vermeire, 1995).

Een eerste criterium binnen deze groep is 'duidelijkheid van **doelen en taken**'. Volgens Van den Broeck (2005) gaat dit criterium over de effectiviteit waarmee de medewerkers worden ingezet. De werkgever moet op een duidelijke en haalbare wijze de doelen en taken met de medewerker invullen en feedback geven over de resultaten.

'Optimale **werklast**' is een tweede criterium binnen deze groep. Dit criterium houdt verband met efficiëntie. Het komt er volgens Van den Broeck (2005) op aan; die werkorganisatie en werkmethode te kiezen, die optimaal rekening houdt met de beschikbare tijd, het aantal medewerkers en ook de fysieke, mentale en emotionele mogelijkheden van die werknemers.

Het derde criterium '**ontplooiings**mogelijkheden' is gericht op autonomie, variatie en ontwikkeling van vaardigheden. Organisaties of functies moeten aan medewerkers de ruimte geven om zich te ontplooien of creatief bezig te zijn (Van den Broeck, 2005).

Vervolgens is 'optimale onderlinge **relaties**' een criterium. Hier gaat het om factoren zoals onderling gesprek, erkenning van elkaars waarde, ondersteuning door elkaar, samenwerking, groepsgevoel, enz. (Van den Broeck, 2005).

Tot slot het laatste criterium '**loonvoorwaarden**'. De dimensie loonvoorwaarden bestaan uit een eenvoudige bevraging van de billijkheid van de verloning (Van den Broeck, 2005). Daarnaast beklemtoont Van den Broeck (2005) het volgende: "In onze interpretatie is de verloning een aspect van waardering. Vandaar dat de dimensie loonvoorwaarden in het model plaats krijgt bij de dimensie onderlinge relaties. Warme of variabele beloning is echter meer belonend dan het vast of koud loon en zeker het geld dat men elke maand contractueel krijgt" (p. 9).

2.1.2 Persoonsgebonden criteria

De tweede groep criteria speelt een mediërende rol bij het tot stand komen van de beleving en persoonsgebonden gevolgen van arbeidskwaliteit (Klustermaans & Vermeire, 1995).

Dit is onder andere '**persoonlijke draagkracht**'. Dit criterium weerspiegelt de mate waarin men op een actieve of positieve wijze omgaat met probleemsituaties en afziet van reactieve of negatieve copingstrategieën als: vermijden van bepaalde taken, afwachten, piekeren,... (Van den Broeck, 2005).

'**Persoonlijke betrokkenheid**' is het tweede criterium. Dit zegt iets over de mate waarin men zich als medewerker geïnspireerd en geëngageerd weet tegenover zijn werk, aldus Van den Broeck (2005).

2.1.3 Effecten van arbeidskwaliteit

De interactie tussen beiden kan resulteren in een aantal gevolgen voor de medewerker en organisatie (Klustermaans & Vermeire, 1995).

Een eerste gevolg is '**tevredenheid met het werk**'. Dit is de mate waarin de werknemer het werk graag doet en tevreden is over de kwaliteit van de dienstverlening en de organisatie van het werk (Van den Broeck, 2005).

Een tweede gevolg is '**burnout**'. Volgens Van den Broeck (2005) is dit de mate waarin men ten gevolge van het werk lichamelijke en psychische klachten ontwikkelt en daardoor afwezig blijft.

2.2 Waarom moet men werken aan arbeidskwaliteit?

Er is een onrustwekkende afname van de actieve bevolking door een combinatie van de toenemende vergrijzing (vervroegde uitstroom ouderen stijgt) en een toenemende ontgroening (instroom jongeren daalt). Hierdoor dreigen er tekorten op de arbeidsmarkt, de slagkracht van bedrijven daalt en het pensioenstelsel is niet langer betaalbaar als we niets doen (Lambrechts, 2006). Daarnaast zorgt de vergrijzing ook voor een stijgende vraag naar zorg. Mensen leven langer, waardoor er meer klanten ontstaan voor de zorgsector.

Deze vergrijzings- en ontgroeningsdruk vormen, samen met stijgende druk uit diverse hoeken, een serieuze uitdaging voor bedrijven. Niet 'zomaar' langer werken ("enkele jaartjes meer"), maar een streven naar meer en meer kwaliteit van leven en werken, aldus Lambrechts (2006).

Het is dus noodzakelijk om te werken aan de arbeidskwaliteit van de medewerkers in de zorgsector. Zo kan men de mogelijke arbeidstekorten opvangen en zorgen voor een betere kwaliteit van de zorg. Een tevreden medewerker is namelijk gemotiveerder om zijn werk goed te doen.

2.3 Welke factoren bepalen een verhoging van de arbeidskwaliteit?

In deel 1) tot 4) bespreek ik de resultaten uit vier onderzoeken rond de arbeidskwaliteit van medewerkers en ga ik op zoek naar bepalende factoren voor een verhoging van de arbeidskwaliteit. Namelijk factoren waaraan het ziekenhuis en haar management moeten werken opdat de medewerkers tevreden zijn met hun werk. Een overzicht van deze factoren geef ik weer in 5).

1) Rapport van NIVEL

Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) doet sinds 2001 elke twee jaar een zogenaamde monitorpeiling naar de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep in diverse zorgsectoren. Tijdens deze monitorpeiling geven de verpleegkundigen en verzorgenden aan wat er in hun ogen moet gebeuren om hun werk aantrekkelijker te maken.

Uit het rapport naar de 'aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep' van NIVEL (2009), blijkt dat de top drie van meest genoemde mogelijkheden over de jaren heen onveranderd is. De drie meest genoemde zijn: **meer waardering** voor verpleegkundigen en verzorgenden **vanuit de organisatie** (68%), **verlaging van de werkdruk** (66%), en **meer bij- en nascholingsmogelijkheden** (57%). Naast deze drie mogelijkheden vindt men **meer inspraak** belangrijk (49%), gevolgd door meer **ondersteuning vanuit de leidinggevenden** (42%), en een **duidelijker loopbaanperspectief** (39%) en **meer autonomie** (22%).

Deze factoren bepalen de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep. Hieruit kan ik stellen dat deze factoren bevorderend zijn voor de arbeidskwaliteit. In 5) worden deze factoren weergegeven.

2) Prismant-studie en het WPMZ-model

Het zogenaamde WPMZ-model, Werking Personeelsgerichte Maatregelen in Zorginstellingen, is ontwikkeld door Prismant, een onderzoeks-en adviesbureau voor de gezondheidszorg. Dit WPMZ-model is tot stand gekomen naar aanleiding van een studie naar de effectiviteit van HRM in zorginstellingen.

Uit de Prismantstudie en het WPMZ-model werd vastgesteld dat **inspanningen op HRM-vlak** lonen (De bakker en Martens, 2005). Voorbeelden van HR-activiteiten zijn rekrutering, arbeidsvoorwaardenbeleid, opleidingen, competentie management en verzuimbeleid. Van Dijk (2004) stelde vast dat: "Instellingen die op dit gebied actiever zijn bereiken ook een beter resultaat in termen van een hogere arbeidstevredenheid van het personeel, een betere gezondheid en welbevinden van het personeel, minder verzuim en minder verloop." (in De Bakker & Martens, 2005).

Daarnaast werd er in het rapport over het WPMZ-model verwezen naar andere belangrijke factoren, zoals het belang van **interne communicatie**, van de **leiderschapsstijl van de direct leidinggevende** en de **mogelijkheid om eigen capaciteit maximaal te benutten** (De Bakker & Martens, 2005).

Deze drie factoren, samen met de HR-activiteiten, leiden tot een hogere arbeidstevredenheid en zijn daarom bepalend voor de arbeidskwaliteit van de medewerker. In 5) worden deze samengevat in een overzicht.

3) Belimage-studie

De belimage-studie is een KUL-UCL studie over het professionele zelfbeeld van verpleegkundigen in de Belgische ziekenhuizen. Uit deze studie is duidelijk dat de context waarin verpleegkundigen een opdracht moeten realiseren een belangrijke bron van spanning, ontevredenheid en uitputting is. Verpleegkundigen willen meer effectief gesteund worden in hun zorgomgeving (De Bakker & Martens, 2005).

Volgens De Bakker en Martens (2005) werden er meer concreet een aantal spanningsvelden vastgesteld:

Een eerste spanningsveld is het management: 64% vindt dat de **informatiestroming van directie naar werkvloer** niet vlot verloopt en 49% voelt zich **niet gesteund door het verpleegkundig beleid** van het ziekenhuis. Respectievelijk 84% en 89% vinden dat een goed functioneren van het team afhankelijk is van de **kwaliteit van het leiderschap** en heeft expliciete nood aan een teamleider met visie. Een tweede spanningsveld is het **gebrek aan adequate ondersteunende diensten** die het mogelijk maken voldoende tijd te spenderen aan de patiënten. ... Het derde spanningsveld betreft **autonomie**. Bijna 60% procent vindt het zelfstandig kunnen beslissingen nemen zeer belangrijk maar 37% heeft de mogelijkheid niet. Een vierde spanningsveld betreft de relatie met andere disciplines. (p. 93)

Uit deze resultaten is duidelijk dat ziekenhuizen iets moeten veranderen aan de werkomgeving en werkomstandigheden van hun verpleegkundigen. Om de arbeidskwaliteit en -tevredenheid van verpleegkundigen te verhogen moeten ziekenhuizen werken aan bovenstaande factoren. In 5) worden deze factoren weergegeven in een overzicht.

4) VEVAK-onderzoek

In 1992 ontwikkelde VOCA Training & Consulting (CCV vzw) samen met LUCAS (Samenwerkingsverband Leuvense Universiteit en Caritas), Centrum voor Arbeids- en organisatiepsychologie van K.U Leuven, het ministerie van gezondheidsinstellingen, welzijn en gezin een instrument die verantwoordelijken in de gezondheids-en welzijnsorganisaties kunnen gebruiken voor het Vaststellen En Verbeteren van Arbeidskwaliteit (VEVAK) (Van den Broeck, 2005).

Sindsdien is de VEVAK-vragenlijst in heel wat voorzieningen afgenomen. Uit onderzoek merkte Van den Broeck (2005) op dat tevredenheid met het werk sterk gerelateerd is aan criteria als **duidelijkheid van doelen en taken, vaardigheidsbenutting** en **persoonlijke betrokkenheid**. Burnout staat vooral in verband met **werklast**, weinig **ondersteunende relaties**, een lage **persoonlijke draagkracht** en een te hoge **betrokkenheid**.

Ziekenhuizen moeten werken aan deze factoren om de arbeidskwaliteit te verhogen. In 5) worden deze factoren samengevat in een overzicht.

5) Overzicht: Verhoging van arbeidskwaliteit

In onderstaand overzicht heb ik de verschillende factoren, waaraan een ziekenhuis moet werken om de arbeidskwaliteit te verhogen, samengebondeld.

Studies	Werken aan				
	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E
1) Rapport NIVEL:	Waardering door werkgever	Beter loopbaanperspectief	Vermindering werkdruk	Beter overleg en besluitvorming binnen het team	Manier van leidinggeven
2) WPMZ-model	HR-activiteiten (recrutering, arbeidsvoorwaardenbeleid, opleidingen, competentie-management en verzuimbeleid)	Interne communicatie	Leiderschapsstijl van de direct leidinggevende	Mogelijkheid om eigen capaciteiten optimaal te benutten	
3) Belimage-studie	Management: informatie-doorstroming van directie naar werkvloer	Steun door het verpleegkundig beleid	Kwaliteit van het leiderschap	Adequate ondersteunende diensten	Autonomie
4) VEVAK-onderzoek	Duidelijkheid van doelen en taken	Vaardigheidsbenutting	Optimale betrokkenheid en persoonlijke draagkracht van medewerkers	Vermindering werklast	Ondersteunende relaties
Studie van securex	Autonome motivatie				

Waarom autonome motivatie volgens de studie van Securex (2009) ook als verhogende factor wordt gezien, wordt duidelijk in 2.5.

2.4 Wat is motivatie?

Volgens Bruce en Pepitone (2000) bestaat motivatie uit de drijfveren die ons ertoe aanzetten te doen wat we doen. Deze drijfveren komen voort uit biologische noodzaak, zoals honger en het verlangen ons voort te planten, en uit psychologische behoeften zoals de behoefte door anderen gewaardeerd en gerespecteerd te worden en de behoefte in ons leven waardevolle dingen te verwezenlijken. Daarnaast zijn mensen gemotiveerd te doen wat ze in overeenstemming met hun belang achten.

Corthouts (2005-2006) is van mening dat motivatie te maken heeft met beweging: in beweging gezet worden of zichzelf in beweging zetten.

Martens (2010) is ook van mening dat het gaat om een psychologische kracht die doet bewegen. Bovendien zorgt een goede vorm van motivatie voor het initiëren en het volhouden van een intentionele, doelgerichte activiteit.

2.5 Welke vorm van motivatie is het beste en zorgt voor een hogere arbeidskwaliteit?

Volgens Deci en Ryan (2000, in Martens, 2010) maakt een goede vorm van motivatie een onderscheid tussen de hoeveelheid of intensiteit van de motivatie en de kwaliteit of het type motivatie. Vroeger sprak men van betere uitkomsten bij meer motivatie. Nu is meer motivatie niet noodzakelijk beter, toch niet als het een lage kwaliteit van motivatie is.

De 'zelf-determinatietheorie' is de meest recente en evidente motivatietheorie. Gagné en Deci (2005) onderscheiden in hun zelf-determinatietheorie twee types van motivatie, namelijk de gecontroleerde motivatie en de autonome motivatie. De autonome motivatie vertrekt vanuit 'het gevoel van willen' en 'het hebben van een keuze'. Intrinsieke motivatie is hier een voorbeeld van. Wanneer mensen iets doen omdat ze het graag doen en het interessant vinden, dan doen ze dit vrijwillig. Ze werken omdat ze het leuk vinden. In tegenstelling tot de gecontroleerde motivatie, deze vertrekt vanuit 'het gevoel van druk' en 'het gevoel van moeten'.

Figuur 3 geeft de verschillende vormen van autonome en gecontroleerde motivatie binnen de zelf-determinatietheorie weer. Hieronder worden deze vormen besproken, beginnend met 'hoge autonome motivatie' en eindigend met 'hoge gecontroleerde motivatie' volgens Gagné en Deci (2005)

- Bij *intrinsieke motivatie* wordt het gedrag gesteld omwille van het plezier dat men er aan beleeft of de uitdaging die ermee gepaard gaat.
- Bij *geïntegreerde regulatie* is het gedrag volledig onderdeel geworden van jouw levensstijl en globalere waardenpatroon.
- Wanneer het gedrag als persoonlijk zinvol en belangrijk wordt ervaren, spreken we van *geïdentificeerde regulatie*.
- Bij *geïntrojecteerde regulatie* wordt het gedrag gesteld om gevoelens van schuld, schaamte of angst te vermijden of om je zelfwaarde hoog te houden en jezelf te bewijzen. Men ervaart een interne verplichting.
- Wanneer het gedrag wordt gesteld om een externe beloning te krijgen, een externe straf te vermijden of aan de verwachtingen van anderen tegemoet te komen, spreekt men van *externe regulatie*.

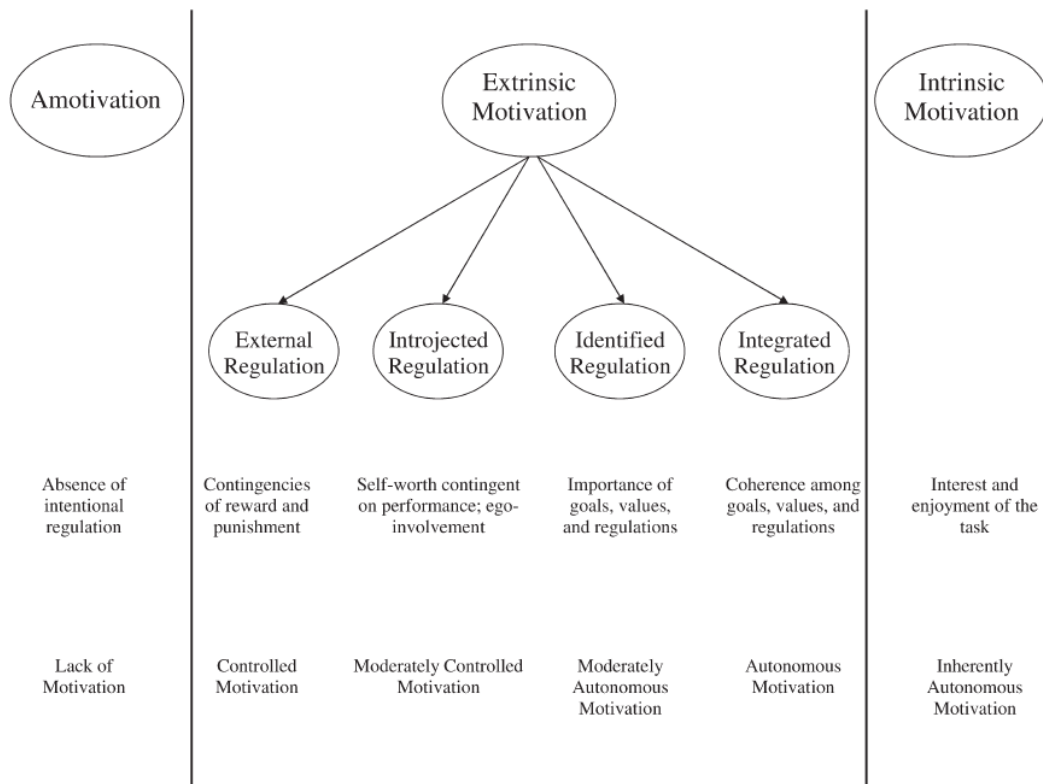


Figure 1. The self-determination continuum showing amotivation, which is wholly lacking in self-determination; the types of extrinsic motivation, which vary in their degree of self-determination; and intrinsic motivation, which is invariably self-determined. Also shown are the nature of the regulation for each and its placement along the continuum indexing the degree to which each represents autonomous motivation

Figuur 3: Zelfdeterminatie-theorie (Gagné & Deci, 2005)

Een recente studie, uitgevoerd door Securex (2009), internationale speler op gebied van HR-dienstverlening, toont aan dat 1 op 3 Belgische werknemers autonoom gemotiveerd is. Dit wil zeggen dat 1 op 3 zijn job doet enkel en alleen uit passie en/of omdat hij zijn job persoonlijk zinvol vindt, en niet omdat hij hiertoe interne of externe druk ervaart of hiervoor beloond wordt.

Deze autonoom gemotiveerde scoren het best op alle HR vlakken. Dit wil zeggen dat ze het minst stress ervaren, het beste werkvermogen hebben, de beste leefstijl rapporteren, meer energie hebben, zichzelf productiever vinden, meer betrokken zijn bij hun werk en hun organisatie, meer tevreden zijn, meer bereid zijn tot verandering en hoger scoren op innovatie. Autonome motivatie kan hierdoor ook gezien worden als een verhogende factor van arbeidskwaliteit (2.3) en patiëntveiligheid (4.8).

Gecontroleerde gemotiveerden daarentegen, bleken het slechtst te scoren op HR-variabelen zoals stress, werkvermogen, productiviteit en betrokkenheid. Deze

werknemers doen hun werk enkel en alleen omdat ze zich hiertoe gedwongen voelen door zichzelf of anderen.

Het verhogen van gecontroleerde motivatie (onder de vorm van incentives, bonussen, externe druk,...) is dus geen maatregel om betere bedrijfsresultaten te krijgen (Securex, 2009). Werkgevers moeten in spelen op de drie psychologische basisbehoeften om zodoende de autonome motivatie te verhogen. Dit zijn de behoefte aan autonomie, aan verbondenheid en aan competentie.

De drie psychologische basisbehoeften van de mens worden door Deci en Gagné (2005) als volgt omschreven:

- *Autonomie* verwijst naar de behoefte van mensen om te handelen met een gevoel van psychologische vrijheid, bijvoorbeeld doordat ze eigen keuze kunnen maken en zelf kunnen kiezen welke activiteiten ze doen in hun leven.
- *Relationele verbondenheid* verwijst naar de behoefte die mensen ervaren om warme en betrokken relaties op te bouwen, waar ze zich gerespecteerd en aanvaard voelen.
- *Competentie* verwijst naar de behoefte van mensen om activiteiten tot een goed einde te brengen en hun doelstellingen te behalen, waarbij ze hun vaardigheden verder ontwikkelen.

Indien aan deze drie basisbehoeften wordt voldaan, dan zal de autonome motivatie groeien: men zal op een vrijwillige wijze verandering nastreven.

De drie bovengenoemde basisbehoeften kunnen vergeleken worden met de criteria van arbeidskwaliteit die sterk gerelateerd zijn aan tevredenheid met het werk. Deze zijn duidelijkheid van doelen en taken, vaardigheidsbenutting en persoonlijke betrokkenheid. De arbeidskwaliteit van de medewerker zal dus ook stijgen wanneer de autonome motivatie groeit.

2.6 Conclusie

De zorgsector moet voldoende aandacht besteden en werken aan de criteria van arbeidskwaliteit. Die criteria kunnen gerelateerd zijn aan het werk zelf en de werksituatie of zijn persoonsgebonden. Wanneer een werksituatie of job voldoet aan de juiste vereisten om optimaal te kunnen functioneren, zal de medewerker tevreden zijn met zijn werk en kan burn-out vermeden worden. Zo kan men de mogelijke arbeidstekorten in de toekomst opvangen en zorgen voor een betere kwaliteit van de zorg.

Daarnaast is intrinsieke motivatie de beste vorm van motivatie. Daar het een hoge autonome en laag gecontroleerde motivatie heeft. Het gedrag wordt gesteld omwille van het plezier dat men er aan beleeft of de uitdaging die ermee gepaard gaat.

3. Kwaliteit van de zorg

3.1 Wat is kwaliteit?

Gravin (1988) definieert kwaliteit volgens vijf perspectieven. Het transcendent perspectief definieert kwaliteit vanuit de voortreffelijkheid die van nature uit aanwezig is. Het productgericht perspectief definieert kwaliteit als een meetbare variabele van de hoeveelheid bepaalde eigenschappen die een product bezit. De klantgerichte benadering bepaalt aan wat het product moet voldoen om gebruikt te worden door de klant. Het productieperspectief bepaalt hoe een product conform moet zijn aan het productieproces. Ten slotte zijn er de benaderingen die vertrekken vanuit een waardeperspectief. Wat is de waarde van het product? Afhankelijk van het perspectief krijgt kwaliteit een eigen invulling binnen de context van een bedrijf of voorziening.

Pollitt en Bouckaert (1995, in Van Roosbroek & Demuzere, 2007) maken bij de definiëring van het concept 'kwaliteit' een onderscheid tussen het 'producentgeoriënteerde perspectief' en het 'consumentgeoriënteerde perspectief'. Bij het producentgeoriënteerde perspectief wordt kwaliteit gerelateerd aan de output en is de doelstelling het beantwoorden aan vooropgestelde vereisten. Kwaliteit is in dit geval "*the intrinsic features of the good or service itself, as seen by those producing it*". Bij het consumentgeoriënteerde perspectief daarentegen wordt kwaliteit gerelateerd aan de effecten van het product of de dienst bij de gebruiker (burger/klant). Het is de beoordeling van de bruikbaarheid, de nuttigheid en de mogelijkheid om de gebruiker tevreden te stellen. Het perspectief van waaruit men kwaliteit benadert is doorheen de tijd geëvolueerd van producentgeoriënteerd naar meer consumentgeoriënteerd.

3.2 Wat is kwaliteit van de zorg?

Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid Nederland (2008) is één van de meest gehanteerde definities deze van het gezaghebbende Amerikaanse Institute of Medicine [IOM] (2001): "Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge".

Binnen het begrip kwaliteit worden verschillende kwaliteitsdomeinen onderscheiden. In de definitie van het IOM komen de aspecten effectiviteit, veiligheid, tijdigheid en vraaggerichtheid naar voren.

Volgens Wollersheim, Bakker en van der Weijden (2011) blijft het exact omschrijven van kwaliteit van de zorg moeilijk. Dat komt omdat het woord kwaliteit een graduele omschrijving is van iets anders. Daarom worden vaak andere, gemakkelijker te kwantificeren begrippen zoals meer of minder of beter of slechter gebruikt. Optimale zorg is effectief, doelmatig, patiëntgericht, veilig en moreel verantwoord.

3.3 Wat zijn de verschillende kwaliteitsdomeinen van kwaliteit van de zorg?

De in de literatuur meest voorkomende kwaliteitsdomeinen voor de publieke gezondheidszorg zijn effectiviteit (3.3.1), tijdigheid (3.3.2), efficiëntie (3.3.3), veiligheid (3.3.4), toegankelijkheid (3.3.5.) en doelgroepgerichtheid (3.3.6), aldus De Koning & Hoeijmakers (2007, in Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008).

Volgens Wollersheim, Bakker en van der Weijden (2011) kan, op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en het belang van veiligere zorg en goed functionerende zorgprofessionals, de kwaliteit van de zorg in de volgende domeinen worden onderscheiden:

- **Professionele kwaliteit** van de zorg, dat wil zeggen dat de zorg doeltreffend (3.3.1), veilig (3.3.4) en effectief (3.3.1) is en verleend wordt door competente zorgverleners.
- **Organisatorische kwaliteit** betekent dat de zorg op doelmatige (of efficiënte 3.3.3) wijze wordt aangeboden.
- **Patiëntgerichte zorg** is zorg die afgestemd is op de wensen, noden en behoeften van de patiënt (3.3.5).
- Maatschappelijke, moreel en juridisch **verantwoorde zorg** wil zeggen dat de zorg tijdig (3.3.2), vrij toegankelijk (3.3.5) en geïndividualiseerd naar de unieke patiënt (3.3.1) wordt verleend door een zich verantwoord gedragende zorgverlener die bereid is verantwoording af te leggen.

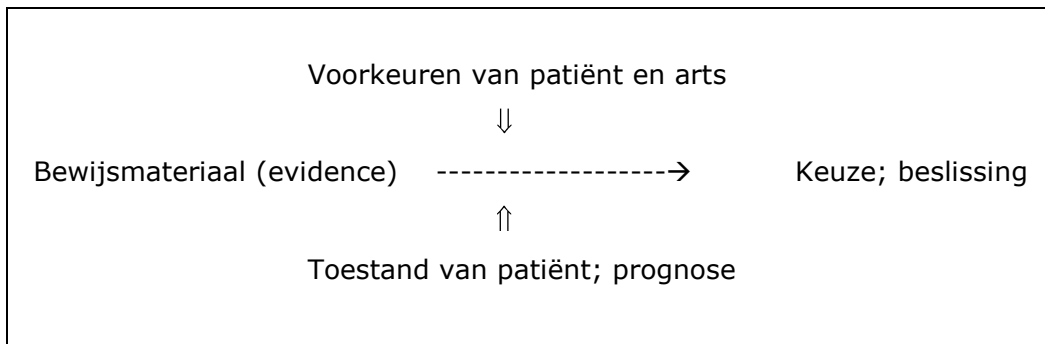
Hieronder wordt dieper ingegaan op de specifieke kwaliteitsdomeinen, volgens De Koning & Hoeijmakers (2007, in Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2008).

3.3.1 Effectiviteit

De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt. Hoe betrouwbaar is de zorg en hoe wetenschappelijk is een bepaalde handeling onderbouwd?

Volgens Wollersheim, Bakker en van der Weijden (2011) wordt van professionals in de gezondheidszorg verwacht dat zij goede, doeltreffende zorg leveren en dat de gemaakte keuzes goed kunnen worden verantwoord. De moderne zorgprofessional vertrouwt niet meer louter op ervaring, traditie en gezag, maar beroept zich zoveel mogelijk op resultaten uit wetenschappelijk onderzoek.

Evidence-basedmedicin (EBM) is een geschikte methode om keuzes voor doeltreffende zorg te onderbouwen met het beste bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek (Burgers, Vermeulen & Wollersheim, 2011). Dit bewijs wordt gecombineerd met klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Figuur 4 geeft de bronnen van informatie bij EBM weer.



Figuur 4: Bronnen van informatie bij evidence-basedmedicin volgens Offringa, Assendelft en Scholten (2008, Burgers, Vermeulen & Wollersheim, 2011).

Bij EBM worden de volgende vijf stappen gevolgd (Burgers, Vermeulen & Wollersheim, 2011):

1. *Een klinisch probleem vertalen in een beantwoorde vraag.* Voorbeeld: Zijn antibiotica echt nodig voor het leveren van doeltreffende zorgen voor kinderen met otitis media acuta (oorontsteking)?
2. *Efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal.* Voorbeeld: Voor het beantwoorden van bovengestelde vraag is een Cochrane review (Sanders S,

Glasziou PP, Del Mar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010) beschikbaar. Deze heeft in totaal 10 RCT's (randomizedcontrolled trials) geïnccludeerd, waaraan 2928 kinderen deelnamen. Gezien de strenge methodologische eisen die gesteld worden aan een Cochrane review, mag worden aangenomen dat dit het 'beste bewijsmateriaal' is voor het beantwoorden van de vraag.

3. *Het kritisch beoordelen van de gevonden literatuur op validiteit, effecten en toepasbaarheid.* De validiteit is de geldigheid van de resultaten. Om de gevonden effecten te beoordelen, worden bij voorkeur verschillende parameters gebruikt. Tot slot wordt de toepasbaarheid van de resultaten op de patiëntengroep die in de eigen praktijk worden gezien, beoordeeld.
4. *Het toepassen van het bewijs op individuele patiënten in de praktijk.* Elke patiënt is uniek. Naast de eerdergenoemde verschillen op basis van leeftijd, geslacht, etniciteit enz. , heeft iedereen unieke persoonlijke kenmerken die onder andere samenhangen met het karakter, de opvoeding en doorgemaakte life-events. Voorbeeld: De keuze met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica bij otitis media acuta kan bij het ene kind anders uitpakken dan bij het andere.
5. *Het regelmatig evalueren van de kwaliteit van dit proces.* Met de evaluatie van het proces wordt de kritische zelfreflectie bedoeld op de uitvoering van alle voorgaande stappen.

3.3.2 Tijdigheid

Het op het juiste tijdstip aanbieden van (preventieve) zorg en voorkomen van onnodige wachttijden na een positieve screeninguitslag.

3.3.3 Efficiëntie

Zorg die verspilling vermijdt. Het gaat hier om het feit dat de zorgverlening gericht is op de vraag. We kunnen efficiëntie omschrijven als 'doelmatige zorg'.

De organisatie van de zorg speelt hierbij een belangrijke rol. Kwaliteit ontstaat niet alleen door goed professioneel handelen van de individuele hulpverlener maar ook door goed organiseren binnen en tussen (onderdelen van) zorginstellingen en op het nationaal niveau van stelsels en wet- en regelgeving (Huijsman, 2011).

3.3.4 Veiligheid

Vermijden van schade bij interventies die bedoeld zijn voor het bevorderen van de gezondheid. Het gaat hier om 'veilige zorg': een zorg die vrij is van fouten, waardoor geen schade wordt toegebracht aan de patiënten en medewerkers. In het volgend deel wordt dieper ingegaan op 'patiëntveiligheid'.

3.3.5 Toegankelijkheid

Toegang tot (zorg)voorzieningen en interventies wordt niet belemmerd door persoonlijke kenmerken zoals geslacht of etniciteit. Er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende patiëntengroepen. Elke patiënt moet een evenwaardige zorg aangeboden krijgen (De Bekker, Eliens, de Haan, Schouten & Wigboldus, 2010).

3.3.6 Doelgroepgerichtheid

Respecteren van voorkeuren, noden en waarden van doelgroepen en daarnaar handelen. Het gaat hier om 'patiëntgerichtheid'. De zorg dient afgestemd te zijn op de noden, wensen en waarden van de patiënt.

Volgens de Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (in van der Weijden, Molenaar & de Booys, 2011) gaat het bij patiëntgerichte zorg om het realiseren van vraaggestuurde zorg – in tegenstelling tot aanbodgestuurde zorg – voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behouden van persoonlijke autonomie. Door patiëntenparticipatie in de zorg leren we de vragen, voorkeuren en waarden van patiënten beter kennen. Bij patiëntenparticipatie worden patiënten niet alleen gezien als bron van ervaringskennis, maar ook als partner van kennis. Het partnerschap speelt zicht af op twee niveaus: individuele patiëntenparticipatie en collectieve patiëntenparticipatie.

Bij individuele patiëntenparticipatie wordt de zorg van goede kwaliteit op maat geleverd zodat de inhoud en vorm zo goed mogelijk in overeenstemming zijn met de waarden en voorkeuren van de individuele patiënt. Bij collectieve patiëntparticipatie is de zorg van goede kwaliteit niet alleen effectief, doelmatig en veilig, maar ook: tijdig, goed toegankelijk, met een klantvriendelijke service en respectvolle bejegening van het individu. Door het systematisch monitoren van objectieve en subjectieve ervaringen van patiënten met de zorg, krijgt een organisatie of individuele

zorgverlener inzicht in de sterke en zwakke punten van haar of zijn patiëntgerichtheid (van der Weijden, Molenaar & de Booy, 2011).

3.4 Conclusie

Het Amerikaanse Institute of Medicine [IOM] defineert kwaliteit van de zorg als volgt: "Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge."

Daarnaast worden de meest voorkomende kwaliteitsdomeinen in de literatuur weergegeven. Dit zijn effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, veiligheid, toegankelijkheid en doelgroepgerichtheid. Patiëntveiligheid is een onderdeel van het kwaliteitsdomein veiligheid. Hierop wordt verder ingegaan in het volgende deel.

4. Patiëntveiligheid

4.1 Hoe is patiëntveiligheid ontstaan?

Een publicatie in *The Lancet* (1998, in NVKVV, 2010) toonde voor de periode 1983-1993 een sterke toename van het aantal sterfgevallen per jaar in de Verenigde Staten ten gevolge van medicatiefouten (binnen en buiten het ziekenhuis), met ongeveer 7.000 sterfgevallen in 1993. Dr. Lucian Leape heeft zich in deze materie verdiept, en publiceerde in 1994 in *JAMA* hierover het belangrijke artikel "Error in Medicine" (NVKVV, 2010).

Hierin vraagt Leape (1994, in Hellings, 2007) zich af hoe het komt dat er zo'n hoog aantal fouten gemaakt kan worden in de geneeskunde. Hij ziet hiervoor drie redenen. Ten eerste is er een gebrek aan bewust zijn over de problematiek van de patiëntveiligheid. Ten tweede veroorzaken de meeste fouten (gelukkig) geen schade. Maar de belangrijkste reden volgens hem is de moeilijkheid waarmee artsen en verpleegkundigen geconfronteerd worden in het omgaan met vergissingen en fouten en dit is een gevolg van de cultuur waarin de artsen en verpleegkundigen werken.

Met de publicatie in 2000 door het Amerikaanse Institute of Medicine [IOM] van het document "To err is human: building a safer health system", is de aandacht voor dit probleem in een stroomversnelling gekomen (NVKVV, 2010).

Volgens Hellings (2009) is veiligheid steeds meer en meer een aandachtspunt in onze samenleving. Er is geen discussie meer over het feit dat veiligheid een essentieel kenmerk is van kwaliteitsvolle zorg in ziekenhuizen. Maar het is niet evident veiligheid van de zorg te objectiveren. In het domein van patiëntveiligheid is er nood aan duidelijke terminologie en goed onderbouwde (meet)methoden en technieken om zowel de (on)veiligheid van de zorg te objectiveren, te verbeteren als de evolutie ervan te kunnen opvolgen.

Door de vergrijzing zal de vraag naar zorg de komende jaren toenemen. Daarnaast worden de patiënten door hun leeftijd en andere factoren (hoeveelheid medicatie, aantal verzorgers bij één patiënt, enz.) ook kwetsbaarder om te verzorgen. Hierdoor zal patiëntveiligheid in de toekomst nog meer groeien. Het verbeteren van patiëntveiligheid is een uitdaging voor elk ziekenhuis. Ook het academische ziekenhuis van Maastricht, waar ik mijn praktijkonderzoek zal doen, is hier meer bezig.

4.2 Wat is patiëntveiligheid?

Veiligheid, zoals al eerder vermeld in de definitie van het Institute Of Medicin [IOM], is een belangrijk deel van kwaliteitszorg. Ongewenste voorvallen zijn vaak het gevolg van een gebrekkig kwaliteitsbeleid van de zorg en niet van de ziekte van de patiënt. Het is daarom belangrijk om te werken aan patiëntveiligheid en deze voortdurend te optimaliseren.

4.2.1 Definitie

Volgens Van Everdingen et al. (2006, in Hellings, 2007) kan van patiëntveiligheid worden gesproken bij "het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of tekortkoming van het zorgsysteem".

Het begrip 'patiëntveiligheid' laat zich volgens Hellings (2007) moeilijk afbakenen omdat de risico's op 'fouten' en ongewenste gebeurtenissen niet altijd makkelijk te onderscheiden zijn (en vaak verward worden met) van risico's die eigen zijn aan de medische behandeling, de kenmerken van de patiënten, de zorgverleners, de context waarin de zorg verleend wordt, de mate van urgentie, enz. Het kunnen inschatten van dergelijk situatie kan enkel gebeuren door clinici; artsen, verpleegkundigen, apothekers enz.

4.2.2 Begrippen

De meest gebruikte begrippen in het kader van patiëntveiligheid zijn 'complicatie'; 'zorggerelateerde schade' en 'incident'. Ik heb besloten om de definitie van Wagner (2011) te hanteren voor deze begrippen.

Zijn definitie van 'complicatie' luidt als volgt:

een onbedoelde uitkomst die dusdanig ernstig is dat de zorgverlener zijn handelen moet aanpassen. Een nadere analyse is nodig om de oorzaak van de complicatie te achterhalen. De reden voor een waarde vrije definitie is van epidemiologisch-registratieve aard. Tijdens het optreden van de onbedoelde uitkomst is immers (vaak) nog niet duidelijk wat de oorzaak is. Een complicatie kan het gevolg zijn van een onbedoelde gebeurtenis, maar ook van een bewust

genomen en aan de behandeling gerelateerd risico of ingecalculeerd neveneffect (calculated risk). In sommige situaties gaat het om een onvoorziene reactie van de patiënt of speelt de onderliggende ziekte een rol. (p. 105)

Het woord 'complicatie' is bijvoorbeeld van toepassing wanneer een 85-jarige patiënt met een heupfractuur en nood aan conservatieve behandeling, na opname een hartinfarct krijgt (Wagner, 2011).

'Zorggerelateerde schade' kan volgens Wagner (2011) gezien worden als:

een verbijzondering van het begrip complicatie. De onbedoelde uitkomst is veroorzaakt door de zorgverlening, dat wil zeggen door het onvoldoende volgen van de professionele standaard of door tekortkomingen in het zorgsysteem. Dit wil niet zeggen dat alle zorggerelateerde schade vermijdbaar is. Zorggerelateerde schade is achteraf gezien vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenissen blijkt dat bepaalde maatregelen de onbedoelde uitkomst hadden kunnen voorkomen. In het algemeen wordt pas van zorggerelateerde schade gesproken als de aan de patiënt toegebrachte schade zodanig ernstig is dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking en/of een verlengd verblijf of overlijden. Bij zeer ernstige schade of overlijden kan worden gesproken van een calamiteit.(p. 105)

Om dit te verduidelijken worden twee voorbeelden aangehaald. Een voorbeeld van onvermijdbare zorggerelateerde schade is 'een patiënt die in shock verkeert door een allergische reactie op een medicijn, wanneer vooraf niet bekend was dat de patiënt voor het middel allergisch was'. Een voorbeeld van vermijdbare schade is 'een gemiste diagnose van naadlekkage na een buikoperatie, waardoor sepsis en overlijden' (Wagner, 2011).

De omvang en ernst van zorggerelateerde schade kan aangetoond worden aan de hand van volgende cijfers (figuur 5):

Incidentie	New York	Australië	UK	Frankrijk	Nederland
%Onbedoelde schade	3,7	16,6	10,8	14,5	5,7
%Potentieel vermijdbare sterfte	0,26	0,55	0,41	Niet bekend	0,12

Figuur 5: Cijfers gebaseerd op (inter)nationale studies (Wagner, 2011).

Uit de resultaten blijkt dat van alle opgenomen patiënten in Nederlandse ziekenhuizen, 5,7% te maken krijgt met onbedoelde schade veroorzaakt door de zorg. Dit waren in 2004 circa 76.000 patiënten. In 2,3% van alle opnamen is sprake van vermijdbare schade. Circa 10.000 patiënten ondervonden in 2004 blijvende schade door een ziekenhuisopname, die bij circa 6.000 van hen waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden (Wagner, 2011).

De omvang en ernst van zorggerelateerde schade is dus erg groot. Ziekenhuizen moeten daarom voortdurend werken aan vermijdbare zorggerelateerde schade, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor hen zelf. De kosten lopen namelijk behoorlijk op wanneer patiënten hierdoor langer in het ziekenhuis moeten verblijven.

Tot slot, definieert Wagner 'incident' als volgt:

onbedoelde gebeurtenissen tijdens het zorgproces, die soms wel en soms geen gevolgen hebben voor de patiënt. Dit kan komen doordat een fout bijvoorbeeld nog net op tijd wordt ontdekt en hersteld, of doordat het lichaam van een patiënt robuust is en niet reageert op bijvoorbeeld een te hoge dosis of een verkeerd geneesmiddel. (p.105)

4.2.3 Medicatieveiligheid

Binnen patiëntveiligheid speelt medicatieveiligheid een belangrijke rol.

Medicatieveiligheid is een belangrijk gegeven, waar elke verpleegkundige zich van moet bewust zijn (NVKVV, 2010): "Medicatiefouten leiden op jaarbasis tot duizenden doden en een meervoud hiervan aan ziekenhuisopnames of verlengde verblijven. Een belangrijke taak ligt bij de organisatie zelf om een veiligheidscultuur te creëren en voldoende 'veiligheidsschotten' in te bouwen in de lopende procedures, zonder echter de verantwoordelijkheid van het individu uit de weg te gaan" (p.1).

Binnen de gezondheidszorg zijn patiëntveiligheid in het algemeen en medicatieveiligheid in het bijzonder zeer belangrijk. Onderzoek heeft aangetoond dat een aantal ongewenste effecten kunnen vermeden worden indien zorgvuldig wordt omgesprongen met het geneesmiddel (NVKVV, 2010).

Volgens het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen [NVKVV] (2010) worden medicatiefouten (medication errors) in de

literatuur op verschillende manieren gedefinieerd en geclassificeerd. Een mogelijke definitie van medicatiefouten is:

alle vergissingen die zich voordoen in de schakels van het medicatiecircuit (voorschrijven, bereiden, afleveren, toedienen en innemen van het geneesmiddel). Medicatiefouten kunnen aanleiding geven tot ongewenste effecten, maar gelukkig worden vele fouten herkend en verbeterd voordat de patiënt het geneesmiddel inneemt (zogenaamde near misses). Voorbeelden van medicatiefouten zijn vergissingen bij het aanduiden van de dosis, het afleveren van een verkeerd geneesmiddel (bv. door foute interpretatie van het handschrift of door verwarren met een ander geneesmiddel met een gelijkkluidende naam), het toedienen van het geneesmiddel aan de verkeerde patiënt, het toedienen of innemen van een geneesmiddel aan een dosis die niet overeenkomt met wat werd voorgeschreven. (p. 1)

4.3 Hoe ontstaat onveiligheid?

Volgens Amelior (2003) zijn steeds drie elementen in het spel bij veiligheid: organisatie, techniek en mensen. Het effectief aanpakken van menselijke factoren is een aspect dat te weinig aandacht krijgt in methodieken voor risico-interventarisatie en analyse. Er moeten passende maatregelen komen om 'motivatie' of 'veiligheidsbewustzijn' van de medewerkers te verhogen.

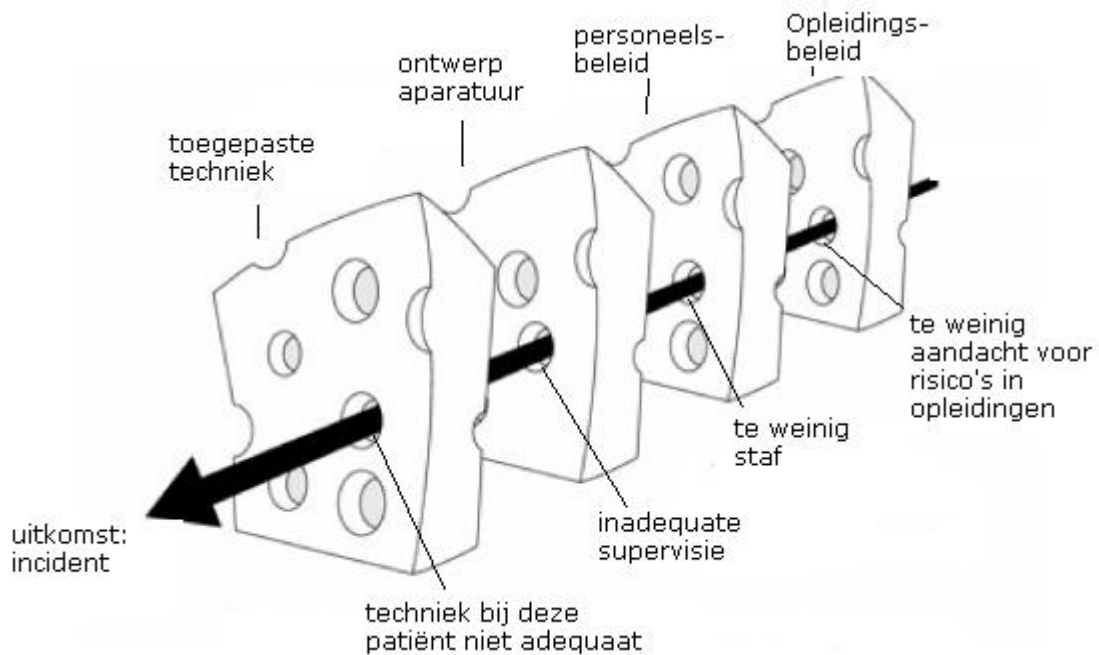
Volgens Wagner (2011) gebruiken wij in ons dagelijks leven (half) geautomatiseerd gedrag. We hebben de weg naar huis al zo vaak genomen dat wij er niet meer bewust bij stilstaan, maar als het ware op de 'automatische piloot' rijden.

"Neem bijvoorbeeld dat je 's avonds van je werk naar huis rijdt en van plan bent nog een liter melk te gaan kopen. Uiteindelijk kom je thuis aan en realiseer je je dat je dat vergeten bent. Hoe kan dat gebeuren, vraag je jezelf af (p. 107)", aldus Wagner (2011).

Andere fouten liggen op een hoger niveau en treden op bij nieuwe of afwijkende situaties waarin bewust beslissingen moeten worden genomen. Een voorbeeld is het voorschrijven van een geneesmiddel waarmee men niet vertrouwd is (Wagner, 2011).

Volgens de systeem theorie of 'Zwitserse kaasmodel' heeft een fout slechts nooit één enkele oorzaak, maar een reeks aan elkaar gekoppelde oorzaken (Willems, 2004). Het

model (figuur 6) wordt voorgesteld als een opeenvolging van plakjes kaas. Hierbij stelt elk plakje een veiligheidsbarrière voor op de verschillende niveaus binnen het ziekenhuis. Geen enkel niveau of barrière werkt perfect, waardoor er gaten in de kaas ontstaan.



Figuur 6: Model voor het ontstaan van incidenten en onbedoelde schade (Zwitserse kaasmodel) (gebaseerd op Reason, 2000, in Wagner, 2011)

Volgens Willems (2004) en Wagner (2011) ontstaat het ongeval pas als alle afweermechanismen falen, dat onder andere omstandigheden door de verschillende barrières voorkomen had kunnen worden.

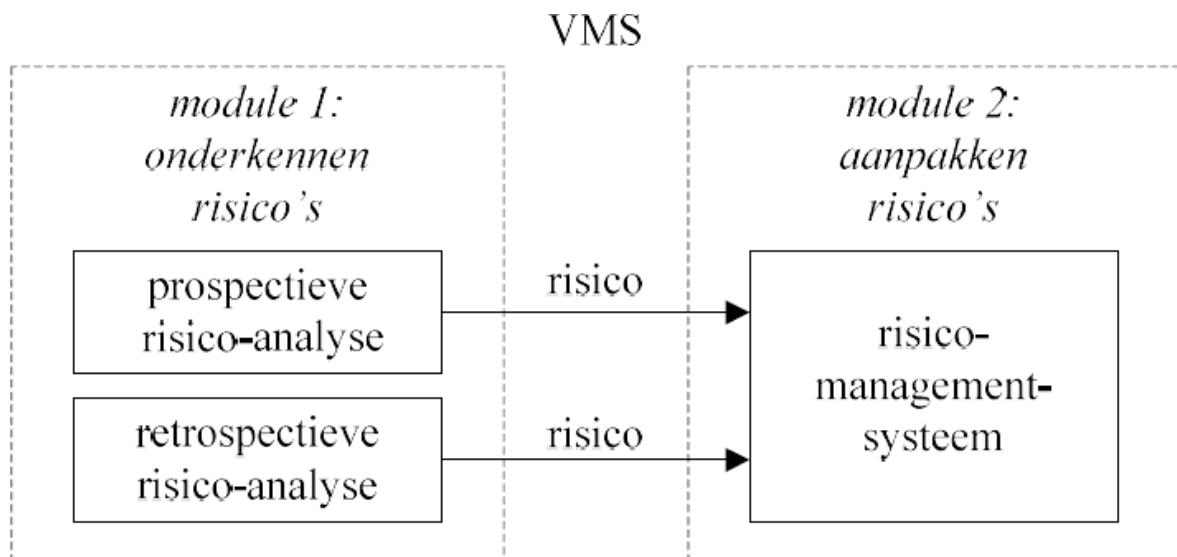
Onbedoelde schade treedt alleen op als er geen barrières zijn of als deze niet werken zoals bedoeld. Wagner (2011) illustreert dit met een voorbeeld:

De uitgezette medicatie wordt niet extra gecontroleerd omdat er te weinig personeel is, de verpleegkundige heeft door tijdsdruk het dossier niet goed gelezen en de verkeerde dosis klaargemaakt, of de verpleegkundige is in een acute situatie niet op tijd bij de patiënt omdat de bel kapot is. Het inzetten van personeel (aantal en competentieniveau) is een taak van het management en heeft gevolgen voor het functioneren van een afdeling. (p.108)

4.4 Waarom gebruik maken van een veiligheidsmanagementsysteem?

Met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kan een ziekenhuis alles risico's voor de patiënt beheersen en (onbedoelde) schade aan de patiënt verminderen. Het VMS vormt het systeem waarmee ziekenhuizen continue risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het is daarmee de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk (VMS Veiligheidsprogramma, 2009).

Het VMS bestaat, zoals op onderstaande figuur 7, uit twee modules: onderkennen van risico's en aanpakken van risico's.



Figuur 7: model van VMS (van der Hoeff, 2011).

Het onderkennen van risico's gebeurt volgens een prospectieve en retrospectieve risico-analyse. Volgens het VMS veiligheidsprogramma (2009) vindt prospectief onderzoek plaats voordat een situatie zich voordoet en wordt verricht met het doel de uiteindelijke situatie en de te ondernemen acties te verkennen en te voorkomen. Een methode hiervoor is Failure Mode and Effect Analysis (van der Hoeff, 2011). Hierbij analyseert een multidisciplinaire groep deskundigen een proces in een aantal bijeenkomsten en zoekt uit waar faalwijzen (failure modes) kunnen optreden die tot ongewenste gevolgen voor de patiënt (kunnen) leiden. Vervolgens worden maatregelen opgesteld die ervoor moeten zorgen dat deze gevaarlijke situatie en/of de schade aan de patiënt niet kan optreden (VMS veiligheidsprogramma, 2009). De retrospectieve risico-analyse zal zich daardoor pas voordoen nadat een situatie zich voordoet. Volgens het VMS veiligheidsprogramma (2009) omvat deze analyse de identificatie, analyse en beoordeling van risico's. Het decentraal Vrijwillig

IncidentMelden-systeem (VIM-systeem) is hiervan een methode (van der Hoeff, 2011). Het melden vindt plaats op het niveau van de directe werkomgeving van de melder.

Het aanpakken van risico's gebeurt door het risicomanagementsysteem. Dit is een systeem dat het management helpt om risico's te beheren. Het Structureel PatiëntRisico (SPAR)-managementsysteem is hier een methode voor. Het SPAR is permanent aanwezig en kan in de toekomst weer tot schade leiden (van der Hoeff, 2011). Een voorbeeld van een SPAR, volgens van der Hoeff (2011), zijn bijvoorbeeld liftdeuren die niet voorzien zijn van sensoren die detecteren of er iets tussen de deuren zit alvorens ze sluiten of de lift te laten vertrekken.

4.5 Waarom is er nood aan een patiëntveiligheidscultuur binnen ziekenhuizen?

Het belang van een stimulerende organisatiecultuur voor de ontwikkeling van patiëntveiligheid wordt volgens Hellings (2007) steeds meer erkend, ook door de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie: "it is now clear that the first step that needs to be taken should be to establish a culture of patient safety throughout the entire health system".

De veiligheidscultuur vervult een belangrijke rol in het streven naar patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Dit blijkt uit internationale aanbevelingen en uit de ontwikkelende theorievorming omtrent patiëntveiligheid. De federale overheid heeft een belangrijke prioriteit gelegd op de ontwikkeling van een patiëntveiligheidscultuur in Belgische ziekenhuizen (Hellings, 2009).

In de meeste ziekenhuizen en op afdelingen heerst een reactieve of bureaucratische veiligheidscultuur. Mede hierdoor wordt door diverse organisaties aangegeven dat een cultuurverandering nodig is om de patiëntveiligheid in ziekenhuizen daadwerkelijk te kunnen verbeteren (Wagner, 2011).

4.6 Wat is een patiëntveiligheidscultuur?

Veiligheidscultuur kan omschreven worden als een geïntegreerd patroon van individueel en organisatorisch gedrag, gebaseerd op gedeelde waarden en overtuigingen, waarbij voortdurend getracht wordt om schade voor de patiënt in het zorgproces zoveel mogelijk te beperken (Hellings, 2009).

De werkgroep kwaliteit en veiligheid van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (in Hellings, 2007) stelt over veiligheidscultuur: "een cultuur die aanvaardt dat instellingen en verstrekkers fouten (kunnen) maken en een cultuur van openheid en transparantie die het voor de organisatie en de individuen die in die organisatie werken mogelijk maakt uit die fouten te leren om de herhaling ervan in de toekomst te voorkomen".

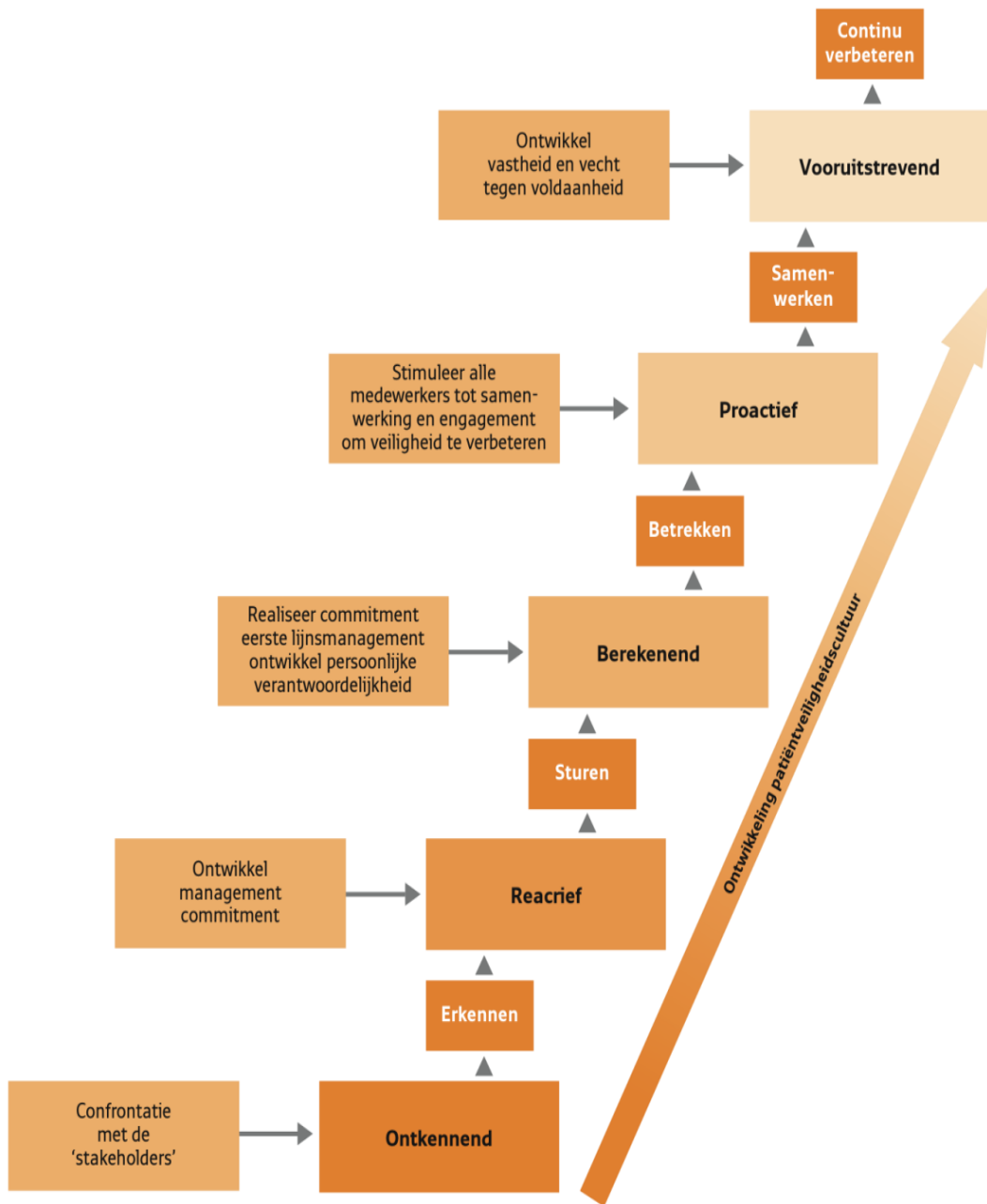
Reason (1997, in Hellings 2009) wijst op vier essentiële onderdelen waaraan een veiligheidscultuur moet voldoen:

- "Just": een faire context waarin mensen aangemoedigd worden om open te zijn en ook vertrouwd worden, maar waar het onderscheid tussen aanvaardbaar en niet aanvaardbaar gedrag ook duidelijk is.
- "Flexible": de flexibiliteit in het aanpassen van de reacties in functie van de context en de wisselende omstandigheden, met vertrouwen in capaciteiten en ervaring van de medewerkers.
- "Learning": het leervermogen om de juist conclusies te trekken en het vermogen om de noodzakelijke aanpassingen te implementeren.
- "Reporting": een vertrouwensvolle context waarin mensen bereid zijn om over "errors" te rapporteren en dit kunnen doen op een eenvoudige, zinvolle, bruikbare en systematische wijze.

4.7 Hoe kan een patiëntveiligheidscultuur verder ontwikkelen?

De eerste stap is een gevoel van urgentie ten aanzien van patiëntveiligheid zien te bereiken bij alle lagen in de organisatie en dit thema hoog op de agenda te plaatsen. Het veranderen van de cultuur heeft te maken met hoe mensen voelen en denken over thema's. Zij moeten zich vrij kunnen voelen in het benoemen van verbeterpunten en het melden van incidenten, zonder gezichtsverlies of het ondervinden van repercussies. Het meldsysteem moet uitgroeien tot een leersysteem, gebaseerd op een kritische analyse van basisoorzaken. Belangrijk hierbij is het beleggen van verantwoordelijkheden voor patiëntveiligheid en het feitelijk doorvoeren en borgen van verbeteringen (Wagner, 2011).

In het algemeen wordt volgens Wagner (2011) aangenomen dat de veiligheidscultuur in een instelling een evolutionaire ontwikkeling doormaakt van een ontkennende naar een vooruitstrevende cultuur. De vijf ontwikkelingsfasen waarin zich dit volstrekt zijn weergegeven in figuur 8.



Figuur 8: Cultuurladder naar het model van Parker en Hudson (VMS veiligheidsprogramma, 2009).

De vijf cultuurdimensies op de cultuurladder worden in onderstaande tabel (figuur 9), volgens Struben en Wagner (2006), omschreven.

Ontwikkelingsfasen	Beschrijving
Ontkennend	Organisaties waar een houding heerst van: <i>‘waarom onze tijd verdoen aan veiligheid’</i> . <i>‘Er gebeuren nu eenmaal wel eens incidenten, dit is mensen werk, zorg ervoor dat je uit de handen van advocaten blijft, ontsla de gek die het heeft laten gebeuren’</i> . Er wordt weinig tot niet geïnvesteerd in verbetering van de patiëntveiligheid.
Reactief	Organisaties die alleen aan veiligheid denken nadat er een incident heeft plaatsgevonden. <i>‘Dit mag nooit meer gebeuren’</i> . Er wordt (weer) een oplossing bedacht om een incident te voorkomen.
Bureaucratisch	Organisaties waar vooral papieren verslaglegging plaatsvindt. Veiligheid bestaat uit ‘turven van incidenten’ om tijdens visitaties te laten zien dat men gefocust is op patiëntveiligheid. Er zijn meldingssystemen, incidenten worden geanalyseerd en er zijn veel statistieken. Er wordt geprobeerd om te lokaliseren of er nog meer oorzaken zijn dan alleen menselijke fouten.
Proactief	Organisaties die verbetering van de patiëntveiligheid hoog op de agenda hebben staan. Er zijn veel statistieken die gebruikt worden om trends te vinden, vervolgens verbeterplannen te implementeren en te evalueren. Organisatorische, technische en menselijke fouten worden erkend. Er wordt actief en continue geïnvesteerd in verbeteringen en mensen die veiligheidsgerelateerde kwesties aan de orde brengen worden beloond.
Vooruitstrevend	De meest optimale vorm van veiligheidsorganisatie waarin veiligheid een integraal onderdeel is van alles wat men doet. Op een vooruitstrevende afdeling is iedereen (inclusief de patiënt) bewust en betrokken bij het onderwerp patiëntveiligheid, er is sprake van continue risico

Figuur 9: De vijf cultuurniveaus van de cultuurladder (Struben & Wagner, 2006)

Het kan voorkomen dat artsen, verpleegkundigen en managers verschillen in hun mening over de ontwikkelingsfase van de veiligheidscultuur. Dat is op zich niet erg, aangezien er dan een mooi startpunt ligt voor een discussie (Wagner, 2011).

Voor een verandering van de patiëntveiligheidscultuur is het, volgens Wagner (2011) noodzakelijk om eerst inzicht te krijgen in de huidige cultuur. Daarna kan bepaald worden waar en welke cultuurverandering nodig is.

Voor het bepalen van de heersende veiligheidscultuur bestaan in Nederland twee instrumenten die veelvuldig worden gebruikt. Dit zijn IZEP (Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiënt veiligheidscultuur), een methodiek om de patiëntveiligheid te verbeteren, en COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in de Zorg), een meetinstrument van patiëntveiligheid.

4.7.1 COMPaZ

COMPaZ staat voor CultuurOnderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen. De vragenlijst is een bewerking van de Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPS) van de Amerikaanse Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). De items uit de vragenlijst zijn opgesteld op basis van literatuur waarin concepten van veiligheidscultuur worden beschreven. De Engelstalige lijst is door het EMGO Instituut (Instituut voor ExtraMuraal Geneeskundig Onderzoek van het VU medisch centrum) en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) vertaald en gevalideerd (Wagner & Struben, 2007).

De vragenlijst meet elf dimensies van de patiëntveiligheidscultuur:

- 1) samenwerking tussen afdelingen
- 2) teamwork binnen afdeling
- 3) goede wisseling van diensten
- 4) meldingsfrequentie
- 5) niet-straffende reactie
- 6) open communicatie
- 7) feedback en leren van fouten
- 8) verwachtingen en acties van leidinggevenden
- 9) steun vanuit het management
- 10)adequate personele bezetting
- 11)algemene perceptie van patiëntveiligheid

Met de COMPaZ kan het ziekenhuis de veiligheidscultuur meten, onderzoeken of de cultuur verbetert en inzicht krijgen sterke en zwakke punten per afdeling. De resultaten uit de COMPaZ laten zien welke concrete acties het management binnen een ziekenhuis moet formuleren ten aanzien van cultuur en het beleidsplan. Daarnaast biedt het onderzoek de mogelijkheid om op landelijk niveau in de kaart te brengen hoe de (veiligheids)cultuur binnen de Nederlandse ziekenhuizen is (VMS veiligheidsprogramma, 2009).

4.7.2 IZEP

IZEP, instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheid (NIVEL, 2009) is een methodiek om de veiligheidscultuur op een afdeling inzichtelijk te maken en plannen ter verbetering op te stellen.

De ontwikkelingsstadia van de patiëntveiligheidscultuur zijn een voortdurend terugkerend concept in IZEP (Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheid). Om te kunnen bepalen op welk cultuurniveau een afdeling zich bevindt, zijn er negen dimensies vastgesteld die van belang zijn voor het managen van de patiëntveiligheid (Struben & Wagner, 2006).

In IZEP is voor elke dimensie een beschrijving gegeven passend bij de vijf stappen uit de cultuurladder:

- 1) Prioriteit van patiëntveiligheid: Hoe belangrijk is patiëntveiligheid? Hoe bewust is men van risico's voor de patiënt en wat wordt er aan gedaan om de patiëntveiligheid zo optimaal mogelijk te laten zijn?
- 2) Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid: Wie of wat is de veroorzaker van incidenten, wie of wat wordt verantwoordelijk geacht voor patiënt(on)veiligheid, wat zijn de gevolgen?
- 3) Registratie en evaluatie van incidenten: Is er een meldingssysteem, hoe is de meldingscultuur en wat wordt er met de meldingen gedaan?
- 4) Middelen: Hoe belangrijk vindt men materiaal, apparatuur en beschikbare ruimte in het kader van de patiëntveiligheid?
- 5) Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen: Wordt van incidenten geleerd? Worden veranderingen naar aanleiding van incidenten daadwerkelijk geïmplementeerd en geëvalueerd?
- 6) Communicatie over patiëntveiligheid: Hoe is de communicatie over incidenten? En hoe is de communicatie op de afdeling tussen zorgprofessionals, management, patiënten en/of verzorgers/familie?
- 7) Personeelsbeleid en patiëntveiligheid: Hoe is het personeelsbeleid geregeld om optimale patiëntveiligheid te bevorderen? Wordt het functioneren van zorgprofessionals en/of het management geëvalueerd?
- 8) Bijscholing en training gericht op (patiënt)veiligheid: Worden zorgprofessionals en/of managers geschoold en/of getraind op het gebied van patiëntveiligheid?
- 9) Samenwerking en patiëntveiligheid: Hoe is de samenwerking c.q. het teamgevoel op de afdeling, wordt er voldoende gecommuniceerd en

geëvalueerd? Worden de zorgprofessionals opgeleid om als een team te werken (bijvoorbeeld crew resource management).

IZEP (zie figuur 10) is een uitklapbaar formulier waarop verticaal de negen dimensies en horizontaal de vijf cultuurstadia zijn weergegeven. Voor elke dimensie is een beschrijving, passend bij elk van de vijf ontwikkelingsstadia van de patiëntveiligheidscultuur, weergegeven. De dimensies in IZEP zijn in eerste instantie gericht op ziekenhuisafdelingen (Wagner, 2011).

	Ontkennend	Reactief	Bureaucratisch	Proactief	Vooruitstrevend
DIMENSIE: Incident en verantwoor- delijkheid	‘Incidenten zijn niet te voorkomen’.	Incidenten zijn het gevolg van fouten van professionals of het gevolg van het gedrag van de patiënt zelf.	Men erkent dat net als individuen ook systemen incidenten kunnen veroorzaken.	Incidenten worden gezien als het gevolg van zowel individuele als systeemfouten.	Incidenten worden gezien als het gevolg van een combinatie van organisatorische, technische en individuele fouten.

Figuur 10: voorbeeld van één dimensie met een beschrijving passend bij elke van de vijf cultuurniveaus van de patiëntveiligheidscultuur (Struben & Wagner, 2006)

De zelfevaluatie aan de hand van IZEP wordt verricht op een afdeling tijdens een workshop van circa 2,5 uur. Tijdens de workshop, waaraan mensen met verschillende functies (bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en leidinggevende) participeren, wordt de achtergrond van IZEP uitgelegd. Vervolgens krijgen alle deelnemers een IZEP-score-formulier met daarbij de instructie om per dimensie de omschrijvingen, passend bij de vijf stadia van cultuurontwikkeling, door te lezen. Per dimensie wordt op het scoreformulier aangegeven in welk stadium de afdeling zich bevindt. Daarna worden de score per tweetal en vervolgens in de gehele groep besproken (Wagner, 2011).

4.8 Welke factoren bepalen een verbetering van patiëntveiligheid?

In dit deel bespreek ik de resultaten uit drie onderzoeken rond patiëntveiligheid en ga ik op zoek naar bepalende factoren voor een verbetering van de patiëntveiligheid. Deze factoren worden weergegeven in een samenvattende tabel in 3).

1) Cultuuronderzoek NIVEL

Het cultuuronderzoek werd in de periode mei-september 2006 uitgevoerd op diverse afdelingen van de tien VMS-ziekenhuizen. Dit cultuuronderzoek is gedaan volgens COMPaZ, Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen (zie 4.7.1). In totaal hebben 1234 respondenten de vragenlijst ingevuld, het merendeel hiervan (54%) behoorde tot het verpleegkundig personeel.

Uit de resultaten blijkt dat het sterkste punt in ziekenhuizen de samenwerking binnen de afdeling is. De keerzijde hiervan is de **samenwerking tussen afdelingen** (Struben & Struben, 2007). Werken aan de relatie tussen afdeling zou daarom kunnen leiden tot een verbetering van de patiëntveiligheid. Daarnaast ontvangt minder dan de helft van de medewerkers **feedback over veranderingen** die doorgevoerd zijn op grond van gemelde incidenten. Hetzelfde geldt voor de **steun vanuit het management**, aldus Struben & Wagner (2007). Daarnaast kan uit de resultaten worden afgeleid dat ongeveer amper de helft van de medewerkers vindt **niet genoeg personeel** te hebben om de **werklust** aan te kunnen en minder dan de helft heeft het gevoel dat de **procedures en systemen** adequaat zijn om vergissingen te voorkomen.

Wanneer het ziekenhuis werkt aan bovenstaande factoren, kan er een verbetering van de patiëntveiligheid plaatsvinden. In 3) worden deze factoren naast de factoren uit andere studies weergegeven.

2) WPMZ-model

Het WPMZ-model, Werking Personeelsgerichte Maatregelen in Zorginstellingen, bouwt verder op verschillende bestaande, meer algemene theoretische modellen, die worden aangevuld en aangepast aan de specifieke situatie van de zorgsector.

Uit dit model kan ik afleiden dat gewenste **HR-uitkomsten** zoals: laag verzuim, hoge motivatie en grote betrokkenheid van medewerkers, leiden tot gewenste organisatieprestraties, zoals hoge klantentevredenheid, omzetgroei, winst,... (De Bakker & Martens, 2005). Onder klantentevredenheid verstaan we in zorgsector patiëntentevredenheid. Patiënten zijn tevreden als aan hen optimale en veilige zorg geleverd wordt. Deze HR-uitkomsten bepalen daarom mee de verbetering van de patiëntveiligheid. Daarnaast worden in het model ook twee problemen uit de HR-sfeer aangehaald die kwaliteit van de zorg belemmeren of onmogelijk maken, met name een

problematische werkomgeving voor verpleegkundigen en burnout bij zorgverleners.

Factoren die leiden tot een betere werkomgeving voor verpleegkundigen werden eerder al weergegeven in de belimage-studie rond arbeidskwaliteit (2.3). Aan deze factoren moet een ziekenhuis dus ook werken om de patiëntveiligheid te verbeteren. In 3) worden deze factoren weergegeven.

3) Overzicht: Verbetering van patiëntveiligheid

In onderstaand overzicht heb ik de verschillende factoren, waaraan een ziekenhuis moet werken om de patiëntveiligheid te verbeteren, samengebondeld.

Studies	Werken aan				
	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E
1) Cultuuronderzoek NIVEL	Samenwerkings tussen afdelingen	Feedback naar medewerkers over veranderingen	Steun vanuit het management	Adequate personele bezetting om werklast aan te kunnen	Systemen en procedures
2) WPMZ-model	HR-uitkomsten of gedragssuitkomsten (laag verzuim, hoge motivatie, grote betrokkenheid van medewerkers)	werkomgeving van verpleegkundigen (zie 3) bij arbeidskwaliteit)	wegwerken van burn-out		
Studie van securex	Autonome motivatie				

Waarom autonome motivatie volgens de studie van Securex (2009) ook als verbeterende factor wordt gezien, is verduidelijkt in 2.5.

4.9 Conclusie

Van patiëntveiligheid kan worden gesproken bij "het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of tekortkoming van het zorgsysteem" ((Van Everdingen et al., 2006, in Hellings, 2007).

Patiëntonveiligheid kan voorkomen in de vorm van een 'complicatie', 'zorggerelateerde schade', 'incident' en meer specifiek 'medicatieonveiligheid'.

Om de patiëntveiligheid te verbeteren kan gebruik gemaakt worden van een veiligheidsmanagementsysteem. Met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kan

een ziekenhuis alles risico's voor de patiënt beheersen en (onbedoelde) schade aan de patiënt verminderen. Daarnaast moet er gewerkt worden aan een patiëntveiligheidscultuur om de bewustwording en aandacht van het onderwerp te vergroten. COMPaZ en IZEP zijn twee methodieken die helpen bij het bekomen van een hogere stap op patiëntveiligheidscultuurladder.

Deel 2: Praktijkstudie

Hoofdstuk 1: Omschrijving organisatie

Al de gegevens die ik in dit hoofdstuk vermeld, zijn mij ter beschikking gesteld door Hugo Lambriex, stafadviseur 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' binnen de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid 'Operatieve Geneeskunde' (RVE OG) van academisch ziekenhuis Maastricht (azM). Zo heb ik gebruik gemaakt van het MUMC (Maastricht UMC+) jaarverslag 2010', het 'Visiedocument RVE OG 2009' en de website: www.azm.nl. De financieel-economische resultaten en analyses komen uit het MUMC jaarverslag 2009. Voor de omschrijving van het strategische beleid, heb ik gebruik gemaakt van de interne nota 'strategisch beleid 2012-2015' van huidig directeur stafdienst Personeel en Organisatie binnen het azM, Bart Durlinger (2011).

Ik begin dit hoofdstuk met een omschrijving van het azM (1.) en de RVE OG (2.). Daarnaast komen enkele financieel-economische resultaten (3.) aan bod rond productie, personeel, resultaat en vermogen, en andere kengetallen. Ik eindig dit hoofdstuk met een weergave van het strategisch beleid voor 2012-2015 (4.).

1. Academisch ziekenhuis Maastricht (azM)

Het **academisch ziekenhuis Maastricht (azM)** is een Nederlands ziekenhuis gevestigd te Maastricht in de wijk Randwyck, waar ook de medisch-georiënteerde faculteiten van de Universiteit Maastricht gevestigd zijn.

Sinds 2008 werken het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht als het achtste universitair medisch centrum van Nederland samen onder de naam Maastricht UMC+ (MUMC). Het Maastricht UMC+ heeft drie kerntaken: patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en onderzoek. Kenmerkend zijn de integratie van onderzoek, onderwijs, public health en patiëntenzorg. Daarnaast legt de organisatie zich uitdrukkelijk toe op gezondheidspreventie, het vaststellen van risicofactoren en vroege diagnostiek. Vandaar de plus in de naam (MUMC, 2010). In bijlage 1 wordt het organogram 2011 van het Maastricht UMC+ weergegeven.

Het azM werkt met multidisciplinaire zorglijnen. In zo'n zorglijn zijn alle facetten van diagnose en behandeling gecentreerd rondom een specifieke patiëntengroep. In de zorglijn werken de verschillende disciplines, ziekenhuisafdelingen en vakgroepen met

elkaar samen. Ook de Faculty of Medicine, Health and Life Sciences van de Universiteit van Maastricht maakt hier een onderdeel van uit. Hierdoor ontstaat een belangrijke synergie (azM, 2010).

Goed geformuleerde zorglijnen scheppen duidelijkheid voor de patiënt en doorverwijzende instanties. Na binnenkomst via een patiëntenloket wordt per patiënt een efficiënt individueel onderzoeks- en behandeltraject uitgezet. Op deze manier krijgt de patiënt alle zorg op maat. Zorgcentra zijn bundelingen van deze zorglijnen, verbonden met de speerpunten van het azM: hart- en vaatziekten, chronische ziekten, oncologie en geestelijke gezondheidszorg (azM, 2010).

2. Resultaat Verantwoordelijke Eenheid Operatieve Geneeskunde (RVE OG)

De patiëntenzorg is georganiseerd in twaalf Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Hierin zijn alle medische afdelingen ondergebracht. De RVE's hebben patiëntenzorg als hoofdtaak en fungeren als werkplaats voor onderzoek, onderwijs en opleiding. Aan het hoofd van de RVE staat een directeur-bestuurder, die verantwoording aflegt aan de Raad van Bestuur azM, respectievelijk de Raad van Bestuur Maastricht UMC+ (MUMC, 2009). Deze RVE's worden weergegeven in het organogram in bijlage 1.

Mijn praktijkonderzoek zal plaats vinden binnen de **Resultaat Verantwoordelijke Eenheid 'Operatieve Geneeskunde'**. Het hoofddoel van de RVE OG, op het gebied van de patiëntenzorg, is gelegen in het leveren van een optimaal zorgproces rondom de (operatieve) patiënt (MUMC, 2010). In mijn masterproef zal ik verder de afkorting **RVE OG** hanteren.

Onder deze eenheid vallen negen specialismen en verschillende afdelingen:

- Specialismen: anesthesie, chirurgie, orthopedie, KNO (keel-, neus- en oorheelkunde), mond- en kaakchirurgie, oogheelkunde, plastische chirurgie, urologie en dermatologie.
- Afdelingen: recovery, verpleegafdeling, poliklinieken (9), operatiekamers (OK's), dagcentrum, fysiotherapie, sterilisatieafdeling, bureauopname, audiologisch centrum, enz.

Naast de directeur-bestuurder, bestaat het management uit een adjunctdirecteur (leidinggevende verpleegkundige) en staf. Deze staf is verantwoordelijk voor personeel en organisatie, financiële controle en overig (kwaliteit, veiligheid,...). De staf staat

tussen de leidinggevende (van elke afdeling binnen de RVE) en het management (directeur en adjunct-directeur). Ze geven advies, maar nemen geen beslissingen.

In het visiedocument 2009 van de RVE OG, kwamen volgende 'sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen' naar voren:

Kansen	Bedreigingen
<i>(Eu)Regionale samenwerking</i>	<i>ZBC's (van anderen)</i>
<i>Marktwerking</i>	<i>Van in- naar outputfinanciering (DBC's) en hierdoor beperkte financiële middelen</i>
<i>Vergrijzing en verwachte toename van de zorgconsumptie</i>	<i>Concurrentie (kortere wacht- en toegangstijden, lagere kostprijzen) vanuit de regionale zorginstellingen/ziekenhuizen</i>
<i>Ontwikkeling kennisregio Zuid-Limburg</i>	<i>Wet- en regelgeving c.q. bureaucratie vanuit overheid</i>
<i>Technologie</i>	
<i>Buitenlocaties, B.V. binnen azM holding</i>	

Sterkten	Zwakten
<i>Uitbreiding RVE OG met het cluster Operatieve zorg</i>	<i>Bureaucratie en trage besluitvormingsprocessen</i>
<i>Aanwezige expertise ten aanzien van topreferente, topklinische en basis patiëntenzorg</i>	<i>Functionele oriëntatie van disciplines in plaats van procesgericht denken, handelen en organisatorische inrichting</i>
<i>Goede (medisch-) technologische voorzieningen</i>	<i>Ambtelijke in plaats van ondernemende en innovatieve attitude van medewerkers</i>
<i>Brandvalue van het MUMC</i>	<i>OK-planning</i>
<i>Beschikbare techniek</i>	<i>Ontbreken prestatiebeloning</i>
<i>Invoering SAP</i>	

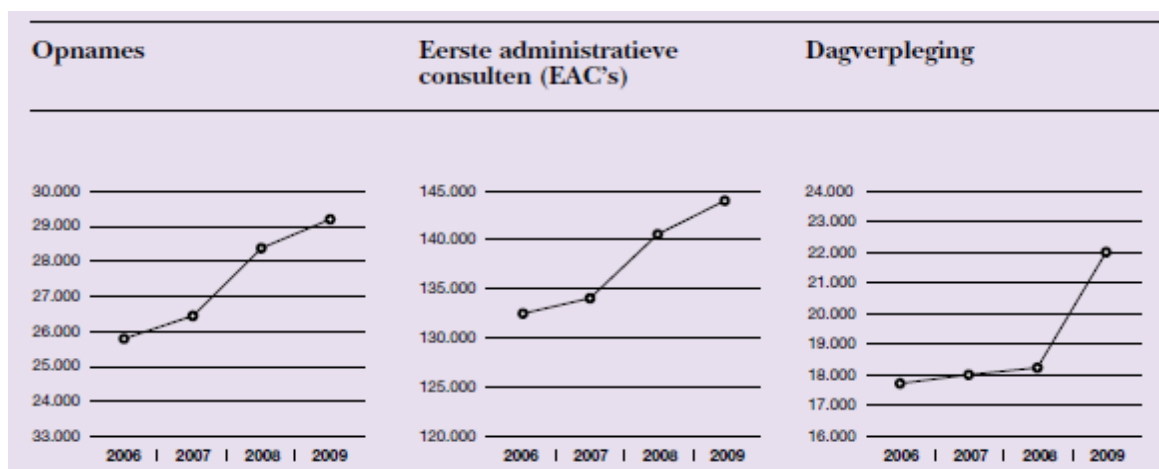
SWOT-analyse uit Visiedocument RVE OG (ter Laak & Webers, 2009). Een lijst met afkortingen is aan het begin van deze masterproef terug te vinden.

3. Financieel-economische resultaten (2009)

3.1 Productie

Ook in 2009 heeft de lijn van een groeiende zorgvraag zich onverminderd voortgezet. Het azM is er, ondanks de budgettaire druk, toch in geslaagd hieraan volledig invulling te kunnen geven (MUMC, 2009).

De belangrijkste paramaters in de patiëntenzorg vertoonden allen een stijging in 2009. Onderstaande grafieken (figuur 11) geven dit weer:

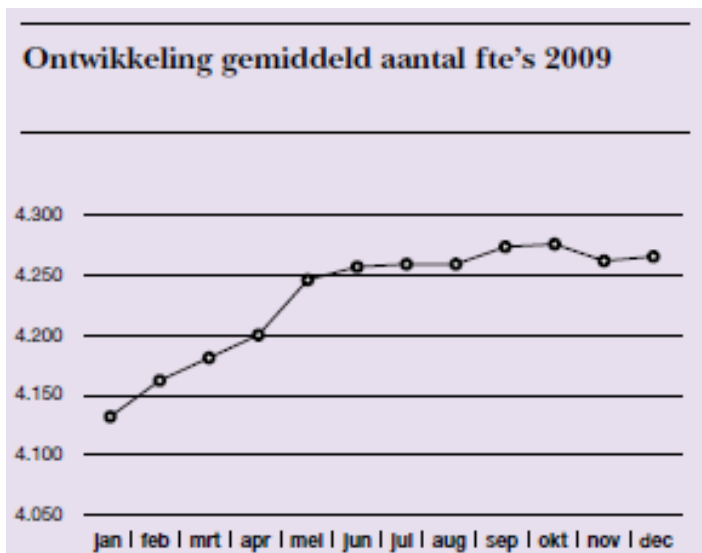


Figuur 11: Ontwikkeling afgelopen jaren van aantal opnames, EAC's en dagverpleging, uit MUMC jaarverslag (2009).

Het aantal opnamen steeg met 2,9% (van 28.372 in 2008 naar 29.192 in 2009). Het aantal eerste administratieve consulten (EAC's) steeg met 2,5%, van 140.574 in 2008 naar 144.040 in 2009. Tot slot steeg het aantal dagverplegingen zeer sterk, namelijk van 18.276 in 2008 naar 24.725 in 2009. De gemiddelde verpleegduur is ongeveer gelijk gebleven (7,0 dagen in 2008 en 7,1 dagen in 2009) (MUMC, 2009).

3.2 Personeel

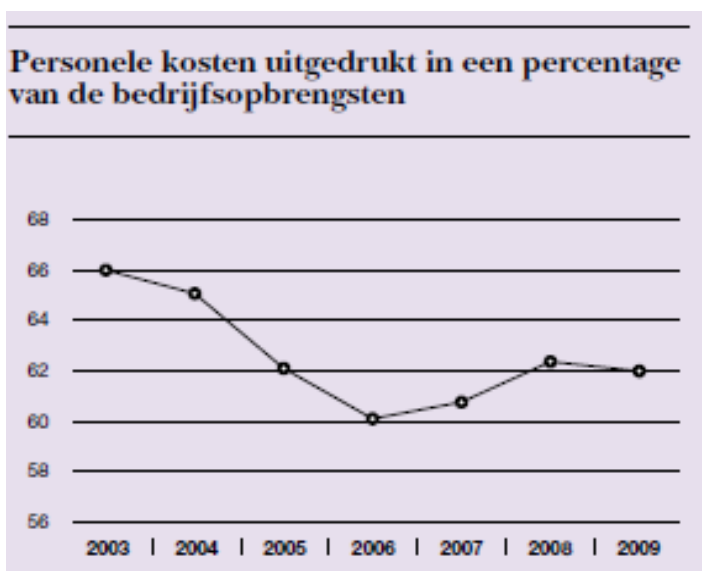
Het aantal fte's (fulltime-equivalents) in 2009 lag gemiddeld ongeveer 170 fte hoger dan in 2008. Deze stijging doet zich vooral voor bij het personeel van patiëntgebonden functies en bij het algemeen en administratief personeel. Onderstaande grafiek (figuur 12) geeft voor elke maand het gemiddeld aantal fte's in 2009 weer tot en met de betreffende verlsagmaand (MUMC, 2009).



Figuur 12: Gemiddeld aantal fte's 2009, uit MUMC jaarverslag (2009).

De totale personeelskosten zijn in het jaar 2009 met 19,6 miljoen euro gestegen (bijlage 2). Dit is een stijging van 7%, welke voor meer dan de helft verklaard kan worden uit stijging van de prijs van de arbeid (MUMC, 2009).

In onderstaande grafiek (figuur 13) heeft het MUMC (2009) de personeelskosten (exclusief de 59+ voorziening) uitgedrukt in een percentage van de bedrijfsopbrengsten als maatstaf voor de productiviteit van de organisatie. Voor 2009 komt dit percentage uit op 62,1%, hetgeen een lichte verbetering betekent ten opzichte van het jaar 2008 (62,3%).



Figuur 13: Personeelskosten uitgedrukt in een percentage van de bedrijfsopbrengsten, uit MUMC jaarverslag (2009)

3.3 Vermogen en resultaat

In onderstaande figuur (figuur 14) is een analyse van het geconsolideerd financieel resultaat in 2009 (MUMC, 2009):

Analyse geconsolideerd financieel resultaat 2009					
In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van het geconsolideerde financieel resultaat 2009 in vergelijking tot 2008. De ontwikkelingen in de bedrijfsopbrengsten en de bedrijfslasten in 2009 ten opzichte van 2008 worden hieronder kort toegelicht.					
In miljoenen Euro's	2009	2008	Vershill Voordelig	Vershill nadellig	Vershill procentueel
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	255,9	253,3	2,6		1%
DBC opbrengsten B segment	46,5	27,7	18,8		68%
Overige opbrengsten	166,4	160,8	5,6		3%
Som bedrijfsopbrengsten	468,8	441,8	27,0		6%
Personeelskosten	295,2	275,6		19,6	7%
Afschr. op immateriële & materiële vaste activa	27,2	24,8		2,4	10%
Overige bedrijfslasten	138,9	128,5		10,4	8%
Som bedrijfslasten	461,3	428,9		32,4	8%
Bedrijfsresultaat	7,5	12,9			
Financiële baten en lasten	-6,9	-7,4	0,5		7%
Resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening	0,6	5,5			
w.v. azM (enkelvoudig, excl. dochter BV's)	3,9	0,7			
w.v. CTCM	1,3	2,1			
w.v. UMC Holding	-0,3	0			
w.v. DRUM	-0,3	-			
w.v. Ease Travel	0	0			
w.v. Happy BV	0	0			
w.v. IP Randwyck	-0,1	0			
w.v. St. Faciliteitsgebouw azM	-0,1	2,1			
w.v. St. Beheer Gebouw 3-X	0	0			
w.v. St. Beheer Uitkeringen	-4,3	0,5			
w.v. St. MEBAZ	0,3	-0,1			
w.v. Clara Fey	0,2	0,2			

Figuur 14: Analyse geconsolideerd financieel resultaat, uit MUMC jaarverslag (2010)

Over 2009 heeft het azM volgens MUMC (2009) een geconsolideerd resultaat behaald van 0,6 miljoen euro positief. Dit resultaat is opgebouwd uit een enkelvoudig resultaat voor het azM (inclusief resultaat van de dochters CTCM, Ease Travel, IP Randwyck, UMC Holding en DRUM) van 4,5 miljoen euro positief en een negatief resultaat van 3,9 miljoen euro voor de aan het azM geallieerde stichtingen (Stichting Faciliteitsgebouw azM, Stichting Beheer Uitkeringen, Stichting MEBAZ en Stichting Clara Fey). In dit

positieve resultaat van het azM zelf is wel een incidentele baat opgenomen van 7 miljoen euro als gevolg van vrijval van in voorgaande jaren getroffen voorzieningen. Daartegenover dient volgens het MUMC (2009) opgemerkt te worden dat in het resultaat van 0,6 miljoen euro reeds een omvangrijke voorziening van 4,2 miljoen euro is verwerkt voor de in 2009 getroffen regeling om medewerkers van 59 jaar of ouder op vrijwillige basis af te laten vloeren. Deze voorziening is ten laste gebracht van de Stichting Beheer Uitkeringen.

3.4 Kengetallen

Tot slot wil ik nog enkele andere kengetallen van het azM in 2009 weergeven:

- 715 bedden, inclusief dagverpleging
- 22 operatiekamers, waarvan 15 centrale OK, 4 electief snijdend centrum en 3 dagcentrum.
- 29.192 opnamen per jaar
- 24.725 opnamen voor dagbehandeling
- 428.769 poliklinische patiënten
- 22 275 SEH-bezoekers
- 4.363 fte full-time medewerkers azM (incl 371 medisch specialisten)
- 5.222 totaal aantal medewerkers azM (incl 400 medisch specialisten)
- het geconsolideerde jaarbudget bedraagt in totaal 429,3 miljoen euro, waarvan 86,8 % bestemd voor patiëntenzorg

4. Strategisch HR-beleid 2012-2015

De drie pijlers van het strategisch HR-beleid voor 2012-2015 binnen het azM zijn arbeidsmarkt, duurzame inzetbaarheid en arbeidsproductiviteit. Hierbij gaat men uit van goed werkgeverschap én goed werknemerschap. Goed werkgeverschap is gericht op het creëren van trots, vertrouwen, ontwikkelingsmogelijkheden, veiligheid, gezondheid, enz. binnen de werkomgeving van de medewerkers. Goed werknemerschap is gericht op het naleven en invullen van kernwaarden, standaards en kerncompetenties. Daarnaast zijn verantwoordelijkheid, initiatief en ontwikkelings-, leer- en verbeteringsbereidheid, belangrijke eigenschappen van een goede werknemer. In figuur 15 wordt dit strategisch beleid weergegeven. Onder de figuur zal ik een korte bespreking weergeven van de drie pijlers volgens Durlinger (2011).



Figuur 15: Strategisch Beleid 2012-2015 (Durlinger, 2011).

A. Arbeidsmarkt

Het arbeidsmarktbeleid is gericht op het aantrekken van voldoende en capabele medewerkers die zich aangetrokken voelen door de ambities en kwaliteiten van het azM. Een succesvol arbeidsmarktbeleid is gebaseerd op een professionele recruitmentorganisatie, inzicht in de personeels- en opleidingsbehoefte, een concurrerend arbeidsvoorwaardenbeleid en een sterke en herkenbare positionering in de arbeidsmarkt.

B. Duurzame inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid is gericht op het creëren van werksituaties waarin medewerkers zich aan het azM kunnen binden en waar de medewerkers mogelijkheden krijgen om zich te ontwikkelen en door te groeien naar andere functies. Dat vergt voor het azM investeringen in leiderschap, tevredenheid en betrokkenheid van medewerkers, persoonlijke ontwikkeling, functieperspectief, goede arbeidsomstandigheden, veiligheid en gezondheid van onze medewerkers.

C. Arbeidsproductiviteit

Verhoging van de arbeidsproductiviteit levert een belangrijke bijdrage aan de opvang van de tekorten op de arbeidsmarkt. Introductie van nieuwe concepten

en werkprocedures zorgt daarnaast voor verbetering van de kwaliteit en veiligheid, doelmatigheid, resultaatverantwoordelijkheid, betrokkenheid en tevredenheid.

Dit strategisch beleid, namelijk een verbetering van de drie bovengenoemde pijlers, draagt bij aan het verwezenlijken van de strategische ambities voor 2010-2015 binnen het azM. Maar deze pijlers staan voor grote uitdaging en ontwikkelingen. Dit wordt nader besproken bij de omschrijving van het praktijkprobleem.

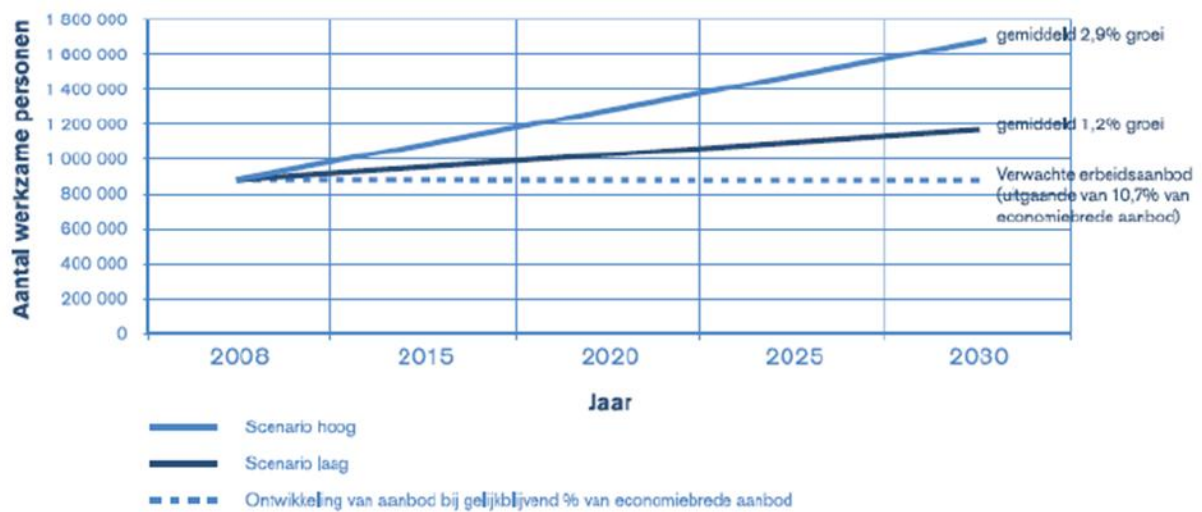
Hoofdstuk 2: Praktijkprobleem en deelvragen RVE OG

Om het praktijkprobleem binnen het azM en RVE OG te situeren heb ik gebruik gemaakt van de interne nota 'Strategisch HR beleid 2012-2015' van Bart Durlinger (2011).

1. Ontwikkelingen in de toekomst

Het azM, en dus ook de RVE OG, staan voor een aantal grote ontwikkelingen van de arbeidsmarkt, duurzame inzetbaarheid en arbeidsproductiviteit in de toekomst.

Om te beginnen is er een groeiend personeelstekort voor verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg (VV&T), ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en gehandicaptenzorg (GHZ). Op onderstaande grafiek (figuur 16) wordt het arbeidsaanbod bij gelijkblijvend % van het economiebrede aanbod versus de zorgvraag laag en hoog weergegeven. Prognoses variëren van 250.000 – 800.000 fte (fulltime-equivalent = volledige werkweek) in 2030 voor de hele zorgsector (Durlinger, 2011).



Figuur 16: Raming voor VV&T, ziekenhuizen, GHZ en GGZ: arbeidsaanbod versus zorgvraag laag en hoog volgens Werken aan de zorg (in Durlinger, 2011)

Binnen de zorgsector in Limburg (Nederland) alleen, zal er volgens onderstaande aanbod- en vraagprognoses naar arbeid (figuur 17) een tekort van 11.000 banen zijn in 2014.

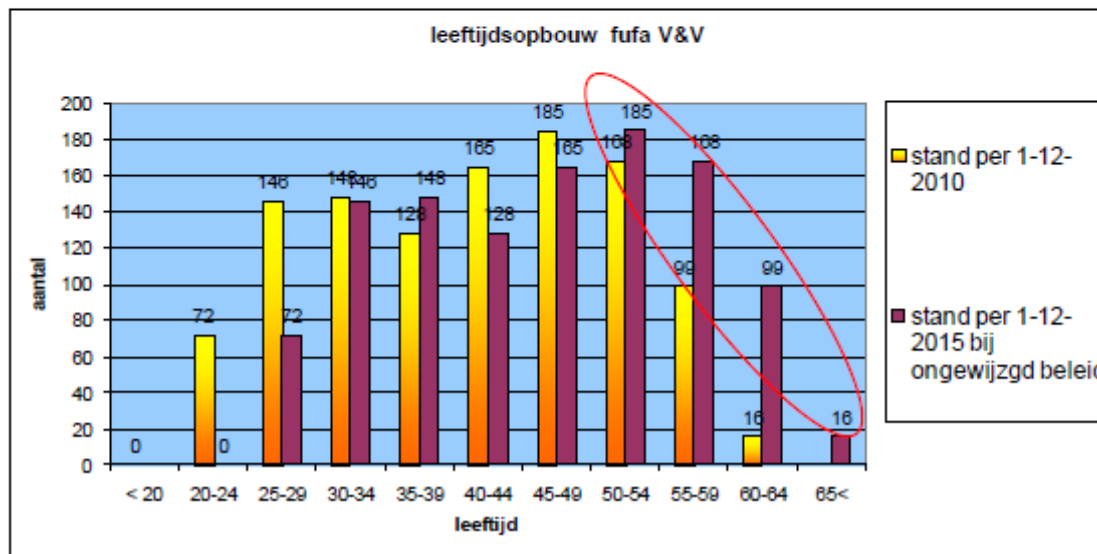
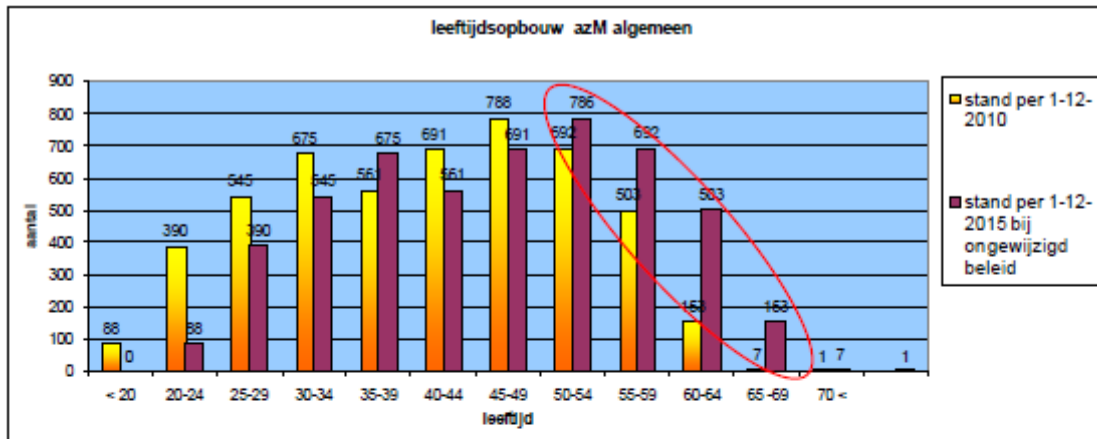
	Gemiddeld per jaar		Totaal 2009-2014	
	Absoluut	Als % van banen	Absoluut	Als % van banen
Uitbreidingsvraag	+1.900	3,8%	+11.300	13,2%
Vervangingsvraag	+3.000	3,5%	+17.700	20,7%
Baanopeningen	+4.900	5,8%	+29.500	34,5%

	Gemiddeld per jaar		Totaal 2009-2014	
	Absoluut	Als % van banen	Absoluut	Als % van banen
Arbeidsmarktinstroom	+2.900	3,4%	+17.300	20,3%
Kortdurig werklozen, gem. 4e kwartaal 2008			1.200	1,5%
Totaal (verwacht) aanbod van arbeid			18.500	21,8%

Figuur 17: Vraag en aanbodprognoses binnen de zorgsector in Limburg (Nederland) volgens Bureau Louter (in Durlinger, 2011)

Vervolgens is er een vergrijzing en ontgroening van de bevolking in Nederland. Het aantal kinderen dat jaarlijks in Nederland wordt geboren neemt gestaag af (ontgroening). Tegelijkertijd stijgt het aantal oudere in de samenleving (vergrijzing). In de periode 1945-1955 nam de bevolking snel in aantal toe. Dit is de leeftijdsgroep die met pensioen is of de komende jaren met pensioen zal gaan. Tegelijkertijd neemt de levensverwachting van ouderen toe (Verheijen, 2008). Deze vergrijzing en ontgroening is nog sterker in Limburg.

In 2015 zal 39% van de azM-medewerkers 50+ zijn, waarvan 23% ouder is dan 55. In de functiefamilie Verpleging en Verzorging (V&V) zal in 2015 40% 50+ zijn waarvan een kwart ouder is dan 55 (figuur 18). Dit beeld is dus verschillend per afdeling en functie. De komende jaren zullen we nog een gelijkmatige uitstroom op basis van leeftijd zien, na 2015 zal dit gaan toenemen (Durlinger, 2011).



Figuur 18: leeftijdsopbouw azM algemeen en functiefamilie Verpleging en Verzorging (Durlinger, 2011)

Daarnaast scoort het azM lager op de medewerkerstevredenheid en –betrokkenheid in vergelijking met de vier andere UMC's (Durlinger, 2011). De medewerkerstevredenheid binnen het azM over de verschillende aandachtspunten varieert van 6.0 tot 7.3. Het verschil met de vier andere UMC's is niet groot, maar er is een verschil. Zo scoort het azM het laagst op klantgerichtheid, werksfeer, efficiëntie, verloopbestendigheid, verzuimbestendigheid, loyaliteit, engagement, betrokkenheid, motivatie en tevredenheid. (figuur 19)

WAT SPEELT WAAR IN WELKE MATE

UMC's Nederland

Wat	Tevredenheid	Motivatie	Betrokkenheid	Engagement	Loyaliteit	Verzuimbestendigheid	Verloophbestendigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Productiviteit	Werksfeer	Leiderschap	Klantgerichtheid	Prestatie
Benchmark ziekenhuizen	7,1	6,9	7,1	7,4	7,2	7,6	7,6	6,8	6,3	7,1	7,1	6,5	7,2	7,2
UMC'S NEDERLAND	7,1	6,9	6,9	7,3	7,1	7,6	7,7	6,7	6,1	7,0	7,0	6,5	7,2	7,1
	7,3	6,9	7,3	7,3	7,1	7,5	7,7	6,5	5,8	7,0	7,1	6,3	7,0	7,0
Academisch ziekenhuis Maastricht	6,7	6,7	5,7	7,1	6,7	7,3	7,3	6,8	6,0	7,0	6,7	6,5	6,9	7,1
	6,9	7,0	6,8	7,2	7,0	7,6	7,7	6,8	6,2	7,0	7,0	6,7	7,3	7,1
	7,1	6,9	7,2	7,4	7,0	7,6	7,5	6,8	6,1	7,1	7,1	6,6	7,2	7,1
	7,3	6,9	7,1	7,3	7,4	7,6	8,0	6,7	6,1	7,0	7,1	6,4	7,1	7,0

Figuur 19 (Durlinger, 2011)

Ontevredenheid zit met name ook bij medewerkers in het primair proces (artsen, verpleegkundigen). Ca. 42% van de medewerkers geeft aan niet betrokken te zijn; van deze 42% geeft 33% aan niet te willen vertrekken (Durlinger, 2011). Dit wil zeggen dat 9% van de medewerkers die niet betrokken zijn ook weg willen. Het ziekteverzuim was in 2010 4,5% en in 2011 14,5%. Er is dus een forse stijging van 10% over één jaar tijd.

Tot slot zijn er ook nog ontwikkelingen op het gebied van arbeidsproductiviteit. Zo is de procesoptimalisatie stilgelegd in afwachting van SAP-invoering, nu is het moment om dit terug op te pakken. SAP staat voor Systemen, Applicaties en Producten in gegevensverwerking. Andere ontwikkelingen zijn: Concepten als zorglijnen en resultaatverantwoordelijke teams worden op beperkte schaal toegepast, nieuwe initiatieven in voorbereiding en/of in uitvoering die bijdragen aan verbetering arbeidsproductiviteit (ziekenhuis van de toekomst (Lean Sigma), polikliniek van de toekomst, functiedifferentiatie (bv. pilot servicemedewerker en pilot mes & vork), flexibilisering (o.a. flexpools) en sturen op samenhang is belangrijk.

2. Conclusie en deelvragen

Uit deze ontwikkelingen kan ik de belangrijkheid van arbeidstevredenheid afleiden. Het azM moet zijn medewerkers, gezien de hoge uitstroom en groot tekort van medewerkers in de toekomst, motiveren om langer te blijven werken en acties ondernemen om hen binnen de onderneming te houden. Dit kan door te werken aan de arbeidskwaliteit en -tevredenheid. Wanneer een werksituatie of job voldoet aan de juiste vereisten om optimaal te kunnen functioneren, zullen de medewerkers tevreden zijn met zijn werk en kan burn-out vermeden worden. Zo kom ik tot de eerste deelvraag:

Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers (nog) verhogen?

De vergrijzing van de bevolking leidt tot een grotere vraag naar zorg. Minder medewerkers moeten zorgen voor meer patiënten, maar de kwaliteit en veiligheid van de zorg mag hier niet onder lijden. Volgens de stafadviseur 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering', Hugo Lambriex, speelt er binnen de RVE OG vooral een bewustwordingsprobleem rond patiëntveiligheid. Als de medewerkers bewuster worden van patiëntveiligheid, zal de patiëntveiligheid verbeteren. Zo kom ik tot de tweede deelvraag:

Hoe kan de RVE OG de bewustwording van patiëntveiligheid verbeteren?

Mijn derde deelvraag is pas later tot stand gekomen. In mijn onderzoeksopzet wordt duidelijk wat de aanleiding naar deze vraag was:

Is de vooruitgang in het verbeteren van de patiëntveiligheid afhankelijk van de arbeidskwaliteit van medewerkers?

Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet

1. Algemeen

Het zoeken naar een organisatie voor deze praktijkstudie was niet gemakkelijk. Ikzelf en vooral mijn promotor, hebben aan het begin van dit academiejaar een aantal ziekenhuizen binnen Limburg gecontacteerd. Jammer genoeg had hiervan niemand tijd om mee te werken aan dit onderzoek. Uiteindelijk heb ik, via een goede vriendin, medewerking gevonden in het academische ziekenhuis Maastricht (azM). Haar papa, prof. dr. Van Kerrebroeck, is hoofd van de afdeling Urologie binnen de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid 'Operatieve Geneeskunde' (RVE OG). Via mail en gesprek heb ik prof. dr. Van Kerrebroeck op de hoogte gebracht van mijn onderzoek. Hij vond het onderwerp erg interessant en was bereid mij verder te helpen. Eind oktober heeft hij mij voorgesteld aan Hugo Lambriex, stafadviseur 'kwaliteit, veiligheid en bedrijfsvoering' van de RVE OG. Via hem kon ik starten met mijn onderzoek.

De verkenning van het probleem en mijn eerste kennismaking met het azM en de RVE OG heeft plaatsgevonden begin november. Via een eerste interview met Hugo Lambriex kon ik de huidige situatie binnen de RVE OG rond 'arbeidskwaliteit' en 'patiëntveiligheid' bevragen. Hierbij kwam ik te weten welke methoden het management RVE OG gebruikt om de arbeidskwaliteit en de patiëntveiligheid te behouden en te verhogen. Tijdens het tweede en derde interview met hem zijn we dieper ingegaan op deze twee thema's om een antwoord te kunnen geven op mijn eerste twee deelvragen.

Om de arbeidskwaliteit van medewerkers (nog) te verhogen, moet het management weten hoe de arbeidskwaliteit van de medewerkers momenteel is en aan welke factoren ze nog kunnen werken. Doordat Hugo Lambriex recent een medewerkerstevredenheidsonderzoek heeft uitgevoerd binnen de RVE OG, was een nieuw onderzoek naar de arbeidskwaliteit niet nodig. Hij heeft mij zijn onderzoek en de daarbij horende documenten ter beschikking gesteld. Een antwoord op mijn eerste deelvraag '*Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers (nog) verhogen?*', kon ik afleiden uit dit onderzoek en uit de persoonlijke interviews met hem.

Om een beter antwoord te geven op mijn tweede deelvraag '*Hoe werkt de RVE OG aan een verbetering van de patiëntveiligheid?*', heeft Hugo Lambriex mij in contact gebracht met Els Meers. Zij is senioradviseur van de RVE OG en begeleidster van het

interventieprogramma 'Bewust veiliger'. Tijdens een interview, heeft zij mij de volledige werking van dit programma rond patiëntveiligheid uitgelegd. Daarnaast hebben zij en Hugo Lambriex mij diverse documenten (affiches, presentaties, documenten, resultaten, enz.) rond dit programma ter beschikking gesteld. Hierdoor kon ik een antwoord geven op mijn tweede deelvraag.

Mijn derde deelvraag is pas later tot stand gekomen. Tijdens het gesprek met Els Meers werd mij duidelijk dat niet elke cluster binnen de RVE OG evenveel vooruitgang boekt op het gebied van patiëntveiligheid. Het leek mij interessant om te onderzoeken 'wat maakt' dat het binnen de ene cluster 'goed gaat' en binnen de andere 'minder goed gaat'. M.a.w. welke factoren bevorderen of belemmeren de vooruitgang in patiëntveiligheid? Daarnaast merkte ik uit voorgaande interviews op dat er een mogelijk verband bestaat tussen arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid. Zo kwam ik tot mijn derde deelvraag: *'Is er een verband tussen de arbeidskwaliteit van medewerkers en de vooruitgang in de verbetering van patiëntveiligheid?'*

Samen met Hugo Lambriex en Els Meers, heb ik besloten welke twee clusters ik zou onderzoeken. Binnen deze cluster zou ik twee à drie personen interviewen. Hugo Lambriex heeft mij geholpen aan de juiste contactpersonen om deze interviews vast te leggen. Om een open gesprek te hebben, heb ik de medewerkers hun anonimiteit verzekerd. Dit was tevens afgesproken tijdens het overleg tussen Hugo Lambriex, Els Meers en mij. Ik zal in mijn verder onderzoek verwijzen naar Cluster X en Cluster Y. Binnen cluster X heb ik drie personen kunnen interviewen: een chirurg (en afdelingshoofd), een hoofdverpleegkundige (en unitleider) en nog een chirurg (en voorzitter van het interventieprogramma). Binnen cluster Y heb ik twee personen kunnen interviewen: een hoofdverpleegkundige (en unitleider) en een chirurg.

2. Interview

Voor het voeren van het onderzoek kon er gekozen worden voor interviews, vragenlijsten en focusgroepen. Focusgroepen leek mij gezien de korte tijdsspanne moeilijk te organiseren. Vragenlijsten wou ik hanteren voor mijn eerste deelvraag, maar aangezien er recent al een medewerkerstevredenheidsenquête was uitgevoerd binnen de RVE OG had een nieuwe vragenlijst weinig zin. Daarnaast zou de respons en aandacht verminderen, waardoor de resultaten minder betrouwbaar worden. Uiteindelijk heb ik geopteerd voor individuele interviews, meer specifiek voor half-gestructureerde en gestructureerde interviews.

Volgens Masui en Renders (2003-2004, Reyskens, 2007) is experience survey een vorm van een half-gestructureerd interview dat individueel wordt afgenomen. Slechts een beperkt aantal personen, die deskundig zijn met betrekking tot het bestudeerde onderwerp of daarmee relevante persoonlijke ervaring hebben, worden geïnterviewd. Het betreft een open interview over een vooraf bepaalde lijst van topics, die afgeleid werden uit de deelvragen van het onderzoek. Deze methode van interviewen heb ik gehanteerd bij Hugo Lambriex en Els Meers (De lijst met topics is terug te vinden in bijlage 3). Een half-gestructureerd interview is dus een combinatie van een ongestructureerd en een gestructureerd interview. Hieronder worden beide verder uitgelegd.

Bij een ongestructureerd of open interview, heeft de interviewer geen lijst met vragen. Het doel van een ongestructureerd interview is om ongekende zaken aan de oppervlakte te brengen zodat de onderzoeker weet welke variabelen hij verder moet onderzoeken (Sekaran, 2003).

Gestructureerde of gestandaardiseerde interviews worden ondernomen wanneer men weet welke informatie nodig is. De interviewer heeft een lijst met vooraf bepaalde vragen die aan de respondent gesteld worden, ofwel persoonlijk, via de telefoon of via de computer. De vragen concentreren zich op factoren die men via de ongestructureerde of open interviews heeft ontdekt (Sekaran, 2003).

Voor mijn derde deelvraag, heb ik gebruik gemaakt van een gestructureerd interview. De vragenlijst, zie bijlage 4, heb ik grotendeels samen met Hilda Martens, mijn promotor, opgesteld. Mijn uitgangspunt was een bijdrage te leveren aan de RVE OG via eerlijk onderzoek.

De interviews met Hugo Lambriex, Els Meers en de andere geïnterviewden binnen cluster X en Y, verliepen vlot en aangenaam. Afhankelijk van het gesprek heb ik enkele vragen omgedraaid of extra vragen gesteld. De gesprekken met Hugo Lambriex en Els Meers duurden gemiddeld twee uur. Bij de andere geïnterviewden duurde het gestructureerd interview gemiddeld een drie kwartier.

Gedurende deze praktijkstudie ben ik uitgegaan van 'Appreciative Inquiry'. Appreciative Inquiry of appreciatief onderzoek is onderzoek dat zich richt op het beste in mensen, in organisaties en hun omgeving. Het is dan ook een geschikte filosofie en methodiek om een positieve organisatieverandering te ontwikkelen en uit te voeren (Vlemmix, 2007). Ik ga dus uit van het goede: de medewerkers willen hun werk goed

doen. Het is daarom belangrijk om te kijken naar wat hun belemmert hun werk goed uit te voeren en hoe we dit kunnen veranderen.

Hoofdstuk 4: Weergave en bespreking van de resultaten

1. Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen?

1.1 Inleiding

Zoals vermeld in de literatuurstudie, is arbeidskwaliteit een bundeling van criteria (of kenmerken, vereisten) waaraan een werksituatie of job moet voldoen, opdat het functioneren van medewerkers – in termen van tevredenheid motivatie, betrokkenheid, gezondheid en welzijn – adequaat zou verlopen (Kustermans en Vermeire, 1995).

Deze arbeidskwaliteit is afhankelijk van twee groepen criteria, namelijk de criteria van de arbeidssituatie en de persoonsgebonden criteria. De interactie tussen beiden kan leiden tot tevredenheid met het werk of burn-out.

Het management binnen de RVE OG besteedt veel aandacht aan onderwerpen die invloed hebben op de arbeidskwaliteit en arbeidstevredenheid. Dit leidde ik af uit mijn eerste interview met Hugo Lambriex, bij wie ik de huidige situatie rond arbeidskwaliteit kon bevragen. Ik heb veel informatie kunnen verzamelen, in 1.2.1 zal ik de **onderwerpen** en enkele **voorbeelden van algemene initiatieven** rond arbeidskwaliteit opsommen.

Tijdens mijn tweede en derde interview met Hugo Lambriex gingen we dieper in op bevorderende factoren van arbeidskwaliteit om een antwoord te kunnen geven op mijn tweede deelvraag. In 1.2.2 wordt weergegeven **welke factoren** volgens hem de **arbeidskwaliteit** en arbeidstevredenheid van de medewerkers **het meest bevorderen**. Daarnaast geeft hij in 1.2.3 enkele **aanbevelingen** om de arbeidskwaliteit te verbeteren.

Het is ook het belangrijk te weten 'hoe tevreden' de medewerkers zijn met hun werk en welke criteria volgens hun tot een hogere tevredenheid zouden leiden. Een optimale arbeidskwaliteit leidt namelijk tot een hoge tevredenheid. Daarom is in april en mei 2009 binnen de RVE 'operatieve geneeskunde' een **medewerkerstevredenheidsmeting uitgezet door Hugo Lambriex**. De **werkwijze, resultaten, bevorderende factoren en aanbevelingen** van deze meting komen in 1.3. aan bod. Ik heb hiervoor mijn informatie gehaald uit de interne nota 'Medewerkers tevredenheidsmeting 2009 concept verslag (RVE OG)'. Deze nota

werd uitgewerkt en geschreven door Hugo Lambriex en mij door hem ter beschikking gesteld voor dit onderzoek.

Tot slot zal ik een **conclusie** trekken uit deze twee delen (1.2 Uitwerking eigen interviews en 1.3 Medewerkerstevredenheidsmeting van Hugo Lambriex) en trachten een antwoord te geven op mijn eerste deelvraag.

1.2 Uitwerking eigen interviews

1.2.1 Onderwerpen en voorbeelden initiatieven

Uit mijn interview met Hugo Lambriex haalde ik enkele algemene initiatieven die de RVE OG hanteert om hun arbeidskwaliteit te behouden en te verhogen. Ik zal een aantal voorbeelden weergeven omdat dit een duidelijk beeld geeft van de huidige situatie binnen de eenheid rond arbeidskwaliteit. Deze voorbeelden geef ik weer per onderwerp. Deze onderwerpen komen uit de 'Medewerkerstevredenheidsmeting' van Hugo Lambriex. Later, in 1.3, wordt deze meting nader besproken. Deze onderwerpen vormen een leidraad doorheen deze studie en zijn de basis om later een vergelijking en verband vast te stellen tussen arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid en tussen literatuur en praktijk.

A. Arbeidsinhoud: zorgen voor voldoende uitdagingen, afwisseling, verantwoordelijkheid en vrijheid.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Medewerkers betrekken, laten meedenken en op de hoogte te brengen bij alle beslissingen.
- Zorgen voor een goede verdeling, inrichting en organisatie van het werk.

B. Arbeidsvoorwaarden: zorgen voor een goed salaris, secundaire arbeidsvoorwaarden, opleidingsmogelijkheden, doorgroeimogelijkheden en persoonlijk ontplooiing.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Ruim aanbod van opleidingen: een verplichte onderhoudsopleiding voor verpleegkundigen en een ontplooiingsopleiding voor verpleegkundigen op eigen initiatief.

- Jaargesprekken (1x per jaar). Hier wordt het werk besproken: Ben je tevreden? Hoe lukt het? Ben je tevreden met de werktijden? Wil je een opleiding? Ben je tevreden met het aantal vakantiedagen? Daarnaast komen ook nog het salaris en andere arbeidsvoorwaarden aan bod.
- Bonus geven.
- Werknemers krijgen de kans om hoger op te gaan.
- Persoonlijk budget: iedere werknemer heeft een persoonlijk budget om te investeren in bijvoorbeeld een hobby, het bijwonen van een congres, Naarmate men ouder wordt, kan men dit budget ook omzetten in vrije uren.

C. Arbeidsverhoudingen: zorgen voor een goede relatie met de leiding, een goede relatie met collega's, een respectvolle behandeling door collega's, een goede onderlinge samenwerking en een goede samenwerking met andere disciplines.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Beloning en erkenning voor samenwerken als team. → Kwaliteitstaart: Iedere zes weken wordt een team of afdeling uitgekozen op basis van hun project en samenwerking rond kwaliteit. Dit team krijgt dan een kwaliteitstaart en komt met een artikel in het ziekenhuisblad.
- Miscommunicatie vermijden. → Medewerkers weten niet van elkaar wat zij aan het doen zijn. Dit kan leiden tot argwaan. Als iemand even zit komt al snel de reactie 'die doet niks'. Er ontstaat jaloezie en discussie. Het management tracht dit op te lossen door een briefing te doen aan het begin van de dag. Elke medewerker wordt hier op de hoogte gebracht van zijn taken en de taken van zijn collega's.
- Onderling vertrouwen. → Een verpleegkundige vertelt iets aan de leidinggevende, deze vertelt dit onbewust door. De verpleegkundige gaat hierdoor de leidinggevende wantrouwen. Hij of zij had dit namelijk in vertrouwen gezegd. Hier is sprake van een miscommunicatie. Iedereen moet bewust gemaakt worden van soortgelijke misverstanden.
- Respect voor elkaar. → Chirurgen lopen in blauwe pakken rond tijdens de pauze. Dit wil zeggen dat men geen respect heeft voor andere medewerkers. De opvoeding van thuis uit is hierbij bepalend. Deze personen worden hierover aangesproken.

D. Arbeidsomstandigheden: verminderen van de werkdruk, lichamelijke belasting en geestelijke belasting en aandacht voor ARBO (arbeidsomstandigheden).

Voorbeelden binnen de RVE:

- Hulpmiddelen aanbieden om het werk te vergemakkelijken (bv. Middel om 'tillen' te vermijden).
- Het de 'oudere' werknemer gemakkelijker maken door ze enkel op te zetten tijdens dagdiensten en door onregelmatigheden in hun werk weg te werken.
- Werk aanpassen: minder uren, andere afdeling, enz.

E. Leiderschap: waardering door de leiding, stijl van leidinggeven, luisteren naar de mening van de medewerkers, omgaan met problemen en conflicten, goede communicatie over werkafspraken en werkomstandigheden.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Veiligheidsrondes: Bezoek van het management aan de afdelingen. Het management gaat na of de werking goed en naar wens van de medewerkers verloopt. Verpleegkundigen appreciëren dit enorm, het management kijkt namelijk naar hun om. → In afdeling B4 zoemt een ventilator. Dit is niet hoorbaar gedurende de dag, maar wel 's nachts. Hierdoor krijgen de verpleegkundigen van de avond- en nachtdienst hoofdpijn. Tijdens een veiligheidsronde van het management werd dit probleem ontdekt en aangepakt. Dit wordt twee maal per jaar gedaan. Risico-afdelingen komen vaker aan de beurt.
- Meeloopdagen: de staf loopt enkele dagen mee met het personeel om te kijken of alles in orde is. (KLIK-project: kijk op, luister, informeer, kijk aan) De KLIK acties worden twee maal per jaar gedaan. In januari 2012 starten ze weer met observaties. In deze ronde worden medewerkers van de ene poli meegenomen naar andere poli's vanwege intercollegiale toetsing.
- Werken aan de aansprekingsproblemen tussen de leidinggevende en de verpleegkundige. Leidinggevendenden hebben soms moeite met het luisteren naar advies van anderen, hun ingesteldheid is vaak: 'zo is het en niet anders'.
- Werken aan de onderlinge communicatie (zie C. arbeidsverhoudingen).

F. Beleid en strategie: duidelijkheid doestelling en plannen, betrokkenheid bij tot stand komen doelstellingen en plannen, informatie over resultaten en actief beleid ter verbetering van de afdeling.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Medewerkers betrekken bij beslissingen.

- Medewerker duidelijk maken wat zijn taken zijn → briefing aan het begin van elke dag.
- De doelstelling en plannen van de afdeling duidelijk maken aan de medewerker.
- Feedback geven aan de medewerkers.
- Veiligheidsrondes en meeloopdagen (zie E. Leiderschap).

G. Personeelsmanagement: ondersteuning van de leiding, aanpak ziekteverzuim, correct omgaan met werk en rusttijden, evalueren van functioneren en beoordelen van functioneren.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Jaargesprekken (zie B. arbeidsvoorwaarden) → functioneringsgesprekken.
- Competentiemanagement: de juiste medewerker op de juiste plaats zetten. Het is belangrijk medewerkers te laten doen wat ze kunnen doen of waar ze goed in zijn.
- Organiseren van een gezondheidsweek om de gezondheid van medewerkers te bevorderen.
- Belang hechten aan werk-leven-balans (work-family-fit).

H. Processen: inhoud werkoverleg, vastleggen procedures etc., naleven procedures etc. worden en kwaliteit van het geleverde werk.

- De RVE past het LEAN-proces toe. LEAN is het voldoen aan de klantenverwachtingen met een minimum aan middelen. Het komt er op neer de administratieve werking (processen) slank te maken en tevens te voldoen aan de verwachtingen van de klant. → bijvoorbeeld zorgen dat de patiënt op tijd is.

I. Middelen: kwaliteit van middelen/apparatuur en beschikbaarheid middelen/apparatuur.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Werknemers op de hoogte brengen van de technologische evolutie.

J. Algemene tevredenheid: plezier in het werk, voldoening halen uit het werk, goede werksfeer, tevredenheid over huidige werk en tevredenheid over azM als werkgever.

Voorbeelden binnen de RVE:

- Imago van het azM is belangrijk, de werkgever moet de werknemer trots kunnen maken.
- Zorgen voor een goede inrichting van de werkomgeving: leuke kleuren, lampen, gezelligheid,
- Het ziekenhuis trakteert de medewerkers voor hun geleverde werk → samen op uitstap.

Daarnaast is het kunnen verbeteren van de arbeidskwaliteit volgens het management ook afhankelijk van de persoon zelf. Sommige verpleegkundigen willen met volle overtuiging met mensen werken en mensen helpen. Andere verpleegkundigen, namelijk de zogenaamde 'hypotheekzusters', doen hun werk voor de verkeerde redenen. Zij willen namelijk enkel hun hypotheek kunnen afbetalen. Bij deze personen is het belangrijk om een verantwoordelijkheidsgevoel te creëren en de motivatie voor het uitvoeren van het werk te veranderen. Dit probleem kan ook geplaagd worden onder 'J. Algemene tevredenheid'. Wanneer de medewerker plezier heeft in het werk, heeft deze de juiste motivatie om het werk te doen.

1.2.2 Bevorderende factoren

Volgens de stafadviseur RVE OG springen er binnen de RVE OG een aantal factoren uit die de arbeidskwaliteit het meest en het minst bevorderen.

De factoren die de arbeidskwaliteit van medewerkers het meest bevorderen zijn:

- Het ontvangen van complimenten van de leidinggevenden.
- Tevredenheid van collega's, patiënten en baas.
- Leuke werktijden.
- Communicatie die helder en eerlijk is.
- De kwaliteitstaart werkt effectief.
- Arbeidsomstandigheden aanpassen.
- Interesse tonen in het werk van de medewerkers.

Deze factoren kunnen vooral ondergebracht worden bij de onderwerpen: leiderschap (E.), arbeidsomstandigheden (D.) en arbeidsverhoudingen (C.).

De factoren die de arbeidskwaliteit van medewerkers het minst bevorderen zijn:

- Geld, dit werkt niet altijd motiverend en daarbij is deze motivatie van korte duur (extrinsieke motivatie).

- Een strenge leidinggevende.
- Het leeftijdsverschil tussen leidinggevende en medewerker. Wanneer een 35-jarige verpleegkundige die eerst lid was van een afdeling nu leiding moet geven over deze afdeling, kan dit voor 'protest' zorgen door de oudere medewerkers. Een management development program voor de nieuwe leidinggevende kan hierbij helpen.
- Onderscheid maken tussen mensen.

Hieruit kan vastgesteld worden dat het belangrijk is aandacht te besteden aan volgende onderwerpen: leiderschap (E.) en algemene tevredenheid (J.). De 'juiste motivatie' om te werken wordt geplaatst onder deze laatste groep. 'Plezier in het werk' en 'voldoening halen uit het werk' zijn namelijk eigenschappen van intrinsieke motivatie.

1.2.3 Aanbevelingen

Om verder aan het verhogen van de arbeidskwaliteit te werken, moet men volgens stafadviseur RVE OG vooral...

-de eigenschappen van de leidinggevende verder ontwikkelen
-de juiste motivatie van bepaalde medewerkers bevorderen
- ...de generatiekloof tussen jong en oud verminderen
- ...werken aan culturele verschillen

1.3 Medewerkerstevredenheidsmeting van Hugo Lambiex

Volgens Lambriex (2009) is medewerkerstevredenheid een onderwerp dat in het kader van IRM (Integraal Risico Management) belangrijk is voor het meten en evalueren van de beleving van de arbeidsomstandigheden binnen de RVE OG en binnen het azM als geheel. Goed werkgeverschap is van groot belang voor het hebben en behouden van voldoende goed gemotiveerde professionals. Aangezien een medewerkerstevredenheidsmeting, in de beleving van de RVE, niet voldoende snel van de grond kwam is het initiatief genomen zelf een onderzoek uit te voeren.

1.3.1 Instrument

In overleg met enkele andere RVE's is een vragenlijst samengesteld waarmee middels stellingen de tevredenheid is gemeten. Deze stellingenlijst is gebaseerd op een gevalideerde lijst (MeteO lijst). Tevens is bij alle stellingen gevraagd in hoeverre de

respondenten het belangrijk vonden dat de tevredenheid hierover gevraagd werd. (afgeleid van het SERVQUAL model, model voor het meten van kwaliteit van diensten). Op die manier wordt inzichtelijk welke onderwerpen meer dan wel minder belangrijk gevonden worden met daarnaast de gepercipieerde tevredenheid. Lagere tevredenheid over een belangrijk gevonden onderwerp dient dan geprioriteerd te worden boven een minder belangrijk gevonden onderwerp. Hoe kleiner de kloof is hoe belangrijker het verbeteren van het onderwerp is. In totaal bestaat de lijst uit 43 vragen / stellingen. De vragen zijn verdeeld over de tien onderwerpen, vernoemd in 1.2.1: arbeidsinhoud (A.), arbeidsvoorwaarden (B.), arbeidsverhoudingen (C.), arbeidsomstandigheden (D.), leiderschap (E.), beleid en strategie (F.), personeelsmanagement (G.), processen (H.), middelen (I.) en algemene tevredenheid (J.)

Als voorbeeld werden over het onderwerp 'A. arbeidsinhoud' volgende vragen/stellingen gesteld:

1. Ik heb voldoende uitdagingen in mijn werk.
2. Ik heb voldoende afwisseling in mijn werk.
3. Er worden voldoende verantwoordelijkheden aan mij toegewezen.
4. Ik heb de vrijheid om zelf beslissingen te nemen die nodig zijn om het werk goed te doen.

De gezamenlijke score binnen de RVE kan worden herleid naar de specifieke groepen medewerkers (Lambriex, 2009). Er is een onderscheid te maken tussen de medewerkers polikliniek, medewerkers verpleegafdelingen, medewerkers ondersteunende afdelingen (fysiotherapie, patiënten transport, medisch depot, CSA en bureau opname), medici en secretariaten medische afdelingen

1.3.2 Score methodiek

De respondenten hadden de mogelijkheid om bij de stelling aan te geven in hoeverre zij het met de stelling eens waren (geheel oneens, oneens, eens of geheel eens). Bij het tweede deel is de vraag hoe belangrijk men het gestelde vindt (minder belangrijk, gemiddeld belangrijk of erg belangrijk).

Volgende scorepunten zijn toegekend aan de antwoorden van de respondenten (Lambriex, 2009):

	Geheel oneens	Oneens	Eens	Geheel eens		Minder belangrijk	Gemiddeld belangrijk	Erg belangrijk
Mening	1	2	3	4				
Belang						1	2	3

Naar gelang het aantal respondenten (N) kan voor het eerste en het tweede deel een maximum gescoord worden, respectievelijk $N * 4$ en $N * 3$. Dit maximum wordt vervolgens procentueel vergeleken met het werkelijk gescoorde aantal punten (Lambriex, 2009).

Lambriex (2009) illustreert met een voorbeeld:

Stel dat er 30 respondenten zijn, dan is de maximale score voor deel 1 (mening) 120 (30×4). Stel dat dit de resultaten zijn van de 30 respondenten:

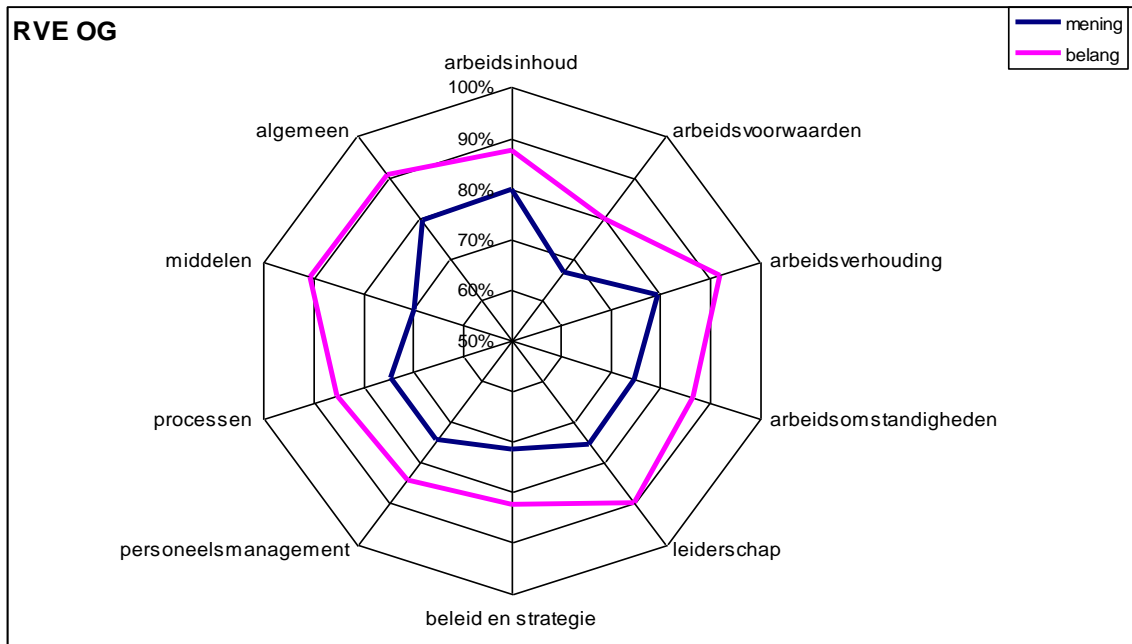
- 5 geheel oneens (5×1)
- 7 oneens (7×2)
- 16 eens (16×3)
- 2 geheel eens (2×4)

Dan is het totaal 75, wat duidt op een score van 62,5% ($75/120$)

Op dezelfde manier wordt voor het tweede deel, het belang er naar deze stelling gevraagd wordt, de score berekend.

1.3.3 Verwerking en beeldvorming resultaten

De op bovenstaande manier verkregen uitslagen worden in kaart gebracht door middel van zogenaamde spinnenweb grafieken. Hierin is in een oogopslag te zien hoe de mening en het belang over de verschillende onderwerpen verdeeld zijn. Als voorbeeld ziet u hier een grafiek (figuur 20) waarin de uitslag van de gehele RVE is weergegeven (Lambriex, 2009).



Figuur 20: Mening en belang gehele RVE OG, uit verslag medewerkerstevredenheidsonderzoek (Lambriex, 2009)

Normering 'Mening': Alle scores boven 80% worden als voldoende gezien zodat daar niet de eerste prioriteit voor het plan van aanpak ligt. Per onderdeel wordt gekeken hoe groot de afwijking van die 80% is. Hoe groter de afwijking (gap) hoe hoger de prioriteit. Dus hoe lager het percentage van mening en tevredenheid, hoger de prioritering. In bovenstaande grafiek kunnen we daarom volgende prioritering afleiden: arbeidsvoorwaarden (67%, gap van 13%), middelen (70%, gap van 10%), beleid en strategie (72%, gap van 8%), personeelsmanagement en processen (74%, gap 6%) enz. In 1.3.4 wordt de volledige prioritering op basis van 'mening' weergegeven

Normering 'Belang': De tweede score wordt geprioriteerd volgens de hoogte van het percentage. Het onderwerp met het hoogste percentage is het belangrijkste. In bovenstaande grafiek kunnen we daarom volgende prioritering afleiden: arbeidsverhoudingen (92%) middelen, leiderschap en algemene tevredenheid (90%) arbeidsinhoud (87%), enz. In 1.3.4 wordt de volledige prioritering op basis van 'belang' weergegeven.

Gezamenlijke prioritering: De verzamelde prioritering leidt tot de uiteindelijke prioriteit stelling. Als voorbeeld, een tevredenheidsscore die een prioriteit 1 oplevert maar bij het belang 10 scoort is minder belangrijk dan een prioriteit 2 met een belang 3 (Lambriex, 2009).

1.3.4 Uitgewerkte resultaten

De tevredenheidsmeting is uitgezet bij ongeveer 800 medewerkers van de RVE OG. De respons was 372 vragenlijsten. (46,5%). Van deze 372 lijsten waren 25 lijsten niet bruikbaar omdat hier meer dan de helft niet ingevuld was. De resultaten zijn dus berekend over 347 lijsten / respondenten (Lambriex, 2009).

RVE OG scoort in het algemeen op de deelgebieden als volgt:

Onderwerpen	Score van mening/tevredenheid	Score van belang	Prioritering naar mening/tevredenheid	Prioritering naar belang
A. Arbeidsinhoud	80%	87%	10	5
B. Arbeidsvoorwaarden	67%	80%	1	10
C. Arbeidsverhouding	79%	92%	8	1
D. Arbeidsomstandigheden	75%	86%	6	6
E. Leiderschap	75%	90%	6	2
F. Beleid en strategie	72%	82%	3	9
G. Personeelsmanagement	74%	84%	4	8
H. Processen	74%	85%	4	7
I. Middelen	70%	90%	2	2
J. Algemene tevredenheid	79%	90%	8	2

Figuur 21: algemene resultaten medewerkerstevredenheidsmeting (Lambriex, 2009).

Uit bovenstaande blijkt de aandacht (volgens mening en tevredenheid) uit te moeten gaan naar de volgende top 4:

- Arbeidsvoorwaarden (B.)
- Middelen (I.)
- Beleid en strategie (F.)
- Personeelsmanagement en processen (G. en H.)

Uit de vraag naar het belang blijkt dat de ondervraagden het onderwerp 'I. Middelen' dan weer belangrijker vinden dan 'B. arbeidsvoorwaarden' en 'F. beleid en strategie' (Lambriex, 2009).

Uit bovenstaande kunnen we volgende top 4 naar belangrijkheid afleiden:

- Arbeidsverhoudingen (C.)
- Leiderschap (E.), Middelen (I.) en Algemene tevredenheid (J.)

Lambriex (2009) heeft hierna een zelfde analyse gedaan voor de grote functiegroepen binnen de RVE: verpleegafdelingen, poliklinieken, functie en ondersteunende afdelingen, de groep medici en het management. Dit door het gezamenlijk resultaat te herleiden naar de verschillende functiegroepen. Hieronder volgen de resultaten uit deze analyse:

1) Verpleegafdelingen

Bij de verpleegafdelingen is de prioritering naar mening en tevredenheid als volgt:

- Middelen
- Arbeidsvoorwaarden
- Arbeidsomstandigheden
- Beleid en strategie

De ondervraagden vinden daarbij de middelen en de arbeidsomstandigheden belangrijker dan de arbeidsvoorwaarden.

2) Poliklinieken

Top vier prioritering naar mening en tevredenheid in poliklinieken:

- Arbeidsvoorwaarden
- Beleid en strategie
- Arbeidsomstandigheden (op basis van groot belang)
- Processen

Van deze vier zijn arbeidsomstandigheden en processen belangrijker dan de andere twee op basis van de belangen score.

3) Ondersteunende afdelingen

Top vier prioritering naar mening en tevredenheid in ondersteunende afdelingen

- Arbeidsvoorwaarden
- Middelen
- Beleid en strategie
- Leiderschap

Van deze vier prioriteert middelen en leiderschap boven de twee anderen.

4) Groep medici

Top vier voor de medici naar mening en tevredenheid:

- Beleid en strategie
- Middelen
- Personeelsmanagement
- Processen en leiderschap

In de belangenscore geven medici aan dat hiervan middelen en leiderschap prevaleren.

5) Dagcentrum

Top vier prioritering naar mening en tevredenheid in het Dagcentrum:

- Arbeidsvoorwaarden
- Beleid en strategie
- Leiderschap
- Personeelsmanagement

Naar aanleiding van het toegekende belang is leiderschap eerste belang, beleid en strategie en personeelsmanagement volgen. Arbeidsvoorwaarden scoren weliswaar eerste maar worden in de belangenmeting als laatste gescoord.

1.3.5 Bevorderende factoren

In de evaluatie van de medewerkerstevredenheidsmeting schrijft Lambriex het volgende: "Vanuit de totale medewerkers tevredenheidsmeting stellen we vast dat de medewerkers over het algemeen tevreden zijn (gemiddeld 7,5 (5,7 – 8,6)). Ook stellen we vast dat men de gevraagde onderwerpen belangrijk vindt (gemiddeld 8,7, (7,2 – 9,6)) (p.11)". Hieruit kan besloten worden dat het management binnen de RVE goed zijn best doet om de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers te optimaliseren.

Op basis van de integratie van de uitslagen van deze meting kan een prioritering van de onderwerpen worden vastgesteld (Lambriex, 2009). Dit zijn de onderwerpen waar de medewerkers het minst tevreden over zijn en het belangrijkste vinden.

1. Middelen: Kwaliteit en beschikbaarheid van middelen
2. Leiderschap: Waardering door leiding, stijl van leidinggeven, luisteren naar mening, serieus omgaan met problemen en conflicten, communicatie over werkafspraken en werkomstandigheden.

3. **Beleid en Strategie:** Duidelijkheid van plannen en doelstellingen, betrokkenheid bij tot stand komen van doelstellingen, informatie over resultaten, te voeren beleid
4. **Arbeidsomstandigheden:** Werkdruk, lichamelijke en geestelijke belasting, voldoende aandacht voor arbo.
5. **Processen:** Inhoud werkoverleg, vastleggen en naleven procedures, kwaliteit van geleverde werk is gericht op verbeteren van de afdeling.
6. **Personeelsmanagement:** Ondersteuning van de leiding, omgaan met werk- en rusttijden, evalueren en beoordelen van functioneren.
7. **Arbeidsvoorwaarden:** Salaris, secundaire arbeidsvoorwaarden, opleidings- en doorgroei- en persoonlijke ontplooiingsmogelijkheden.

Om de bevorderende factoren van arbeidskwaliteit te bepalen, moet men kijken naar de onderwerpen die de medewerkers het belangrijkste vinden (figuur 21 in 1.3.4), dit zijn:

- C. Arbeidsverhoudingen
- E. Leiderschap
- I. Middelen
- J. Algemeen

1.3.6 Aanbevelingen

In de interne nota worden door Lambriex (2009) ook een aantal verbetervoorstellen, op basis van bovenstaande opsomming, gegeven. Hier kunnen de RVE en afdeling hun aandacht op focussen.

Volgende verbetermogelijkheden zijn geconstateerd (Lambriex, 2009):

- Kwaliteit van middelen die noodzakelijk zijn om het werk uit te kunnen voeren
- Naleven van afspraken die rondom de processen gemaakt zijn en de kwaliteit van het geleverde werk
- Communicatie over en betrekken bij het formuleren van plannen en doelstellingen van de RVE en op afdelingsniveau
- Werkdruk
- Evalueren en beoordelen van functioneren van medewerkers
- Opleidings-, doorgroei-, en ontplooiingsmogelijkheden

In overleg met het management en de leidinggevenden van de afdelingen van de RVE OG zullen op deelgebieden plannen gemaakt worden die leiden tot verdere verbetering van de tevredenheid van medewerkers (Lambriex, 2009).

1.4 Conclusie

De stafadviseur is van mening dat men vooral aandacht moet besteden aan het ontwikkelen van goed leiderschap (E.), goede arbeidsomstandigheden (B.), goede arbeidsverhoudingen (C.) en algemene tevredenheid van medewerkers (J.), om de arbeidskwaliteit te bevorderen.

De medewerkers zelf vinden goed leiderschap (E.), goede arbeidsverhoudingen (C.) en algemene tevredenheid (J.) ook het belangrijkste. Daarnaast heeft volgens hun de kwaliteit van middelen die noodzakelijk zijn om het werk uit te kunnen voeren (I.) een grotere invloed op de bevordering van de arbeidskwaliteit dan goede arbeidsomstandigheden (B.)

Hieruit kan ik besluiten dat het management en de medewerkers min of meer dezelfde mening hebben over welke factoren de arbeidskwaliteit van medewerkers het meest bevorderen. Enkel 'ideale arbeidsomstandigheden (B.)' en 'kwaliteit van middelen (I.)' verschillen, maar dit verschil is klein. Arbeidsomstandigheden kunnen namelijk verbeteren wanneer de middelen voldoen aan de juiste kwaliteit/voldoende beschikbaar zijn en omgekeerd. Het management van de RVE 'Operatieve geneeskunde' kent zijn medewerkers en weet duidelijk wat hun medewerkers tevreden maakt.

Ik kan nu een antwoord geven op de eerste deelvraag: *'Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers (nog) verhogen?'* De RVE OG kan de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers bevorderen door te zorgen voor:

- Goed leiderschap: Medewerkers krijgen waardering van hun leidinggevende, medewerkers zijn tevreden over de stijl van leidinggeven van hun leidinggevende, de leidinggevende luistert naar de mening van de medewerkers, de leidinggevende gaat serieus om met problemen of conflicten, de leidinggevende communiceert voldoende over werkafspraken en werkomstandigheden.

- Goede arbeidsomstandigheden: de werkdruk van de medewerkers is acceptabel, het werk is voor de medewerker lichamelijk en geestelijk goed te doen, er wordt voldoende aandacht besteed aan werkomstandigheden/ARBO.
- Goede arbeidsverhoudingen: de medewerker heeft een goed relatie met de leidinggevende, zijn collega's en wordt met respect door hun behandeld, de samenwerking binnen de afdeling en met andere afdelingen/disciplines is goed.
- Algemeen (tevredenheid en plezier in het werk): de medewerker heeft plezier in zijn werk, de medewerker haalt voldoening uit zijn werk, op de afdeling heerst een goede werksfeer, de medewerker is over het algemeen tevreden met zijn werk en zijn werkgever.
- Middelen: de kwaliteit van de middelen is goed, de beschikbaarheid van middelen is goed.

2. Hoe werkt de RVE OG aan een verbetering van de patiëntveiligheid?

2.1 Inleiding

Om te onderzoeken hoe de RVE OG aan een verbetering van zijn patiëntveiligheid werkt, ondernam ik verschillende stappen.

Allereerst heb ik via interviews met Hugo Lambriex en Els Meers de huidige situatie kunnen bevragen rond patiëntveiligheid. Wegens een te grote hoeveelheid, kan ik niet alle mogelijke vormen van veiligheidssystemen, -methoden en instituten, die het azM hanteert, weergeven. In dit onderzoek zal ik mij daarom beperken tot het **Integraal Risicomanagement (IRM) High5**. Het IRM draagt bij aan het gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust veiliger', besproken in 2.3 en 2.4, binnen de RVE OG. In 2.2. zal ik het IRM High5 kort uitleggen op basis van de interne nota 'Gedragsgericht interventie-programma voor OK-teamleden (deel 1)' van Meers, Solberg en Schreurs (2011).

Uit voorgaande interviews met Hugo Lambriex en Els Meers kwam aan het licht dat er vooral een gedragsprobleem van bewustwording rond patiëntveiligheid heerste binnen de RVE. Om dit probleem op te lossen is Els Meers gestart met een **Gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust veiliger'**. Dit programma zal ik nader toelichten in 2.3, door de **uitwerking** van het **interview** met Els Meers over dit programma. Nadien geef ik de **algemene werking van het programma** weer in 2.4. Hiervoor zijn mij diverse documenten door Els Meers ter beschikking gesteld. Ik heb gebruik gemaakt van volgende interne nota 'Gedragsgericht interventieprogramma voor OK-teamleden (deel 1 en 2)' van Meers, Solberg en Schreurs (2011).

Ik ga de verschillende stappen in het interventieprogramma niet overlopen per cluster. Dit geeft namelijk geen meerwaarde aan mijn onderzoek. Ik zal wel kort **enkele resultaten binnen cluster X (2.5) en Y (2.6)** weergeven. Met Els Meers en Hugo Lambriex werd afgesproken deze twee clusters nader te onderzoeken (hoofdstuk 3 onderzoeksopzet). De informatie over deze resultaten zijn gehaald uit de interne nota 'Programma inloopsessies 10 november per specialisme (Bormans, 2011)', mij ter beschikking gesteld door Els Meers, en uit een mailgesprek met Els Meers zelf.

2.2 IRM High5 binnen het azM

De aanleiding voor het Integraal RisicoManagement (IRM) binnen het azM waren voornamelijk het VeiligheidsManagementSysteem (VMS), de Nederlands Technische Afspraak (NTA) 8009 en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (Meers, Solbers en Schreurs, 2011). Hieronder worden deze drie kort uitgelegd.

Het azM hanteert een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) om de patiëntveiligheid systematisch te verbeteren (deel 1, hoofdstuk 4, 4.4). Dit systeem moet aantoonbaar voor derden, efficiënt en effectief zijn en voldoen aan de externe normen zoals de NTA 8009 (2007)(van der Hoeff, 2011).

NTA staat voor Nederlands Technische Afspraak. Volgens VMS veiligheidsprogramma (2009) is de NTA voor ziekenhuizen een onderlegger/een kapstok waarmee zij een VMS vorm kunnen geven. De NTA draagt bij aan uniformiteit van het VMS, leidt tot maatschappelijke openheid over patiëntveiligheid en vormt de basis voor externe toetsing van het patiëntveiligheidsbeleid van ziekenhuizen.

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) levert een bijdrage aan de borging en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het ontwikkelt kwaliteitsnormen en past deze toe in de toetsing van zorginstelling en zorgprocessen. Uit dit resultaat kunnen derden het vertrouwen ontleen dat de zorg op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht (NIAZ, z.d).

Het azM past volgens Meers, Solberg en Schreurs (2011) het IRM High5 toe omdat:

- "Patiënt- en de medewerkersveiligheid daarbij gebaat zijn;
- vooraf risico's inschatten en maatregelen nemen veel leed kan voorkomen én systematisch leren van wat toch nog fout ging ons naar een topniveau brengt;
- het ons helpt prioriteiten te stellen en resultaten te meten;
- het onze reputatie sterker maakt;
- er nog dingen mis gaan" (p.5).

High5 binnen het azM wordt door Meers et al. (2011) als volgt omschreven: "Een totaalsysteem van risicobeheersing, risicobewustzijn en duurzaam risicobewust gedrag in de hele azM-organisatie" (p.6).

De vijf risicogebieden binnen het IRM/high5 zijn:

1. Patiëntveiligheid en-tevredenheid
2. Veiligheid medewerkers (personeel)
3. Informatieveiligheid en betrouwbaarheid
4. Financiële zekerheid
5. Facilitaire veiligheid

Binnen deze vijf risicogebieden heeft het azM, volgens Meers et al. (2011), enkele doelstellingen opgesteld.

1. Medewerkers bewegen om zaken die naar hun mening niet goed gaan en gevolgen kunnen hebben voor de patiëntveiligheid en/of-tevredenheid bespreekbaar maken.
2. De persoonlijke ontwikkeling van de medewerkers als basis hanteren, de medewerkers duurzaam inzetten en hun laten leren op het gebied van veiligheid.
3. De informatieveiligheid en –betrouwbaarheid verbeteren .
4. Op facilitair niveau willen ze medewerkers informeren over hoe te handelen bij calamiteiten (grote rampen)
5. Werken met een goede bronregistratie. Tijdig en juist registreren is van groot belang, zowel voor de patiënt als voor financiën. Registreren wordt zelf nog belangrijker met de komst van DOT. DOT staat voor Diagnosebehandelingscombinatie (DBC) Op weg naar Transparantie. Volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (z.d.) beschrijft een DBC het gemiddeld zorgpakket van een patiënt. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling, namelijk medische handelingen (operaties, onderzoeken, therapie) en ondersteunende activiteiten (verpleegdagen, specialistenoverleg), van het eerste contact tot en met de laatste controle.

2.3 Uitwerking eigen interviews rond 'Bewust Veiliger'

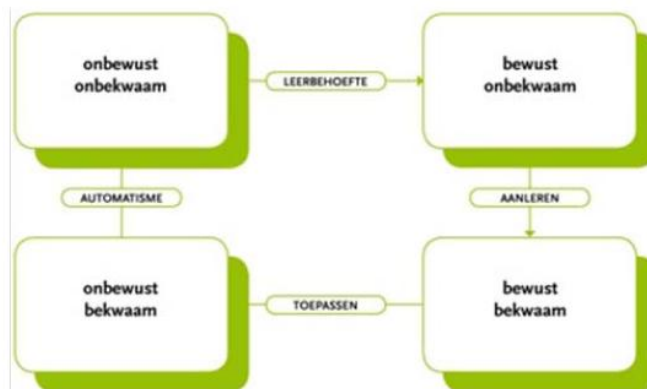
De RVE OG hanteert natuurlijk ook het IRM om de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg te waarborgen. Maar daarnaast heerst er binnen deze eenheid een probleem van gedrag en bewustwording. De medewerkers zijn zich niet bewust van patiëntveiligheid en gedragen zich ook niet altijd even veilig. Dit gedrag en de bewustwording moeten veranderen om de patiëntveiligheid te kunnen verbeteren. Het gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust veiliger' vormt hiervoor een oplossing. Het is een ziekenhuisbreed bewustwordingsprogramma. Het programma wil het

bewust worden van patiëntveiligheid bij de medewerker verbeteren, namelijk van onbewust onbekwaam naar bewust bekwaam. Figuur 22 geeft dit weer.

Onbewust onbekwaam → onbewust bekwaam

1. Confronteren en motiveren

2. Instrueren: kennis en vaardigheden



4. Evalueren:

- Meten resultaten
- Vaststellen verbeterpunten

3. Continuëren:

- Afleren
- Uitwisselen
- Reflectie

Maastricht UMC+

Figuur 22: Bewustwordingsmodel (Meers, Scheurs & Solberg, 2011)

De doelstelling van het programma is het verbeteren van de patiëntveiligheid en patiëntveiligheidscultuur. De patiëntveiligheidscultuur moet voor 80% veranderen van een reactieve patiëntveiligheidscultuur naar een proactieve patiëntveiligheidscultuur voor eind 2012. Op deze manier gaat ook het gedrag van mensen veranderen van reactief naar proactief. Het programma dient als een subjectieve cultuurmeting om onderling discussie te weeg te brengen.

De RVE OG is de eerste eenheid binnen het azM die dit in een project uitrolt. Aan het programma gaat een grote voorbereiding vooraf. Allereerst moet het management de belangrijkste risico's in de kaart brengen. Op basis hiervan worden de normen bepaald. Deze risico's en normen zijn bepaald over de vijf risicogebieden van het IRM, zoals eerder vermeld in 2.2. Hieruit worden tien speerpunten aan de hand van frequentie van voorkomen en ernst bepaald. In 2.4.3 worden deze weergegeven. Daarnaast moet er door het management nagedacht worden over enkele vragen: Wat willen we van dit project? Wie gaan we benaderen? Hoe zal het programma verlopen? Enz. Antwoorden

op deze vragen worden duidelijk in het volgende hoofdstuk, waar het interventieprogramma grondig wordt uitgelegd.

2.4 Gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust veiliger'

De bewustwording en het daarmee samenhangend gedrag van medewerkers blijft een probleem bij het werken aan patiëntveiligheid. Zo blijkt volgens uit een risicoanalyse dat een groot aantal veiligheidsrisico's gerelateerd zijn aan de bestaande cultuur en het gedrag van de medewerker. Ook in andere processen komt dit gedragsaspect naar voren. Dit is een reden voor het management RVE OG om het thema 'patiëntveiligheid' te concretiseren middels een gedragsgericht interventieprogramma (Meers, 2011).

2.4.1 Aanleiding

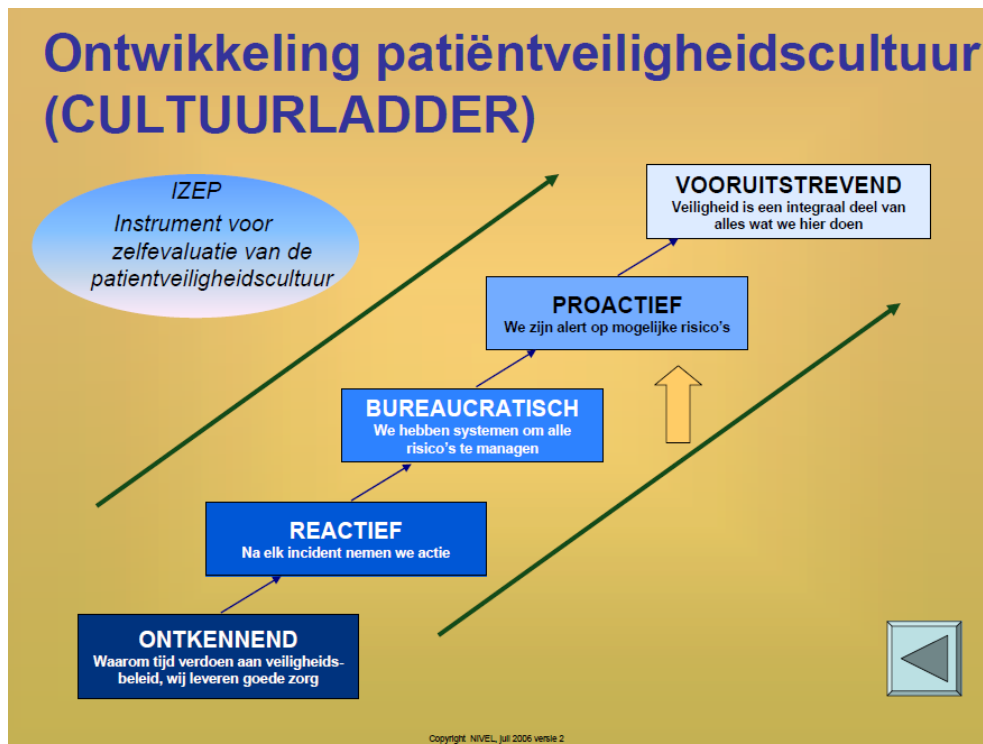
In het jaar 2010 heeft binnen de RVE OG de introductie van de Follow up TOP 123 van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), de borging van de Safety Checklist, het bezoek van de IGZ en klantgerichtheid centraal gestaan. (Meers, 2011). TOP 123 staat voor Toezicht Operatief Proces. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland, met nadruk op het operationele proces omwille van het groot risico dat hier aan verbonden is. De safety checklist is een controlelijst om risico's en gevaren op te sporen en te vermijden. Om de resultaten te kunnen borgen is in 2011 gestart met het gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust Veiliger RVE OG'.

2.4.2 Doelstelling

De doelstelling van dit programma is een hoger niveau (proactief) realiseren op de veiligheidscultuurladder (figuur 23) voor eind 2012 door:

- het verhogen van het bewustzijn patiënt(on)veiligheid
- het veranderen van het gedrag van de medewerkers

Om deze doelstelling te bereiken maakt de RVE OG gebruik van het Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur (IZEP). Bij het IZEP programma wordt tijdens een workshop gebruik gemaakt van resultaten van de nulmeting om discussie te voeren en begrip en inzicht te krijgen in het niveau van het team en de sterke en zwakke schakels (2.4.3, stap 1.B.).



Figuur 23: Gewenst niveau op de cultuurladder (Struben & Wagner, 2006)

2.4.3 Programma

Hieronder volgt een stappenplan van het gedragsgericht interventieprogramma 'Bewust veiliger':

STAP 1: Voorbereiding en start programma

STAP 2: Kick-off

STAP 3: Vervolg programma (verbeterplannen)

- Inloopsessies
- Leerlandschap
- Wegwerken onveiligheden

STAP 4: Vervolg- en eindmetingen patiëntveiligheidsniveau RVE OG

STAP 5: Terugkoppeling Resultaten RVB

De eerste twee stappen zijn al verwezenlijkt binnen de RVE OG. Met de derde stap is de RVE OG momenteel bezig. Een bespreking van deze eerste drie stappen volgt hieronder. De vervolg- en eindmetingen van het patiëntveiligheidsniveau binnen de RVE OG worden eind 2012 afgenomen en daarna worden de resultaten teruggekoppeld naar de RvB. Deze twee laatste stappen kunnen hierdoor nog niet besproken worden.

Stap 1: Voorbereiding en start programma

A. Vaststellen van de deelnemers

Op voorhand moet door het management bepaald worden wie er gaat deelnemen aan het interventieprogramma. Het management heeft besloten dat volgende twaalf clusters zullen deelnemen aan het programma: plastische chirurgie, heilkunde, oogheelkunde, orthopedie, Urologie, MKA (mond-, kaak en aanzichtchirurgie), KNO (keel, neus en oor), anesthesie, dermatologie, intern ziekenvervoer, fysiotherapie en COA/DC/CSA. Elke cluster bevat 10 tot 12 ambassadeurs/afgevaardigden, afkomstig uit verschillende functiegroepen: artsen, artsassistenten, medewerkers uit de poli-afdeling, medewerkers uit het dagcentrum, enz. Voor elke cluster wordt een voorzitter (verantwoordelijke) en procesbegeleider aangeduid.

B. Bepalen van het patiëntveiligheidscultuurniveau

Het huidige patiëntveiligheidscultuurniveau is bepaald aan de hand van een digitale vragenlijst (0-meting). Deze vragenlijst werd op voorhand ingevuld door de deelnemers van het interventieprogramma.

Hiervoor werd het instrument IZEP gebruikt. In de literatuurstudie wordt dit instrument besproken (hoofdstuk 4, 4.7.2). In het instrument zijn negen dimensies opgenomen die belangrijk zijn voor het managen van patiëntveiligheid en waarbij de heersende cultuur stimulerend dan wel remmend kan werken (Struben & Wagner, 2006). Over het algemeen heerst er een reactieve/bureaucratische patiëntveiligheidscultuur, volgens de senior adviseur van de RVE. De resultaten zijn ook per cluster bepaald, zo kan tijdens de workshop een discussie binnen elke cluster worden gevoerd.

C. Opstellen van speerpunten top 10

Uit de belangrijkste risico's (zie 2.1.) heeft het management de speerpunten van patiëntveiligheid bepaald. De speerpunten zijn gekozen op basis van frequentie van voorkomen van het risico en de ernst van het risico.

De top 10 speerpunten zijn:

1. Handdesinfectie na ieder patiëntencontact (hygiëneregel)
2. Correcte patiëntenidentificatie
3. Uitvoeren (Pre-)Time-out en Sign-out aan de hand van de Safety Checklist
4. Uitvoeren dubbelcheck medicatie
5. Informeren patiënt over hoofdbehandelaarschap, voorgestelde behandeling en akkoord vragen (informed consent)
6. Directe melding van een onveilige situatie door de medewerker (VIM)
7. Correcte bronregistratie van medische, administratieve en financiële gegevens
8. Patiëntbejegening volgens KLIK poli (kijk op, luister, informeer, kijk aan)
9. Hanteren gedragsregels klantgerichtheid azM
10. Veilig en betrouwbaar verstrekken en gebruiken van patiënteninformatie

D. Communicatie

De communicatie van informatie over het interventieprogramma 'Bewust veiliger' naar alle medewerkers binnen RVE OG is belangrijk. Het management moet voldoende toelichting geven over de werking van het programma. Posters en logo's over het programma worden op de verschillende afdelingen opgehangen. Post-its worden uitgedeeld, hiermee kunnen de medewerkers situaties aanduiden die zij onveilig vinden. Tijdens de workshop komen namelijk onveilige situaties in het werk aan bod, daarom is de inbreng van alle collega's nodig. De workshopdeelnemers nemen alle gemerkte situaties mee naar de workshop.

Stap 2: Kick-off

De Kick-off workshop vond plaats op 10 juni 2011. Tijdens deze workshop wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de nulmeting (per cluster) om discussie te voeren en begrip en inzicht te krijgen in het niveau van de cluster en de sterke en zwakke schakels.

De top 10 speerpunten wordt voorgelegd aan elke cluster. Hieruit moet elke cluster drie speerpunten kiezen tegen het einde van de workshop. Daarnaast moeten de clusters starten met de analyse en uitwerking van deze speerpunten. De post-its worden verzameld en geplakt bij de speerpunten.

Stap 3: Vervolg programma (verbeterplannen)

Het vervolg van het programma bestaat uit het uitwerken van een plan van aanpak in de clusters, het wegwerken van onveiligheden en inloopsessies. Deze inloopsessies dienen om te leren van elkaar. Er staan elke sessie twee thema's centraal. De vertegenwoordiger geeft gedurende de sessie een korte presentatie rond de knelpunten en resultaten van het thema. Daarnaast geeft hij enkele tips en best practices. Deze presentaties zullen leiden tot discussies onder de clusters en leiden tot nieuwe afspraken.

Hier volgen enkel resultaten binnen de belangrijkste clusters voor mijn onderzoek, cluster X en Y.

2.5 Interventieprogramma binnen Cluster X

Binnen Cluster X zijn volgende drie speerpunten gekozen:

- (prioriteit 1) Het verbeteren van patiëntenidentificatie op de polikliniek
- (2) Time-out en sign-out (Safety checklist)
- (3) Dubbelcheck medicijnen

'Het verbeteren van patiëntenidentificatie op de polikliniek' heeft prioriteit. Met dit speerpunt is de cluster dus volop bezig. De knelpunten om te werken aan dit speerpunt liggen vooral aan het tijdschema van betrokkenen. Iedereen heeft al veel taken. Daarnaast is er de praktische omkadering. Er moeten meerdere instanties en technische faciliteiten bij betrokken worden.

Op dit moment zijn er een aantal acties gerealiseerd m.b.t. patiëntenidentificatie. Zo zijn er lokale aanpassingen op de werkvloer m.b.t. patiëntenidentificatie ingevoerd: balie-werkers en andere medewerkers moeten de patiënten zelf hun geboortedatum laten zeggen, de arts moet ook actief naar de geboortedatum vragen, Er is centraal al navraag gedaan m.b.t. privacy en de mogelijkheid om een identificatiebewijs te vragen. Er zijn ook extra printers besteld zodat poli afspraken onmiddellijk kunnen worden afgedrukt en direct geautoriseerd. Het checken van de gegevens van de patiënt met de stickers is ingevoerd. Tot slot werd er navraag gedaan op hoger niveau wat betreft het gebruik van een nieuw centraal inschrijvings-systeem.

Voorbeelden van resultaten uit deze acties zijn dat het dubbelcheck systeem patiëntenidentificatie voor artsen is ingevoerd. De identificatie van de patiënt dient steeds plaats te vinden aan de hand van minimaal twee onafhankelijke bronnen (patiënt zelf, polsbandje, begeleidend persoon). Hierdoor voelen patiënten zich beter betrokken en dus ook veiliger (perceptie bij patiënten). Er is ook geen naamsverwarring meer mogelijk aan de balie poli, foute afspraken zullen veel minder optreden en de gemaakte afspraken zullen ook voor de patiënt duidelijker zijn.

Cluster X heeft een belangrijke les geleerd uit deze acties, namelijk dat eenvoudige acties leiden tot een duidelijke verbetering van de veiligheid op de werkvloer. Alle medewerkers moeten logisch en kritisch nadenken over patiëntveiligheid.

De cluster is ook bezig met de andere twee speerpunten, maar hierover zijn nog geen concrete acties neergeschreven. In 3.2.2 Bespreking speerpunten, komt er meer duidelijkheid over de werking van de andere twee speerpunten. Binnen dit deel wordt de mening van de geïnterviewden over de werking van de speerpunten weergegeven.

2.6 Interventieprogramma binnen Cluster Y

Binnen Cluster Y zijn volgende speerpunten gekozen:

- (Prioriteit 1) Hoofbehandelaarschap.
- (2) Bronregistratie van medische, administratieve en financiële gegevens
- (3) Gedrageregels

Deze cluster is tot nu nog in de planfase. Begin december heeft er een afspraak plaatsgevonden met de clusterleiding om de voortgang en de knelpunten van het hoofdbehandelaarschap in deze te bespreken. Naar aanleiding van de bijeenkomst heeft de clusterleiding aangegeven dat het verbeteren en borgen van het speerpunt

hoofdbehandelaarschap heel belangrijk is en voor verbetering vatbaar. Er zijn door de clusterleiding afspraken gemaakt en vervolgbijeenkomsten met clusterleden gepland (Meers, 2011).

Het probleem binnen deze cluster is dat de afspraken en definitie rond het hoofdbehandelaarschap (eindverantwoordelijke voor de gehele medische behandeling van de patiënt) niet duidelijk zijn voor iedereen. De oorzaken hiervan liggen aan het systeem en de organisatie, de processen en de professionals:

Systeem/organisatie

- Niet in te vullen in EPD (elektronisch patiëntendossier)
- Er kan in SAP (Systemen, Applicaties en Producten in gegevensbewerking) geen onderscheid gemaakt worden tussen hoofdbehandelaar en behandelende arts
- Patiënt weet niet tot wie hij/zij zich moeten richten
- Patiënt heeft afspraak bij dokter A terwijl het spreekuur vol zit of deze met vakantie is op de betreffende datum

Processen

- Hoofdbehandelaar is niet zichtbaar in systeem
- Hoofdbehandelaar is niet in afsprakenoverzicht en planbord vermeld
- 50% van de patiënten komen rechtstreeks van poli naar opname en weten de naam van de arts niet
- Uitvoeringsregeling hoofdbehandelaar niet uitgerold

Professionals

- Dokters niet flexibel
- Geen cultuur van verantwoordelijkheid (angst, men wil verantwoordelijkheid niet nemen)
- Moeilijke communicatie tussen afdeling en poli
- Onduidelijke afspraken

De cluster is begonnen met het opstellen van een verbeterplan/actieplan. Zo willen ze de definitie en afspraken voor de cluster duidelijk stellen (bv. Tijdens overdracht van patiënt van polikliniek naar kliniek een hoofdbehandelaar benoemen), consensus in afspraken met alle betrokkenen, het SAP aanpassen volgens afgesproken norm, een communicatiemiddel rond hoofdbehandelaarschap bedenken (brainstormen) en het planningsproces (her)bekijken met medewerkers op de afdeling.

2.7 Conclusie

Uit dit onderzoek kan ik concluderen de RVE OG op verschillende manieren werkt aan een waarborging van de veiligheid. Diverse managementsystemen, -methoden en instituten (VMS, NTA 8009, NIAZ, enz.), worden gehanteerd. Hierin speelt voornamelijk het Integraal Risicomanagement een grote rol.

De bewustwording en het daarmee samenhangend gedrag van medewerkers blijft een probleem bij het werken aan patiëntveiligheid. Door het invoeren van een gedragsgericht interventieprogramma tracht het management de bewustwording te verhogen en een hoger niveau op de cultuurladder te bereiken. Dit programma is pas gestart in maart 2011. Sommige clusters bevinden zich nog in de planfase om verbeterplannen rond patiëntveiligheid op te stellen, anderen staan verder en hebben al concrete actieplannen doorgevoerd.

Cluster X is momenteel bezig met het voeren van acties rond patiëntidentificatie. Daarnaast staat het werken aan de safety checklist en het dubbelchecken van medicatie ook op hun prioriteitenlijst. Cluster Y heeft volgende drie speerpunten gekozen: hoofdbehandelaarschap, bronregistratie en gedragsregels.

Uit het interview met Els Meers kan ik vaststellen dat het programma niet bij iedereen even vlot verloopt. Er is een duidelijk verschil in de vooruitgang van patiëntveiligheid binnen de clusters. Zo boekt cluster X duidelijk meer vooruitgang dan cluster Y. Maar wat maakt nu dat de ene cluster meer vooruitgang boekt als de andere? Wat maakt dat het goed gaat of minder goed gaat? Een antwoord op deze vragen zal ik geven in het volgend hoofdstuk.

3. Is er binnen de RVE OG een verband tussen de vooruitgang in het verbeteren van de patiëntveiligheid en de arbeidskwaliteit van de medewerkers?

3.1 Inleiding

Om antwoord te vinden op deze deelvraag heb ik binnen cluster X en cluster Y de mogelijkheid gekregen een aantal personen te interviewen. Binnen cluster X heb ik de mogelijkheid gekregen om drie personen te interviewen: een chirurg (en afdelingshoofd), nog een chirurg (en voorzitter van het interventieprogramma) en een hoofdverpleegkundige (en unitleider). Binnen cluster Y heb ik twee personen kunnen interviewen: een chirurg en een hoofdverpleegkundige (en unitleider). Gezien de korte tijdsspanne van mijn onderzoek, heb ik niet meer personen kunnen bevragen. Desalniet temin hebben de interviews mij voldoende informatie opgeleverd om interessante conclusies te trekken uit dit onderzoek.

Allereerst zal ik per cluster een **algemene bespreking** van de speerpunten (in 3.2.2 voor cluster X en in 3.3.2 voor cluster Y) geven.

Vervolgens heb ik de mening van de medewerkers gevraagd naar **de vooruitgang** in het **verbeteren van patiëntveiligheid** binnen hun afdeling of team. Per speerpunt hebben zij een score gegeven van 0 tot 10 (0 weinig verbetering, 5 net voldoende verbetering en 10 veel verbetering zichtbaar) tijdens piek- en rustmomenten. Ik heb de medewerkers ook gevraagd welke factoren volgens hen tot een hoge of lage score leiden en welke factoren volgens hun de lage scores zouden kunnen verbeteren. De resultaten worden voor cluster X weergegeven in 3.2.3 en voor cluster Y in 3.3.3.

Daarnaast heb ik ook bevraagd of er nog andere **factoren belemmerend of bevorderend** kunnen zijn voor **de vooruitgang in een verbetering van de patiëntveiligheid**. Deze factoren waren zowel gelijkend als verschillend onder de geïnterviewden. De Hoofdverpleegkundige vertegenwoordigde zichzelf en de groep verpleegkundigen. De chirurgen in beide clusters vertegenwoordigden zichzelf en hun OK-team. Ik heb de factoren daarom verdeeld onder deze twee groepen in 3.2.4 voor cluster X en in 3.3.4 voor cluster Y.

Tot slot ben ik op zoek gegaan naar een **verband tussen de factoren die de vooruitgang in patiëntveiligheid bevorderen**, dit zijn zowel de factoren in 3.2.3 en 3.3.3 als in 3.2.4 en 3.3.4, en de **factoren die de arbeidskwaliteit het meest**

bevorderen. Dit heb ik gedaan door de factoren te verwerken onder de voorheen besproken onderwerpen in 1.2.1.

3.2 Uitwerking interviews binnen cluster X

3.2.1 Bespreking speerpunten

A. Correcte patiëntenidentificatie

Voor het bereiken een correcte patiëntenidentificatie moet de identificatie van de patiënt steeds plaats vinden aan de hand van minimaal twee onafhankelijke bronnen. Hierbij wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van het polsbandje rond de arm (staat de persoonlijke informatie van de patiënt op). Volgens één chirurg is dit van minder belang voor chirurgen. Zij kennen de patiënt namelijk persoonlijk. Er is een vaste arts-patiënt relatie. Zij zullen het ook eerder aan de patiënt vragen dan het polsbandje te checken.

Volgens de hoofdverpleegkundige is het uitvoeren van een correcte patiëntenidentificatie vooral gericht op het medisch personeel op de polikliniek. Baliemedewerkers moeten de patiënten zelf hun naam en geboortedatum laten zeggen. Aan de balie worden de gegevens gecontroleerd en stickers afgedrukt. Om de patiëntveiligheid te verbeteren heeft het ziekenhuis daarom extra printers aangeschaft. De arts bekijkt de sticker en kijkt dit nog eens na in het systeem.

B. Time- out & Sign-out (Safety checklist)

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt en voor start de anesthesie vindt een structureel overleg plaats (time-out) tussen operateur, anesthesioloog en OK-personeel. Hierbij worden volgende items besproken: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/ locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid personeel en materialen en bijzonderheden. De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd. Na afloop van iedere ingreep vindt er een sign-out (afstemming) plaats tussen chirurg en anesthesioloog over de nazorg en eventuele bijzonderheden (sign out).

De lijst was eerst veel te lang. Dit beperkte de OK-tijd en zorgde voor veel irritaties bij chirurgen. De operateur moet het namelijk tegen de patiënt zeggen als deze niet meer aan de beurt zal komen voor de operatie, niet de anesthesist of de verpleegkundige. Er is toen een tweede verkorte versie gekomen, maar ook deze gaf nog vertraging. Anesthesie heeft tijdens het interventieprogramma gevraagd om een grotere aandacht voor deze lijst, doch gedragen ze zich zelf er het minst naar. Voor men kan opereren moet men namelijk wachten op de anesthesist om het papier in te vullen. De anesthesisten verplaatsen zich constant van de ene zaal naar de andere en laten soms lang op zich wachten. Dit leidt tot vertraging van de operatie. De chirurgen zijn wel gemotiveerd om de lijst in te vullen, dan alleen kunnen ze van start gaan met de operatie en geeft het een meerwaarde naar veiligheid toe. Volgens de chirurgen kan de lijst wel nog efficiënter en korter.

C. Dubbelcheck medicijnen

In het hele proces van voorschrijven, gereedmaken, ter hand stellen en toedienen van medicatie kunnen veel fouten voorkomen.

Volgens de hoofdverpleegkundige was het dubbelcheck van medicijnen voorheen niet altijd sluitend. Bij dubbelcheck van medicijnen maakt men de medicatie met twee verpleegkundigen klaar: één persoon maakt het klaar en de andere controleert. Vroeger ging men hier te vaak van vertrouwen uit: 'zij zal het wel goed doen'. Daardoor werd snel een handtekening geplaatst door de tweede verpleegkundige. Ook het routinematig gedrag had hier mee te maken. Uiteindelijk was er dus geen controle. Nu zijn er enkele screeningsmomenten, waardoor deze controle terug toeneemt. Wanneer men een fout maakt, geeft dit een enorme indruk en nadien is men veel bewuster.

Momenteel maakt de cluster gebruik van een Elektronisch VoorschrijfSysteem (EVS). De arts schrijft uit, dit komt rechtstreeks bij de apotheek en deze controleert de voorschrijving, dan komt het bij de verpleegkundigen, zij delen het uit en tekenen het af.

Volgens één chirurg treft de medicatietoediening de chirurgen minder. Tijdens een operatie wordt de medicatietoediening door de anesthesist gedaan (verdooving). Hierbij hebben zij dus geen directe betrokkenheid. Vooral de verpleegkundigen moeten meer betrokken en bewuster worden.

Volgens de andere chirurg belet het computersysteem dat het dubbelchecken vlotter gaat. Het Elektronisch VoorschrijvingsSysteem (EVS) is een onhandig systeem, niet gebruiksvriendelijk en beschikt niet over een automatische koppeling. Soms worden dingen ingevoerd, maar zitten deze niet het in het systeem. Hierdoor dient een verpleegkundige soms geen medicatie toe. Het EVS belet efficiënt en snel werken en waarschuwingfilters ontbreken nog.

3.2.2 Score en bepalende factoren per speerpunt

A. Correcte patiëntenidentificatie

Op zowel rust- als piekmomenten scoort de cluster een 8 op de verbetering en vooruitgang in de correcte patiëntenidentificatie, volgens alle geïnterviewden.

De **hoge score** op zowel **rust- als piekmomenten** heeft volgens de medewerkers te maken met de **eenvoud** van het systeem. Het is **weinig werk** en **vlot** uit te voeren. De **controle zelf** zorgt ook automatisch voor een hogere score. De controle was volgens de medewerkers voor het 'Bewust veiliger'-programma veel minder, soms had men wel eens een andere persoon voor zich. De **verandering en verbetering is zichtbaar**, dit werkt dankbaar en motiverend.

De hoge score heeft volgens mij ook te maken met hun intensieve bezigheid rond dit speerpunt. Binnen deze cluster heeft dit namelijk **prioriteit**.

B. Time-out en sign-out (safety checklist)

De chirurgen geven beiden een score van 8 op de vooruitgang en verbetering van de time-out & sign-out (safety checklist) tijdens rustmomenten en gemiddeld een score van 5.5 tijdens piekmomenten. De hoofdverpleegkundige kon dit speerpunt niet scoren, omdat deze hierbij minder betrokken is.

De **lage score tijdens piekmomenten** was volgens de chirurgen te wijten aan **het wachten op anderen**. Daarnaast is er enkel de **motivatie omdat het moet**. De **operatietijd** is heel belangrijk en het invullen van de lijst mag geen **vertragende factor** zijn, dit leidt namelijk tot **frustratie**.

Men zou de **score** volgens de chirurgen kunnen **verhogen** door **meer operatietijd**, maar dit is een illusie, door **piekmomenten** te **voorkomen** en de **werkdruk** te

verminderen. Maar ook door de **arbeidsverhoudingen** te **veranderen**: de verpleegkundige en anesthesisten gaan om 16u naar huis. Wanneer zij een operatie niet meer willen uitvoeren (te weinig tijd) zit de arts met dit probleem, hij moet namelijk de patiënt inlichten dat de operatie toch niet zal kunnen plaatsvinden. Daarnaast zou een **efficiëntere werkverdeling** naar anesthesisten toe en een **verkorting van de lijst** ook leiden tot een hogere score in de vooruitgang van patiëntveiligheid.

C. Dubbelcheck medicijnen

Zoals blijkt uit voorgaande argumenten (2.3.2., C.) verschilt de mening in de vooruitgang en verbetering tussen de drie medewerkers. De hoofdverpleegkundige is van mening, met een score van 8.5, dat er veel vooruitgang en verbetering is zowel op rust- als piekmomenten. Eén chirurg geeft een score van 8 tijdens rustmomenten, maar tijdens piekmomenten wordt dit een 6. De andere chirurg vindt dat er net voldoende verbetering en vooruitgang is tijdens rustmomenten, maar tijdens piekmomenten absoluut niet.

Volgens de hoofdverpleegkundige leidt de **controle** op haar afdeling tot een **hogere score**. Wanneer de aandacht verslapt, worden er ook meerdere controles gedaan. Daarnaast **spreken ze elkaar onderling aan** over problemen en frustraties. Het **systeem** laat ook niet toe dat men meer medicatie kan aftekenen en men wordt verplicht om het hele traject te doorlopen. Als het systeem plat ligt, bijvoorbeeld door een virus, dan wordt er elke avond een schriftelijke update gedaan. Er is ook een **maandelijks werkoverleg**.

Volgens één chirurg zou **meer personeel** ook tot een **hogere score** leiden tijdens piekmomenten. Meer personeel **vermindert de werkdruk** en de druk om zelf een beslissing te nemen. Daarnaast moeten de **arbeidsverhoudingen** en **werksfeer** verbeteren.

Volgens de andere chirurg heeft de **lage score** te maken met de **complexiteit en gebruiksvriendelijkheid van het systeem**. Om een **hogere score** te bereiken moet men een **beter voorschrijfsysteem** voorzien, rechtstreeks gekoppeld aan apothekers buiten ziekenhuizen, toedieningstijden en thuismedicatie moeten er in vermeld worden, enz.

3.2.3 Andere bevorderende en belemmerende factoren voor een goede vooruitgang in patiëntveiligheid

A. Voor de hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Onderlinge relatie en samenwerking	Het durven melden van incidenten (VIM)
Onderlinge communicatie	Slechte arbeidsomstandigheden. Bv. Één gediplomeerde moet zich bezig houden met drie leerlingen. Dit zorgt voor een enorme werkdruk op de gediplomeerde.
Voldoende rustmomenten	Werdruk door het inleveren van personeel
Teambuildig (wegwerking generatiekloof)	Slecht leiderschap
Jaargesprek	

B. Voor de chirurg en het OK-team

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Verbetering zien van resultaten (Hoger management moet de medewerkers resultaten van verbetering meedelen, dit zorgt voor meer voldoening in het werk)	Bureaucratisch systeem (Er bevinden zich te veel personen tussen in, er is geen rechtstreekse communicatie)
Meer operatietijd	Werdruk (mede door ingewikkeld systeem)
Respect voor elkaar en voor andere disciplines	Gevoel van inefficiënt werken
Goed team, teamspirit	Gevoel van tijdsverlies
Logisch nadenken en gewoon doen	Sommige medewerkers hebben geen persoonlijke motivatie om efficiënter te werken
Persoonlijke band met patiënt	Heel het team moet het willen. Als één schakel niet, dan loop het niet. Dit kan leiden tot conflicten
Onderlinge communicatie	

C. Andere opmerkingen of aandachtspunten

Volgens de hoofdverpleegkundige moet het management de medewerkers blijven opvolgen, bijsturen en evalueren om de patiëntveiligheid te waarborgen.

Eén chirurg merkte op dat er een groot verschil is tussen België en Nederland op het gebied van patiëntveiligheid omwille van het mentaliteitsverschil tussen de landen. Zo is de patiëntenzorg in Nederland, volgens de chirurg, veel voorzichter als in België. Er wordt namelijk minder geëxperimenteerd en ze zijn behoudsgezinder, maar dit gaat wel ten koste van de efficiëntie. Het verschil in de zorg tussen deze twee landen, is naar mijn mening, een idee om te onderzoeken in een andere masterproef.

De chirurgen en hoofdverpleegkundige merkten weinig verschil van een relatie tussen de factoren van patiëntveiligheid en de levensfase of leeftijd van de medewerkers. Zowel ouderen als jongeren ervaren meer druk.

3.3 Uitwerking interviews binnen Cluster Y

3.3.1 Bespreking speerpunten

Zoals al merkbaar in 2.3.5, is er binnen deze cluster nog maar weinig ondernomen om de speerpunten te verbeteren. Dit was ook duidelijk af te leiden uit het interview met de chirurg en het interview met hoofdverpleegkundige. Met het eerste speerpunt, hoofdbehandelaarschap, zit deze cluster nog in de planfase en zijn begonnen met het opstellen van een verbeterplan/actieplan. Het schiet echter niet op en al zeker niet met de andere twee speerpunten (bronregistratie en gedragsregels), volgens de hoofdverpleegkundige. Hierover is gewoon nog niet gesproken.

De chirurg bevestigde ook het probleem rond het invullen van het hoofdbehandelaarschap in het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) binnen de Systemen, Applicaties en Producten in gegevensbewerking (SAP). Artsen moeten voortdurend opletten of de juiste hoofdbehandelaar bij elke patiënt staat aangeduid in het systeem en wanneer ze een fout ontdekken kunnen ze dit zelf niet wijzigen in het systeem.

3.3.2 Score en bepalende factoren per speerpunt

Rond de twee laatste speerpunten bronregistratie en gedragsregels, werd er door de chirurg geen score toegekend en door de hoofdverpleegkundige twee maal een 0. Het is dus duidelijk dat er nog geen vooruitgang is geboekt om deze speerpunten te verbeteren.

Het eerste speerpunt, hoofdbehandelaarschap, scoort volgens de chirurg een 3 en volgens de hoofdverpleegkundige een 5. Deze score verschilt niet in rust- of piekmomenten.

Deze **lage score** heeft te maken met de **vrede en onrust** die met de werking gepaard gaat. Volgens de hoofdverpleegkundige zijn de **chirurgen te druk bezig met zichzelf**. Ze zijn van mening dat ze **te weinig assistenten** hebben en er **wordt onvoldoende naar hun geluisterd** door de organisatie. Het werken aan de speerpunten wordt door hen gezien als een **extra last** bovenop hun ander werk. Hierdoor zijn ze niet geïnteresseerd. Ze worden betrokken, maar **laten een volledige betrokkenheid niet toe**. Enkel als het echt moet, zullen ze het doen. Ze zien wel in dat er problemen zijn, maar willen geen inspanning ervoor leveren. De lage score heeft daardoor ook te maken met **leiderschap**.

Volgens de chirurg heeft de **lage score** vooral te maken met het **systeem** (SAP-systeem). Dit functioneert niet optimaal. Om verandering te weeg te brengen, zal men daarom eerst hier iets aan moeten veranderen. Daarnaast is er door **tijdsgebrek** ook **weinig overleg met elkaar**. Men zou **bij elkaar** moet **zitten** en **samen afspraken** moeten **maken** over wat ze gaan doen.

Om een **hogere score** te behalen in de verbetering van patiëntveiligheid moet men volgens de hoofdverpleegkundige de **betrokkenheid vergroten**, voor heel de organisatie. Men moet zich ervan **bewust worden** dat de bronregistratie zorgt voor een betere financiële stroom, hoofdbehandelaarschap zorgt voor een veiliger werken en het verbeteren van gedragsregels zorgt voor een beter communicatie. Momenteel spelen de artsen de hoofdrol, maar men moet leren **patiëntgericht denken**.

3.3.3 Andere bevorderende en belemmerende factoren voor een goede vooruitgang in patiëntveiligheid

A. Voor de hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Bewustwording	Ondersteunende systemen functioneren niet goed. Bv. Het elektronisch voorschrijvingsstelsel van medicatie (EVS) werkt niet goed, hierdoor weigeren dokters met het stelsel te werken.
Visie	Hoge categorie van zieken -> drukke afdeling
Klantgerichtheid	Zelfstandigheid van verpleegkundigen (zij omzeilen de regeltjes graag en dit leidt soms tot fouten)
	Druk bezig zijn met eigen werk
	Bottum down communicatie: van boven naar onder (bottum up zou effectiever werken)
	Motivatie (speerpunten zeggen hun niet veel)
	Minder personeel -> minder tijd
	Weinig verantwoordelijkheid voor medicatieveiligheid
	Aanspreekgedrag (binnen deze cluster werken ze met een jong team -> durven elkaar nog niet aanspreken)

B. Voor de chirurg en het OK-team

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Communicatie	Tijd
Erkennen en bespreken van probleem	Motivatie van de hele groep (alle chirurgen) om er tijd aan te besteden
Delegeren van taken (andere stafleden het op zich laten nemen)	Werdruk
	Veelheid van andere registraties
	Trage vooruitgang in de verandering van het automatiseringssysteem SAP
	Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS)

C. Andere opmerkingen of aandachtspunten

Volgens de hoofdverpleegkundige zijn bovenstaande factoren wel afhankelijk van de levensfase of leeftijd van de medewerker. Leeftijd is heel bepalend voor het kunnen zien hoe belangrijk bepaalde handelingen zijn. Naarmate men ouder wordt krijgt men een beter zicht op bepaalde situaties en wordt men bewuster van de patiëntveiligheid. Het moet ook van nature in je zitten, sommige medewerkers voelen aan dat bepaalde handelingen niet correct zijn, anderen niet. Ook beschikken sommige verpleegkundigen over de verkeerde motivatie om het beroep te beoefenen. Ze willen meteen geld verdienen en door het groeiend tekort in de zorgsector zijn ziekenhuizen niet meer kieskeurig. Tot slot is ook de mentaliteit veranderd. Dit heeft te maken met de vooropleiding, het niveau van onderwijs is gedaald.

Een aanbeveling van de hoofdverpleegkundige zou zijn om aan functie- of kennisdifferentiatie te doen. Bijvoorbeeld: Elke dag een andere verpleegkundige verantwoordelijk maken voor de medicatie. Deze persoon draagt dan ook een jasje waardoor de iedereen weet dat ze hem of haar niet moeten lastig vallen met vragen. Hier is de druk minder om het goed te doen. Hij/zij krijgt minder vragen, waardoor fouten zullen verminderen. Daarnaast zal de verantwoordelijkheidszin groeien.

3.4 Verband en conclusie

Ik kan concluderen dat er een duidelijk verband bestaat tussen de factoren die de patiëntveiligheid verbeteren en de factoren die arbeidskwaliteit verhogen. De factoren uit voorgaand onderzoek kunnen namelijk ondergebracht worden bij de verschillende onderwerpen die een invloed hebben op de arbeidskwaliteit: arbeidsinhoud (A.), arbeidsvoorwaarden (B.), arbeidsverhoudingen (C.), arbeidsomstandigheden (D.), leiderschap (E.), beleid en strategie (F.), personeelsmanagement (G.), processen (H.), middelen (I.) en algemene tevredenheid (J.). Deze onderwerpen komen uit de medewerkerstevredenheidsmeting van Hugo Lambriex (1.2.1 en 1.3.1)

Ik heb de **factoren** die de **grootste invloed** hebben **op patiëntveiligheid** (zowel bevorderende als belemmerende uit 3.2.2 en 3.2.3 voor cluster X en 3.3.2 en 3.3.3 voor cluster Y), ondergebracht in volgende onderwerpen van arbeidskwaliteit:

Voor cluster X:

<u>Hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen</u>	<u>Chirurgen en hun OK-team</u>
arbeidsverhoudingen (onderlinge relatie, samenwerking, teambuilding)	arbeidsverhoudingen (onderling respect en voor andere disciplines, teamspirit, communicatie)
middelen (elektronische voorschrijfsysteem : veiliger)	middelen (elektronisch voorschrijvingsstelsel: te complex en gebruiksonvriendelijk)
beleid en strategie (werkoverleg)	beleid en strategie (te bureaucratisch systeem, te weinig informatie over resultaten)
leiderschap (stijl, waardering, enz.)	processen (kwaliteit geleverde werk)
arbeidsomstandigheden (werkdruk)	arbeidsomstandigheden (werkdruk: te kort aan personeel, te kort aan operatietijd)
personeelsmanagement (jaargesprek)	algemeen (voldoening halen uit het werk: persoonlijke motivatie en band met patiënt)

Voor cluster Y:

<u>Hoofdverpleegkundige en verpleegkundigen</u>	<u>Chirurgen en hun OK-team</u>
arbeidsverhoudingen (aanspreekgedrag)	arbeidsverhoudingen (onderlinge samenwerking, communicatie)
middelen (ondersteunende systemen functioneren niet optimaal)	middelen (SAP-systeem: functioneert niet optimaal, trage vooruitgang, elektronisch voorschrijfsysteem)
beleid en strategie (chirurgen laten een volledige betrokkenheid niet toe, duidelijkheid visie, bewustwording)	
leiderschap (chirurgen zijn soms te druk bezig met zichzelf, bottum down werkt niet)	leiderschap (erkennen en bespreken van probleem)
arbeidsomstandigheden (werkdruk: drukke afdeling, druk met eigen werk alleen, minder personeel)	arbeidsomstandigheden (tijdsgebrek, veelheid van andere registraties)
arbeidsinhoud ('vrijheid van beslissen' is bij verpleegkundigen niet altijd even veilig om toe te passen, verantwoordelijkheid ontbreekt bij verpleegkundigen)	processen (kwaliteit geleverde werk)
algemeen (motivatie is bij alle medewerkers laag)	algemeen (voldoening halen uit het werk: persoonlijke motivatie en band met patiënt)

Als ik terugkijk naar mijn conclusie uit deelvraag 1 '**Hoe kan de RVE OG de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers (nog) verhogen?**' (1.4), kwamen volgende factoren naar voren:

- Goed leiderschap: Medewerkers krijgen waardering van hun leidinggevende, medewerkers zijn tevreden over de stijl van leidinggeven van hun leidinggevende, de leidinggevende luistert naar de mening van de medewerkers, de leidinggevende gaat serieus om met problemen of conflicten,

de leidinggevende communiceert voldoende over werkafspraken en werkomstandigheden.

- Goede arbeidsomstandigheden: de werkdruk van de medewerkers is acceptabel, het werk is voor de medewerker lichamelijk en geestelijk goed te doen, er wordt voldoende aandacht besteed aan werkomstandigheden/ARBO.
- Goede arbeidsverhoudingen: de medewerker heeft een goed relatie met de leidinggevende, zijn collega's en wordt met respect door hun behandeld, de samenwerking binnen de afdeling en met andere afdelingen/disciplines is goed.
- Algemeen (tevredenheid en plezier in het werk): de medewerker heeft plezier in zijn werk, de medewerker haalt voldoening uit zijn werk, op de afdeling heerst een goede werksfeer, de medewerker is over het algemeen tevreden met zijn werk en zijn werkgever.
- Middelen: de kwaliteit van de middelen is goed, de beschikbaarheid van middelen is goed

In bovenstaande kaders staan deze factoren zwartgedrukt. Ik kan hieruit vaststellen dat zowel in cluster X en cluster Y, en zowel voor het verpleegkundig personeel als het chirurgisch team, grotendeels dezelfde factoren naar voorkomen.

Ik kan nu een antwoord geven op mijn derde deelvraag:

Is er binnen de RVE OG een verband tussen de vooruitgang in het verbeteren van patiëntveiligheid en de arbeidskwaliteit van de medewerkers?

Ja, er is een verband. Zowel de factoren '**goed leiderschap, goede arbeidsomstandigheden, goede arbeidsverhoudingen, de juiste middelen en algemene tevredenheid**' hebben de grootste bevorderende invloed op de arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid.

Daarnaast valt op dat 'beleid en strategie' bij beide clusters vaak voorkomt en dus bepalend is voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Dit onderwerp staat in de medewerkerstevredenheidsmeting van Hugo Lambriex (1.3) op de derde plaats volgens prioritering naar belangrijkheid en tevredenheid. Binnen de RVE OG is '**beleid en strategie**' dus ook essentieel om de arbeidskwaliteit te verhogen en de patiëntveiligheid te verbeteren.

Wanneer het ziekenhuis aan deze zes onderwerpen werkt zal dit een effect hebben op zowel de arbeidskwaliteit van de medewerkers als de patiëntveiligheid binnen het

ziekenhuis. Hieruit kan ik afleiden dat **een goede arbeidskwaliteit** van medewerkers leidt tot een **verbetering van de patiëntveiligheid** en voldoende **aandacht voor patiëntveiligheid** leidt tot een **verhoging van de arbeidskwaliteit**.

Deel 3: Conclusies

Hoofdstuk 1: Vergelijking literatuurstudie en praktijkstudie

In dit hoofdstuk zal ik een vergelijking maken tussen mijn literatuurstudie en praktijkstudie.

Allereerst zal ik nagaan of **arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid levensfasegerelateerd** zijn binnen de RVE OG. Daarnaast komt in mijn literatuurstudie kwam naar voren dat het azM een levensfasebewust personeelsbeleid voert. Het verband tussen dit beleid en de factoren van arbeidskwaliteit komen ook aan bod.

Vervolgens ga ik op zoek naar een **verband** tussen **factoren** die kunnen zorgen voor een **hogere arbeidskwaliteit** en factoren die de **patiëntveiligheid verbeteren** binnen mijn **literatuurstudie**.

Tot slot zal ik de resultaten uit dit verband binnen de **literatuurstudie spiegelen aan** de resultaten uit mijn **praktijkstudie**. Komen dezelfde factoren naar voren of ligt de nadruk binnen de RVE OG ergens anders?

1. Zijn arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid levensfasegerelateerd binnen de RVE OG?

In mijn praktijkstudie binnen de RVE 'Operatieve geneeskunde' kon ik de relatie tussen de **arbeidskwaliteit** en de levensfasen van de medewerkers niet onderzoeken. Een nieuwe meting van de arbeidskwaliteit, met vragen over de leeftijden en de levensfasen van de medewerkers, zou niet meer anoniem zijn. Hierdoor zou ik geen respons krijgen van de medewerkers.

Verheijen (2008), stafadviseur Personeel en Organisatie binnen het azM, stelt wel verschillen in de factoren van arbeidskwaliteit binnen de verschillende levensfasen vast. Zoals vermeld in de literatuurstudie (1.3), onderscheidt het azM vijf levensfasen: jonge starters, spitsuur van het leven, stabilisatie, deskundige senior, veroudering. Daarnaast gaat het azM uit van vijf belangrijker pijlers voor een goed personeelsbeleid. Deze pijlers zijn: arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, cultuur en managementstijl, organisatie en personeelsontwikkeling, personeelsplanning en organisatie.

Deze pijlers komen in grote mate overeen met de onderwerpen van arbeidskwaliteit en -tevredenheid (1.2.1.):

HR-pijlers personeelsbeleid azM	Factoren van arbeidskwaliteit RVE OG
Arbeidsomstandigheden	Arbeidsomstandigheden (Arbeidsinhoud) (Middelen)
Arbeidsvoorwaarden	Arbeidsvoorwaarden
Cultuur- en managementstijl	Leiderschap Arbeidsverhoudingen
Organisatie- en personeelsontwikkeling	Strategie en beleid (Processen)
Personeelsplanning en organisatie	Personeelsmanagement (Algemeen)

Hieronder worden de specifieke aandachtspunten van de HR pijlers per levensfase, volgens Verheijen (2008) weergegeven:

Jonge starter

- Arbeidsomstandigheden: werkdruk als gevolg van onervarenheid
- Arbeidsvoorwaarden: levensloopregelingen (verlofsparen voor langere vakanties), scholing, persoonlijke ontwikkeling
- Cultuur en managementstijl: management van verwachtingen, coachen zoekproces, persoonlijke ontwikkeling
- Organisatie en personeelsontwikkeling: starten met ontwikkelgesprekken
- Personeelsplanning en organisatie: algemene maatregelen

Spitsuur van het leven

- Arbeidsomstandigheden: flexibele/variabele werktijden, duobanen
- Arbeidsvoorwaarden: zorgverlof (kinderen), levensloopregelingen, (aanvullend) pensioenopbouw
- Cultuur en managementstijl: ondersteuning werk/privé balans
- Organisatie en personeelsontwikkeling: ontwikkelrichting aanpassen aan privéomstandigheden
- Personeelsplanning en organisatie: algemene maatregelen

Stabilisatie

- Arbeidsomstandigheden: flexibele/variabele werktijden
- Arbeidsvoorwaarden: zekerheid, scholing, sabbatical en behoefte van eventuele heroriëntatie, (aanvullend) pensioenopbouw
- Cultuur en leiderschapsstijl: loopbaanontwikkeling, employability
- Organisatie en personeelsontwikkeling: opleiding gericht op verbreding van competenties
- Personeelsplanning en organisatie: algemene maatregelen

Deskundige senior

- Arbeidsomstandigheden: belasting/belastbaarheid, fysieke belasting
- Arbeidsvoorwaarden: effect afbouwen op pensioen
- Cultuur en leiderschapsstijl: afbouw en overdracht
- Organisatie en personeelsontwikkeling: demotie (degradatie van functie), passende functieprofielen
- Personeelsplanning en organisatie: algemene maatregelen

Door de overeenkomst van de HR-pijlers met de factoren van arbeidskwaliteit, kan ik vaststellen dat de factoren van arbeidskwaliteit ook verschillen in de diverse levensfasen. De medewerker heeft verschillende behoeften en bevindt zich in verschillende situaties gedurende elke levensfase. Om de arbeidskwaliteit van medewerkers te bevorderen is het belangrijk om rekening te houden met deze verschillen. Zo kan het management specifiek inspelen op de behoeften van elke werknemer afzonderlijk en op die manier zorgen voor een nog hogere tevredenheid van zijn medewerkers.

Binnen **patiëntveiligheid** waren de meeste geïnterviewde medewerkers van oordeel dat de vooruitgang in verbetering niets te maken heeft met de leeftijd of levensfase van de medewerkers binnen hun team.

Enkel de hoofdverpleegkundige binnen cluster Y ziet een duidelijk verband. Leeftijd is volgens deze persoon heel bepalend voor het kunnen zien hoe belangrijk bepaalde handelingen zijn. Naarmate men ouder wordt krijgt men een beter zicht op bepaalde situaties en wordt men bewuster van de patiëntveiligheid. Daarnaast durven oudere medewerkers sneller iemand aanspreken als jongere medewerkers. Dit is ook erg bepalend voor de patiëntveiligheid. Voldoende communicatie en aanspreekgedrag kunnen onveilige situaties doen dalen.

2. Is er een verband tussen factoren van arbeidskwaliteit en van patiëntveiligheid in de literatuur?

In mijn literatuurstudie rond arbeidskwaliteit, werden in 2.3 (5), de **factoren** waaraan ziekenhuizen moeten werken om hun **arbeidskwaliteit te verhogen**, weergegeven. Deze factoren heb ik afgeleid uit vijf studies:

Studies	Werken aan				
	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E
1) Rapport NIVEL:	Waardering door werkgever	Beter loopbaanperspectief	Vermindering werkdruk	Beter overleg en besluitvorming binnen het team	Manier van leidinggeven
2) WPMZ-model	HR-activiteiten (recrutering, arbeidsvoorwaardenbeleid, opleidingen, competentie-management en verzuimbeleid)	Interne communicatie	Leiderschapsstijl van de direct leidinggevende	Mogelijkheid om eigen capaciteiten optimaal te benutten	
3) Belimage-studie	Management: informatie-doorstroming van directie naar werkvloer	Steun door het verpleegkundig beleid	Kwaliteit van het leiderschap	Adequate ondersteunende diensten	Autonomie
4) VEVAK-onderzoek	Duidelijkheid van doelen en taken	Vaardigheidsbenutting	Optimale betrokkenheid en persoonlijke draagkracht van medewerkers	Vermindering werklast	Ondersteunende relaties
Studie van securex	Autonome motivatie				

In mijn literatuurstudie rond patiëntveiligheid, werden in 4.8 (3) de **factoren** waaraan een ziekenhuis moet werken om **de patiëntveiligheid te verbeteren**, weergegeven. Deze factoren heb ik afgeleid uit drie studies:

Studies	Werken aan				
	Factor A	Factor B	Factor C	Factor D	Factor E
1) Cultuuronderzoek NIVEL	Samenwerking tussen afdelingen	Feedback naar medewerkers over veranderingen	Steun vanuit het management	Adequate personele bezetting om werklast aan te kunnen	Systemen en procedures
2) WPMZ-model	HR-uitkomsten of gedragssuitkomsten (laag verzuim, hoge motivatie, grote betrokkenheid van medewerkers)	werkomgeving van verpleegkundigen (zie 3) bij arbeidskwaliteit)	wegwerken van burn-out		
Studie van securex	Autonome motivatie				

Als ik deze twee tabellen vergelijk, kan ik er een aantal gelijkaardige factoren uithalen. Zo is '**Beleid en strategie**' zowel belangrijk voor een verhoging van de arbeidskwaliteit (duidelijkheid doelen en taken, beter overleg en besluitvorming, betrokkenheid enz.) als voor een verbetering van de patiëntveiligheid (feedback naar medewerkers over veranderingen, enz.).

'**Leiderschap**' (kwaliteit, steun), '**Middelen**' en '**Pocessen**' (beschikbaarheid van ondersteunende diensten, systemen en procedures) en '**Arbeidsinhoud**' (autonomie: vrijheid van beslissen), zijn bepalend voor het creëren van een ideale werkomgeving voor verpleegkundigen. Hierdoor hebben zij een invloed op de arbeidskwaliteit (zie studie 3)) en op de patiëntveiligheid (zie studie 2))

Werkdruk en werklast komen ook terug in beide overzichten, dit zijn factoren van '**Arbeidsomstandigheden**'. Verder is er de autonome motivatie (plezier in het werk, voldoening uit het werk, tevredenheid met het werk), wat valt onder '**Algemene tevredenheid**'. Tot slot de samenwerking, communicatie, relaties, enz., welke ik kan onderbrengen in '**Arbeidsverhoudingen**'.

Zo is ook in mijn literatuurstudie een verband zichtbaar tussen arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid. Werken aan factoren van arbeidskwaliteit zullen leiden tot een verbetering van de patiëntveiligheid en werken aan patiëntveiligheid zal leiden tot een hogere arbeidskwaliteit.

Ik heb de factoren binnen dit deel, geplaatst onder de onderwerpen uit de medewerkerstevredenheidmeting van Hugo Lambriex in 1.3.1. Op die manier kon ik een verband zoeken tussen de verschillende studies uit de literatuur, maar ook een vergelijking maken met de praktijk. Deze vergelijking volgt nu in 3.

3. Vergelijking literatuur en praktijk

In mijn praktijkonderzoek binnen de RVE OG, ben ik nagegaan of er verband een bestaat tussen de factoren van arbeidskwaliteit en van patiëntveiligheid (deelvraag 3.). Ik heb uit dit onderzoek kunnen concluderen dat er een verband bestaat. Zowel '**goed leiderschap, goede arbeidsomstandigheden, goede arbeidsverhoudingen, de juiste middelen, algemene tevredenheid en beleid en strategie**' hebben de grootste bevorderende invloed op zowel de arbeidskwaliteit van medewerkers, als de vooruitgang in de verbetering van de patiëntveiligheid (3.4).

Uit men literatuurstudie komen '**beleid en strategie, leiderschap, middelen en processen, arbeidsomstandigheden, algemene tevredenheid** en **arbeidsverhoudingen**' naar voren als meest bepalend voor de arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid.

Ik kan hieruit concluderen dat de factoren uit mijn literatuurstudie, overeenkomen met de factoren binnen de RVE OG.

Hoofdstuk 2: Algemene conclusie

Na mijn literatuurstudie en praktijkstudie, kan ik nu een antwoord geven op mijn algemene onderzoeksvraag:

'Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen en de patiëntveiligheid verbeteren?'

Om de arbeidskwaliteit te verhogen en de patiëntveiligheid te verbeteren, moet men binnen de zorgsector werken aan **goed leiderschap**. Medewerkers moeten waardering krijgen van hun leidinggevende. De stijl van leiderschap moet worden aangepast, enkel 'bottum down'-bevelen werken niet. Leidinggevendenden moeten luisteren naar de mening van de medewerkers. Daarnaast moeten zij problemen erkennen en deze bespreekbaar maken binnen hun team.

Beleid en strategie vormt ook een belangrijk onderwerp. Doelstellingen en plannen moeten duidelijk worden geformuleerd worden om goed werk te kunnen leveren. Alle medewerkers moeten betrokken worden bij het tot stand komen van doelstellingen en plannen en zich ook effectief laten betrekken. Door tijdsgebrek is er vaak te weinig betrokkenheid en werkoverleg. Daarnaast moet het aantal tussenpersonen verminderen. Zo ontstaat rechtstreekse communicatie en dit werkt beter. Resultaten moeten worden teruggekoppeld. Wanneer verandering en verbetering zichtbaar is, zal dit ook motiverender werken.

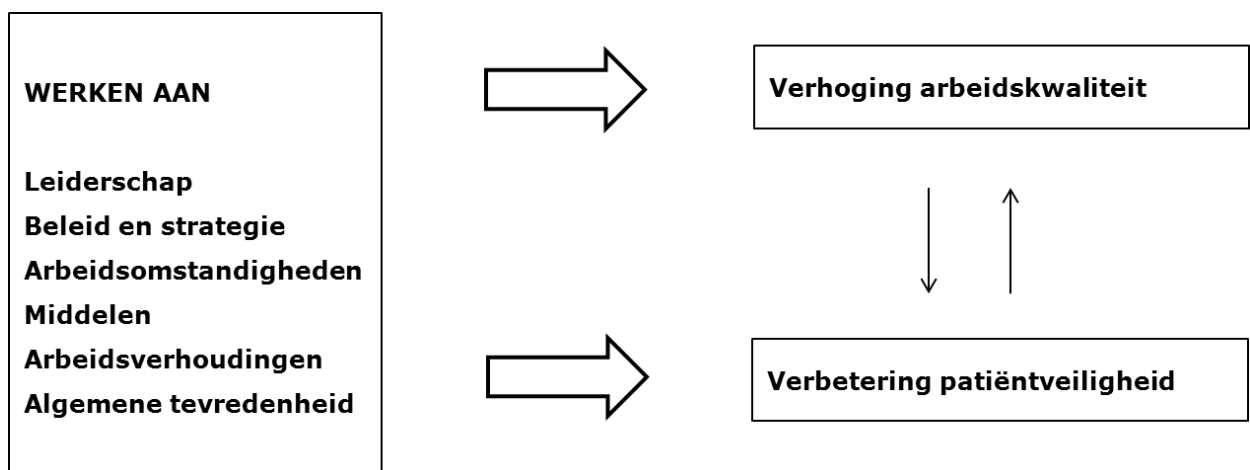
Werkdruk is een factor die binnen deze masterproef vaak terugkeert. Medewerkers ervaren dit vooral door een tekort aan personeel, te weinig tijd, te veel systemen en registraties, enz. Ze hebben het te druk met hun eigen werk alleen, waardoor het moeilijk is om ook nog eens extra aandacht te besteden aan speerpunten van patiëntveiligheid. Werken aan **arbeidsomstandigheden** is daarom noodzakelijk om de arbeidskwaliteit te verhogen en de patiëntveiligheid te verbeteren.

Beschikken over en de kwaliteit van juiste **middelen** zijn essentieel om het werk binnen de zorgsector goed uit te voeren. Veel systemen en procedures zijn te complex en te gebruiksonvriendelijk. Ze werken niet optimaal, waardoor informatie niet wordt overgebracht en fouten ontstaan. Dit leidt tot frustraties bij medewerkers. Daarnaast zijn deze systemen, eens ze optimaal en veilig functioneren, wel bevorderend voor de patiëntveiligheid.

Goede **arbeidsverhoudingen** zijn nodig om patiëntveiligheid te garanderen en de medewerkers tevreden te houden. 'Onderling respect voor elkaar en voor andere disciplines, een goede relatie met de leidinggevende, samenwerking binnen en tussen afdelingen, enz.' vormen de basis van goede communicatie. Medewerkers moeten elkaar durven aanspreken en vertrouwen. Door goede arbeidsverhoudingen zal de sfeer op de werkvloer ook verbeteren, wat leidt tot tevredenheid met het werk.

Algemene tevredenheid wordt bepaald door plezier in het werk, voldoening halen uit het werk, de werksfeer, tevredenheid over het werk, enz. De onderlinge band met de patiënt en het gevoel iets goeds te doen, leidt bij sommige medewerkers tot voldoening van het werk. Maar bij veel medewerkers is dit nog niet het geval en moet er gewerkt worden aan de autonome motivatie.

Daarnaast heb ik een **verband** kunnen vaststellen tussen de **arbeidskwaliteit van medewerkers en de patiëntveiligheid binnen een ziekenhuis**. Werken aan 'leiderschap, beleid en strategie, arbeidsomstandigheden, middelen, arbeidsverhoudingen en algemene tevredenheid' hebben een groot effect op zowel arbeidskwaliteit als patiëntveiligheid. Hierdoor zal een verhoging van de arbeidskwaliteit ook zorgen voor een verbetering van de patiëntveiligheid en een verbetering van de patiëntveiligheid leiden tot een verhoging van de arbeidskwaliteit. Onderstaande figuur geeft een overzicht:



Daarnaast kon ik uit deze eindverhandeling ook het belang van **intrinsieke motivatie** vast stellen. Een medewerker die intrinsiek gemotiveerd is zal productiever zijn en bereid zijn aandacht en werk te steken in patiëntveiligheid. Daarnaast ervaart een hoge autonoom gemotiveerde medewerker een grotere tevredenheid met zijn werk. Deze medewerker doet zijn werk met plezier en passie, wat leidt tot een hogere arbeidskwaliteit. Hierbij sluit ook aan dat arbeidsvoorwaarden (salaris, secundaire arbeidsvoorwaarden, opleidingsmogelijkheden, enz.), minder bepalend zijn voor een verhoging van de arbeidskwaliteit en een verbetering van de patiëntveiligheid.

Hoofdstuk 3: Verbeteringsadviezen

Tijdens mijn praktijkstudie ben ik, naast bovenstaande factoren, ook tot een aantal concrete mogelijkheden ter verbetering van de patiëntveiligheid gekomen. Door het bewezen verband tussen patiëntveiligheid en arbeidskwaliteit, zullen deze verbeteringsadviezen ook leiden tot een hogere arbeidskwaliteit. Deze verbeteringsadviezen geef ik hieronder weer. In deel 2, hoofdstuk 4 kwamen ook enkele aanbevelingen van Hugo Lambriex rond arbeidskwaliteit naar voren, deze ga ik hier niet opnieuw vermelden, maar zijn terug te vinden in 1.2.3 en 1.3.6.

Verbeteringsadviezen:

1. **Een verkorte lijst van de 'Time-out & Sign-out (Safety checklist)'**. Deze checklist is volgens de geïnterviewde medewerkers nog veel te lang. De lijst moet ingevuld worden voor en na, waardoor veel OK-tijd verloren gaat.
2. **Efficiëntere werkverdeling naar anesthesisten**. Anesthesisten verplaatsen zich constant van de ene zaal naar de andere zaal. Hierdoor laten ze soms lang op zich wachten in de OK en dit leidt tot een vertraging van operatie. De anesthesisten moeten namelijk aanwezig zijn voor het invullen van de 'Time-out & Sign-out (Safety checklist) en eerder mag de operateur niet beginnen.
3. **Optimaliseren van systemen**. Bepaalde systemen werken volgens de geïnterviewde medewerkers nog niet optimaal. Zo is bijvoorbeeld het EVS (Elektronisch VoorschrijvingsSysteem) onhandig om te gebruiken en beschikt deze nog niet over een automatische koppeling. Soms wordt medicatie voorgeschreven en ingevoerd, maar zitten deze uiteindelijk toch niet in het systeem, waardoor dit ook niet terecht komt bij de verpleegkundige. Het belet efficiënt en snel werken. Daarnaast ontbreken de waarschuwingsfilters nog. Ook met het SAP-systeem (Systemen, Applicaties en Producten in gegevensbewerking) ervaren artsen moeilijkheden. Artsen kunnen bijvoorbeeld zelf niets wijzigen rond het hoofdbehandelaarschap in het EPD (Elektronisch PatiëntenDossier). Het ontbreken van een goed werkend systeem leidt ook tot werkdruk en een gevoel van inefficiënt werken, wat de arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid zeker niet bevorderen.
4. **Feedback geven over resultaten**. Wanneer medewerkers de verandering en verbetering zelf zien, werkt dit dankbaar en motiverend. Het management moet daarom duidelijk wijzen op resultaten van acties die zijn ondernomen, zodat medewerkers er bij kunnen stil staan en zich bewust worden van positieve resultaten.

5. **Meer personeel.** Uiteindelijk leiden verschillende problemen nog altijd tot dezelfde conclusie, er is te weinig personeel. Naast het eigen werk, hebben verpleegkundigen en chirurgen nog weinig tijd en behoefte om aandacht te besteden andere zaken. Meer personeel zou hiervoor eventueel een oplossing kunnen bieden, de werkdruk zou er alleszins door dalen. Daarnaast mag het management niet vergeten dat door de gebruikte elektronische systemen, de chirurg nu ook deels een administratieve functie heeft. Zij moeten een groot deel van de gegevens zelf invullen in het systeem, terwijl dit vroeger werd opgeschreven en uitgetypt door een secretaresse.
6. **Intrinsieke motivatie verhogen.** Het hele team moet gemotiveerd zijn om problemen rond patiëntveiligheid aan te pakken en er tijd voor vrij te maken. Ze moeten dit zelf 'willen' en het niet enkel doen omdat het management dit zegt, want dit werkt toch niet.
7. **Werken aan teamgericht denken.** Om iets te verwezenlijken moet heel het team dit ook willen. Wanneer één schakel niet wil, dan loopt het ook niet. Kijk maar naar de OK. Wanneer de anesthesist bijvoorbeeld bepaalt dat hij/zij naar huis gaat, kan de operatie niet doorgaan.
8. **Nog meer aandacht besteden aan bewustwording en betrokkenheid.** Verschillende medewerkers zijn zich nog altijd niet bewust van de ernst van patiëntveiligheid en laten zich ook niet betrekken bij de acties die ondernomen worden. Het programma 'Bewust veiliger' heeft veel rond deze problematiek kunnen veranderen, maar een aantal medewerkers hebben nog altijd geen idee over wat het gaat. Het hanteren van veilig gedrag moet ook 'in je zitten' of het management moet het 'in je krijgen'. Sommige medewerkers voelen aan dat bepaalde handelingen niet correct zijn, anderen niet.
9. **Aanspreekgedrag aanpakken.** Uit het praktijkonderzoek bleek dat jongere werknemers problemen hebben met het aanspreken van anderen. Dit is toch belangrijk om onveilige situaties aan te pakken.
10. **Delegeren van taken.** Tijdsgebrek is een oorzaak van de trage vooruitgang in patiëntveiligheid. Wanneer men taken beter zou delegeren, door bijvoorbeeld andere stafleden die meer tijd hebben de verantwoordelijkheid te geven, kan dit tot betere resultaten leiden.
11. **Bewustwording van werkdruk door het management zelf.** Het management onderneemt efficiënte acties om de patiëntveiligheid te verhogen en het interventieprogramma 'Bewust veiliger' heeft al tot veel goede resultaten geleid. Maar voor de medewerkers op de werkvloer is het niet evident om weer een zoveelste extra taak op zich te nemen.

12. **Func tiedifferentiatie.** Verpleegkundigen hebben het enorm druk met het leveren van zorg aan patiënten, het dubbel checken van medicijnen, het opleiden van laatstejaars, enz. Daarnaast worden zij overdonderd door vragen van ongeruste familieleden en vrienden. Dit zorgt voor een hoge werkdruk. Wanneer men aan functiedifferentiatie zou doen, kan deze druk afnemen. Zo stelde de hoofdverpleegkundige binnen cluster X voor om elke dag een andere verpleegkundige aan te stellen als verantwoordelijke voor de medicatie. Deze persoon krijgt dan bijvoorbeeld een 'jasje' om aan te doen, zodat iedereen weet dat hij/zij bezig is met de medicatie. Familieleden en vrienden zullen deze verpleegkundigen dan ook minder lastig vallen met vragen. Deze functiedifferentiatie zou tot minder fouten leiden en de verantwoordelijkheidszin bij de verpleegkundige zal groeien. De verpleegkundige met het 'jasje' is namelijk de eindverantwoordelijke voor medicatie.

Hoofdstuk 4: Wat heb ik geleerd?

In dit hoofdstuk leg ik in enkele punten kort uit 'wat ik geleerd heb' uit het maken van deze masterproef en 'wat ik anders zou doen'.

- **Eerst een bedrijf zoeken, dan pas starten met het schrijven.** Het was niet gemakkelijk om een bedrijf te zoeken dat wou mee werken. Mijn promotor en ik zelf hebben naar een aantal ziekenhuizen gebeld, maar niemand had de tijd voor dit onderzoek. Voor mijn onderzoeksplan had ik dan ook nog niemand om mee samen te werken. Hierdoor ben ik beginnen schrijven, onafhankelijk van een praktijkstudie, waardoor het schrijven niet vooruit ging en ik nadien alles moest aanpassen.
- **Duidelijk weten 'wat' je gaat onderzoeken.** In het begin van mijn onderzoek waren mijn centrale onderzoeksvraag en deelvragen veel te ruim. Ik heb veel tijd gestoken en verloren in het nadenken over hoe ik dit kon specificeren. Daarnaast moest ik hierdoor vaak mijn literatuurstudie aanpassen.
- **Meer medewerkers interviewen.** Voor mijn derde deelvraag heb ik maar vijf medewerkers kunnen interviewen, omwille van de korte tijdsspanne en het laat vinden van een ziekenhuis dat wou meewerken. Deze medewerkers vertegenwoordigen wel nog andere medewerkers, maar mijn onderzoek zou waardevoller zijn indien ik de mening had van meer medewerkers. Daarnaast had ik wel het gevoel dat de geïnterviewde medewerkers open en eerlijk waren. Ze hadden geen schrik om hun mening te zeggen. Dit zal ook te maken hebben met de anonimiteit die ik hun verzekerd heb.
- **Tips voor het interview.** Ik heb veel geleerd uit de interviews met medewerkers. Zo is het belangrijk open, enthousiast en eerlijk te zijn t.o.v. de geïnterviewde. Toch zeker in Nederland. Tijdens mijn interviews heerste er een aangename en losse sfeer, hierdoor had de geïnterviewde geen schrik om antwoorden te geven. Daarnaast heb ik vaak doorgevraagd en extra uitleg gevraagd. Als ik iets anders zou doen, zou ik gebruik maken van een recorder tijdens de interviews. Ik kon niet alles typen tijdens het interview, waardoor ik na het interview nog veel werk had met het verwerken van de informatie.

Bijlagen

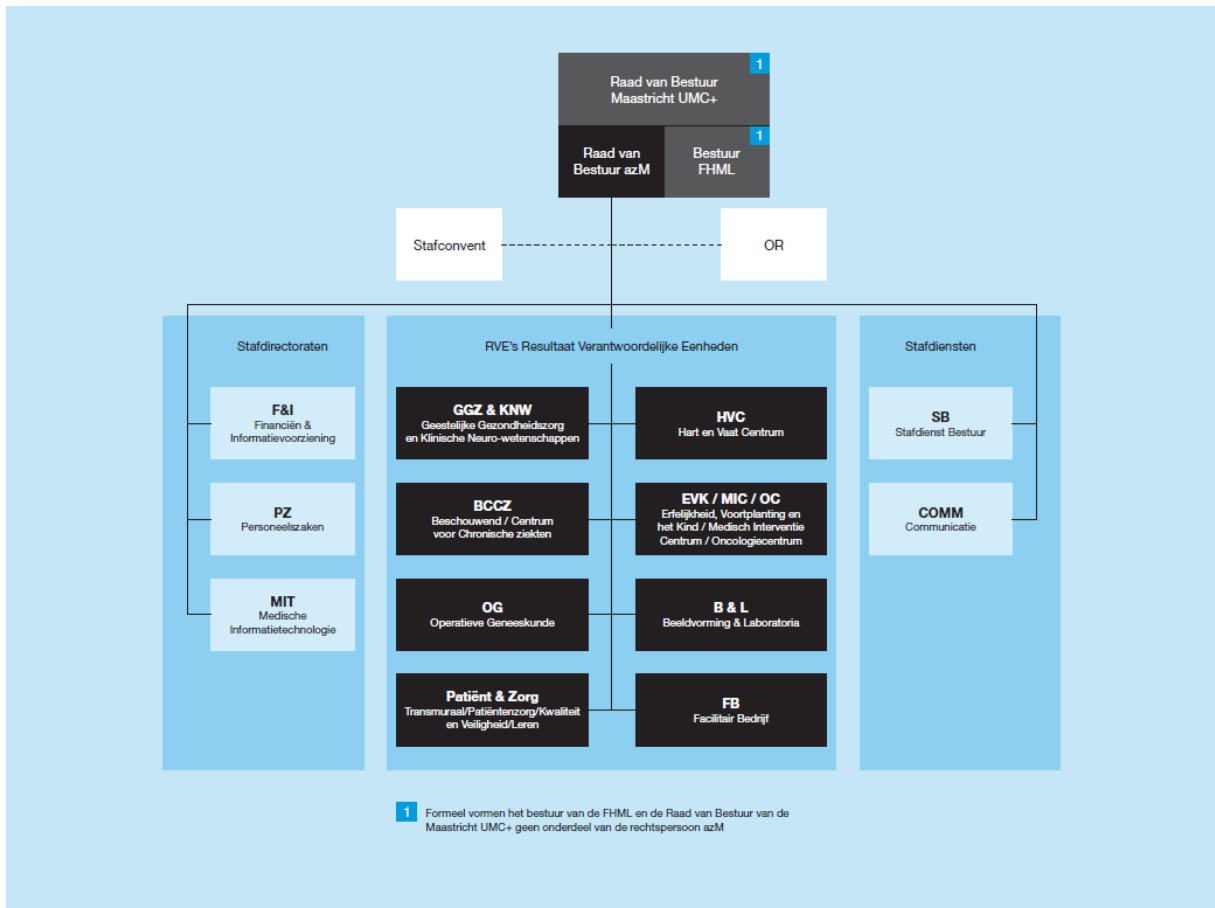
Bijlage 1: Organogram Maastricht UMC+ 2011

Bijlage 2: Geconsolideerde resultatenrekening over 2009

Bijlage 3: Lijst met topics voor experience survey

Bijlage 4: Vragenlijst interviews medewerkers

Bijlage 1: Organogram Maastricht UMC+ 2011



Bijlage 2: Geconsolideerde resultatenrekening over 2009

Geconsolideerde resultatenrekening over 2009		
(bedragen in €)	2009	2008
Bedrijfsopbrengsten:		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	255.944.896	253.338.980
DBC opbrengsten B-segment	46.529.620	27.652.671
Overige opbrengsten	166.400.577	160.786.117
Som der bedrijfsopbrengsten	468.875.093	441.777.768
Bedrijfslasten:		
Personeelskosten	295.196.576	275.616.853
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	27.168.498	24.789.938
Overige bedrijfskosten	138.959.909	128.457.410
Som der bedrijfslasten	461.324.983	428.864.201
Bedrijfsresultaat	7.550.110	12.913.567
Financiële baten en lasten	-6.931.531	-7.406.063
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	618.579	5.507.504
Buitengewone baten en lasten	-	-
Resultaat boekjaar	618.579	5.507.504
Resultaatsbestemming		
Het resultaat is als volgt verdeeld:	2009	2008
Collectief gefinancierde activiteiten azm	4.126.397	924.412
Bestemmingsreserve egalisatierekeningen	-115.095	-242.093
Overige activiteiten	-3.595.008	4.616.374
Activiteiten stichting bejaardenzorg clara fey	202.285	208.811
	618.579	5.507.504

Uit MUMC jaarverslag (2009).

Bijlage 3: Lijst met topics voor experience survey

Interview Hugo Lambriex:

- Functie en afdeling (Wie, wat, waar?)
- Personeelsbeleid (levensfasegericht?)
- Arbeidskwaliteit, -tevredenheid en -plezier (Acties? Resultaten? Effectiviteit? Oorzaken? Oplossingen? Verbeteringen?)
- Kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid (Acties? Resultaten? Effectiviteit? Oorzaken? Oplossingen? Verbeteringen?)
- Bevorderende factoren van arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid
- Enz.

Interview Els Meers:

- Functie en afdeling (Wie, wat, waar?)
- Interventieprogramma 'Bewust veiliger' (Wat? Doel? Wie?)
- Cultuurniveau (Welke niveau?)
- Speerpunten (Gerealiseerde acties?)
- Clusters (Verschillen? Oorzaak? Knelpunten?)
- Vooruitgang en verbetering in patiëntveiligheid
- Bevorderende en belemmerende factoren
- Enz.

Bijlage 4: Vragenlijst interview medewerkers

Uitleg onderzoek

Ik ben studente TEW (Toegepaste Economische Wetenschappen) aan de Universiteit Hasselt. Ik zit momenteel in mijn laatste (master)jaar: Innovatie & Ondernemen. In het kader van het opleidingsonderdeel 'Innovatief HRM' ben ik tot volgend onderwerp voor mijn masterproef gekomen: arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector. Met als centrale onderzoeksvraag: Hoe kan de zorgsector de arbeidskwaliteit van zijn medewerkers verhogen en de patiëntveiligheid verbeteren?

Mevrouw Meers en meneer Lambriex hebben mij verder geholpen met het onderwerp 'Patiëntveiligheid' en zo ben ik op de hoogte gebracht van het interventieprogramma 'Bewust Veiliger'. Mijn bedoeling is om een bijdrage te leveren aan dit programma, door te onderzoeken wat nu maakt dat het binnen een cluster goed of minder goed gaat om vooruitgang te boeken op het gebied van patiëntveiligheid.

In mijn masterproef zal ik de anonimiteit waarborgen.

Vragen

1. Wat is uw functie binnen de RVE OG?
2. Op deze eenheid zijn ze bezig met het 'Interventieprogramma Bewust Veiliger'. Zat u in het team van deze cluster? Hoe verliep de workshop?
3. Was er voldoende motivatie en samenwerking binnen het team?
4. Binnen jullie cluster zijn er drie speerpunten gekozen:
 1. ...
 2. ...
 3. ...

Ik denk dat deze speerpunten onderling wel verschillen qua moeilijkheid en mogelijkheid om vooruitgang te boeken. Waar zou u deze plaatsen op de grafiek? (veel of weinig vooruitgang mogelijk op korte of lange termijn?)

5. Bij welke speerpunten zijn al acties opgesteld en verbeteringen doorgevoerd?
Wat zijn deze acties en verbeteringen?

1. ...
2. ...
3. ...

6. In de praktijk: Als u voor de speerpunten een score moest geven van 0 tot 10: 0 weinig verbetering, 5 net voldoende verbetering, 10 veel verbetering zichtbaar. Welke score zou u dan geven (tijdens piek- en rustmomenten)?

	Rustmomenten	Piekmomenten
1. ...		
2. ...		
3. ...		

Afhankelijk van de score:

7. Welke factoren leiden tot deze hoge (lage) score? Wat maakt dat het binnen dit team zo goed (minder goed) gaat?

8. (Wat moet er gebeuren om bij speerpunt ... van een ... naar een ... te gaan?)

9. Wat is er volgens u nodig om deze score ook tijdens piekmomenten te bereiken?
Wat moet er gebeuren?

10. Welke andere factoren bevorderen of belemmeren volgens u een goede vooruitgang in het verbeteren van de patiëntveiligheid binnen uw team?

- Bevorderende factoren
- Belemmerende factoren

11. Welke andere factoren bevorderen of belemmeren voor u zelf een goede vooruitgang in het verbeteren van de patiëntveiligheid?

- Bevorderende factoren
- Belemmerende factoren

12. Zijn deze factoren afhankelijk van de levensfase of leeftijd van de medewerker?

13. Opmerkingen? Aandachtspunten?

Slot

Hartelijk bedankt voor uw samenwerking!

Lijst van geraadpleegde werken

Academisch ziekenhuis Maastricht (2010). *Patiëntenzorg*. Opgevraagd op 1 augustus, 2011, via <http://www.azm.nl/info/azMorganisatie/5935>

Academisch ziekenhuis Maastricht (2010). *Het azM als organisatie*. Opgevraagd op 1 augustus, 2011, via <http://www.azm.nl/info/azMorganisatie/>

Amelior (2003). *Safety awareness*. Opgevraagd op 22 december, 2012, via <http://www.amelior.be/ndl/artikels/artikel.asp?c=4&sc=9&a=182&tc=1>

Bombaerts, G. & Martens, H. (2009). *De hofnar en de kanarie onderweg. Leeftijdsbewust Personeelsbeleid als antwoord op ontgrijzing en vergrijzing*. Mechelen: Kluwer.

Bracke, P. (2006). Het gaat over goesting [Elektronische versie]. *Human Resources Magazine, maart 2006*, 16-21.

Bruce, A. & Pepitone, J. (2000). *Werknemers motiveren*. (Bruijn, J., Vertaling). Schoonhoven: Academic Service. (Oorspronkelijk verschenen in het Engels in 1999).

Burgers, J.S., Vermeulen, H. & Wollersheim, H. (2011). Doeltreffende zorg. In P.J.M. Bakker, A.B. Bijnen, D.J. Gouma, T. van der Weijden & H. Wollersheim (Eds.), *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 25-52). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Borgmans, T. (2011). *Programma inloopsessie 10 november per specialisme*. Opgevraagd op 12 december, 2011, via Els Meers, academisch ziekenhuis Maastricht.

Corthouts, F. (2005-2006) *Cursus organisatiepsychologie*. Diepenbeek: Universitaire Campus.

De bakker, B. & Martens, H. (2005). Human Resources Management en de kwaliteit van de patiëntenzorg in ziekenhuizen: een verkenning. In A. Vleugels (Ed.), *Zorg voor de kwaliteit van de zorg* (p. 87-99). Leuven: Universitaire Pers Leuven.

De Bekker, J.M.A., Eliens, A.M., de Haan, J.H., Schouten, L.M.T., Wigboldus, M.E. (2010). *Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid* (5de geheel herziene druk). Kavanah.

Degadt, P. (2010). Ruimte voor personeel, ruimte voor ondernemerschap [Elektronische versie]. *Zonnewijzer*, 11, 6-11.

Demeulemeester, E. & Callewier, D. (1997). *Integrale kwaliteitszorg: concepten, methoden en technieken*. Tielt: Lannoo.

Durlinger, B. (2011). *Strategisch HR-beleid 2012-2015*. Opgevraagd op 28 december, 2011, verkregen via Hugo Lambriex, academisch ziekenhuis Maastricht.

Gagné M. & Deci, E.L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*. Opgevraagd op 20 december, 2011, verkregen via Hilda Martens, Universiteit Hasselt.

Garvin, D.A. (1988). *Managing quality: the strategic and competitive edge*. New York: Free Press.

Helings, J. (2007). Patiëntveiligheid in het ziekenhuis: ook voor het ziekenhuismanagement een belangrijke uitdaging. Opgevraagd op 2 augustus, 2011, via http://www.zol.be/internet/uploadedFiles/Patientveiligheid/Referenties/GastcollegeUHaasselt_8maart2007.pdf

Helings, J. (2009). *Patiëntveiligheid in het ziekenhuizen. Basisinzichten en verkenning van veiligheidscultuur*. Mechelen: Kluwer.

Huijsman, R. (2011). Organisatie van zorg. In P.J.M. Bakker, A.B. Bijnen, D.J. Gouma, T. van der Weijden & H. Wollersheim (Eds.), *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 71-101). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kustermans, I. & Vermeire, M. (1995). *Verbeteren van arbeidskwaliteit door organisatie-ontwikkeling*. Leuven/ Apeldoorn: Garant.

Lambrechts, F. (2006). Werken aan werkgoesting. Opgevraagd op 19 juli, 2011, via <http://www.ouderenenarbeid.be/Documenten/werken%20aan%20werkgoesting.ppt>

Lambriex, H. (2009). *Verslag uitwerking medewerkerstevredenheidsonderzoek RVE OG*. Opgevraagd op 17 november, 2011, via Hugo Lambriex, academisch ziekenhuis Maastricht.

Maastricht Universitair Medisch Centrum (2009). *MUMC jaarverslag 2009*. Opgevraagd op 15 december, 2011, verkregen via Hugo Lambriex, academische ziekenhuis Maastricht.

Maastricht Universitair Medisch Centrum (2010). *MUMC jaarverslag 2010*. Opgevraagd op 15 december, 2011, verkregen via Hugo Lambriex, academische ziekenhuis Maastricht.

Martens, H. (2010) *Cursus Innovatief HRM: Veranderen, innovatie, creativiteit, betrokkenheid, motivatie*. Opgevraagd op 15 december, 2010, via https://bb.uhasselt.be/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_485_1%26url%3D

Meers, E., Solberg, B. & Schreurs, J. (2011). *Gedraggericht interventieprogramma voor OK-teamleden (deel 1)*. Opgevraagd op 12 december, 2011, via Els Meers, academisch ziekenhuis Maastricht.

Meers, E., Solberg, B. & Schreurs, J. *Gedraggericht interventieprogramma voor teamleden in het operatief proces (deel 2)*. Opgevraagd op 12 december, 2011, via Els Meers, academisch ziekenhuis.

Nationaal instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2009). *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009. Cijfers en trends*. Opgevraagd op 17 december, 2012, via www.nivel.nl/.../Rapport-aantrekkelijkheid-beroep-verpleegkundige.pdf

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2008). *Kwaliteit van preventie*. Opgevraagd op 3 augustus, 2011, via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>

Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (2010). *To err is human: patiëntveiligheid en medicatiefouten*. Opgevraagd op 2 augustus, 2011, via <http://www.nvkvv.be/file?fle=185179&ssn=>

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (z.d.). *Wat is het NIAZ*. Opgevraagd op 20 augustus, 2011, via www.niaz.nl

Reyskens, C. (2007). *Verschillen en overeenkomsten in onderhandelingswijze tussen Vlamingen en Walen in commerciële onderhandelingen met het buitenland*. Opgevraagd op 4 september, 2011, via <http://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/1910/1/reyskens-charlotte.pdf>

Securex (2009). *1 op 3 Belgische werknemers is autonoom gemotiveerd*. Opgevraagd op 20 december, 2012, via Hilda Martens, Universiteit Hasselt.

Sekaran, U. (2003). *Research methods for business. A skill building approach*. John Wiley & Sons, Inc.

Struben, V. & Wagner, C. (2006). *Handleiding IZEP. Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur*. Op gevraagd op 20 november, 2012, via Hugo Lambriex, academisch ziekenhuis Maastricht.

Struben, V. & Wagner, C. (2007). *De patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen [elektronische versie]*. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 5, 34-37.

Van den Broeck, K. (2005). *VEVAK. Een meetinstrument om arbeidskwaliteit vast te stellen en te verbeteren in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (herwerkte versie)*. Leuven: Lannoo Campus.

Van der Hoeft (2011). *HEAD-congress-Basics for the future. Risicomanagement in de zorg: van veiligheid naar integraal risicomanagement*. Opgevraagd op 26 december, 2012, via www.patiëntveiligheid.org

Van der Weijden, T., Molenaar, S. & de Booy, M. (2011). *Patiëntenparticipatie en patiëntgerichte zorg*. In P.J.M. Bakker, A.B. Bijnen, D.J. Gouma, T. van der Weijden & H. Wollersheim (Eds.), *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 53-69). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van der Weegen, F. (2006). *De factor mens in de organisatie*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Van Roosbroek, S. & Demuzere, S. (2007). *Praktijkboek kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen. 56 Kwaliteit en kwaliteitsmanagement in lokale besturen in Vlaanderen: een stand van zaken*. Brussel: Politeia.

Van Zee, J. & Westerkamp, K. (2003). Alles is vindbaar! [Elektronische versie]. *Marketing Rendement*, 10, 4-6.

Verheijen, E. (2008). *Levensfasegericht personeelsbeleid azM*. Opgevraagd op 25 september, 2011, via www.azm.nl/5652/38027/Levensfasegericht_personeel1.pdf

Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (2010). *Analyse vacatures 2010: Knelpuntberoepen*. Opgevraagd op 8 juli, 2011, via <http://vdab.be/trends/vacatureanalyse/ANALYSE2010.pdf>

Vlemmix, M.C. (2007). *Leiderschap in de zorg 2007-2mei*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

VMS veiligheidsprogramma (2009). *NTA 8009:2007. De basiseisen*. Opgevraagd op 20 september, 2011, via <http://vmszorg.com/Tools--Extras-overzicht-abc/NTA-8009-2007-de-basiseisen>

VMS veiligheidsprogramma (2009). *Veiligheidsmanagementsysteem*. Opgevraagd op 20 oktober, 2011, via <http://www.vmszorg.nl/Veiligheidsmanagementsysteem>

Wagner, C. (2011). Patiëntveiligheid. In P.J.M. Bakker, A.B. Bijnen, D.J. Gouma, T. van der Weijden & H. Wollersheim (Eds), *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 104-127). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Walburg, A. J. (1999). *Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg. Van Inspecteren naar Leren*. Deventer: Kluwer.

Webers, C.A.B. & ter Laak, I. (2009). *Visiedocument RVE Operatieve Geneeskunde. Kort en goed!* Opgevraagd op 28 december, 2011, verkregen Hugo Lambriex, academisch ziekenhuis Maastricht.

Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet (Eindrapportage Shell)*. Opgevraagd op 25 december, 2011, via http://vmsveiligheid.nl/Documents/Tools_Extras/Veiligheidssysteem/Rapport_Willems_Werk_Veilig_Of_Niet.pdf

Wollersheim, H., Bakker, P.J.M. & van der Weijden, T. (2011). Inleiding in kwaliteit en veiligheid van de zorg. In P.J.M. Bakker, A.B. Bijnen, D.J. Gouma, T. van der Weijden

& H. Wollersheim (Eds.), *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg* (pp. 13-24). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

www.amelior.be

www.zorgnetvlaanderen.be

www.azm.nl

www.nivel.nl

www.vmszorg.nl

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Arbeidskwaliteit en patiëntveiligheid in de zorgsector. Gevalstudie: Eenheid 'Operatieve geneeskunde' binnen het Academisch Ziekenhuis Maastricht

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen-innovatie en ondernemerschap**

Jaar: **2012**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Willems, Jana

Datum: **10/01/2012**