



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Speak up over medicatieveiligheid in de eerstelijns: een kwantitatieve cross-sectionele studie

Kato Close

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen

master in systeem-en procesinnovatie in de
gezondheidszorg

Masterthesis

Speak up over medicatieveiligheid in de eerstelijns: een kwantitatieve cross-sectionele studie

Kato Close

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in systeem-en procesinnovatie in de gezondheidszorg

PROMOTOR :

Prof. dr. Jochen BERGS

Abstract

Inleiding

Medicatiefouten vormen een belangrijke bedreiging voor patiëntveiligheid, met 5-6% van de hospitalisaties gerelateerd aan medicatie en jaarlijks meer dan 40.000 ziekenhuisopnames in België. Incidenten kunnen voorkomen worden door meer Speaking up, wat verwijst naar het assertief communiceren van bezorgdheden over patiëntveiligheid. Dit onderzoek richt zich op het kwantitatief meten van de Speaking up attitude van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen, het identificeren van barrières, en het uitvoeren van een vignettenstudie. Er wordt getracht inzicht te verkrijgen in de relaties tussen psychologische veiligheid, organisatieklimaat, en individuele en contextuele factoren.

Methodologie

In dit cross-sectionele vragenlijstonderzoek, uitgevoerd tussen 4 maart 2024 en 21 maart 2024, werden zorgkundigen en verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis Limburg bevraagd, met behulp van een vertaalde en aangepaste versie van de Speaking Up About Patient Safety Questionnaire. Data-analyse bevatte beschrijvende statistiek, lineaire en multivariate regressie, interne consistentie van de items, confirmatieve factoranalyse en een structureel vergelijkingsmodel.

Resultaten

113 respondenten vulden de volledige vragenlijst in (response rate 63%). De resultaten toonden aan dat 85,8% van de respondenten zich minstens één keer zorgen maakte over medicatieveiligheid in de vier weken voorafgaand aan de dataverzameling, en evenveel respondenten gaven aan deze bezorgdheden kenbaar te hebben gemaakt. Echter, 31,0% van de zorgverleners koos ervoor om hun bezorgdheden minstens één keer niet te uiten. De belangrijkste barrières waren de aanwezigheid van patiënten of naasten en de onvoorspelbaarheid van de reacties van collega's. Totale werkervaring, werkervaring in huidige functie en waargenomen bezorgdheden hadden een invloed op verzwijgen van bezorgdheden.

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat thuisverpleegkundigen en zorgkundigen vaak zorgen hebben over medicatieveiligheid en deze meestal uiten, maar soms ook verzwijgen. Factoren zoals werkervaring en waargenomen bezorgdheden spelen hierbij een rol. Groter en uitgebreider onderzoek is nodig om deze dynamiek verder te begrijpen en medicatieveiligheid te verbeteren.

Inleiding

Reeds decennialang groeit de aandacht voor het verstrekken van kwalitatieve en veilige gezondheidszorg. De publicatie van het *Institute of Medicine* (IOM): *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* zorgde voor een explosieve groei in onderzoek naar veilige gezondheidszorg (1). Patiëntveiligheid is een discipline in de gezondheidszorg die wetenschappelijke methoden toepast met als doel een betrouwbaar gezondheidszorgsysteem te realiseren. Daarnaast is patiëntveiligheid is ook een kenmerk van gezondheidszorgsystemen; het minimaliseert het aantal en de impact van, en maximaliseert het herstel van, ongewenste gebeurtenissen (2).

Een belangrijke bedreiging voor patiëntveiligheid zijn medicatiefouten. Deze worden volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als: *"Elk vermijdbaar voorval dat kan leiden tot ongepast medicatiegebruik of schade aan de patiënt terwijl de medicatie onder controle is van de zorgverlener, de patiënt of de consument."* (3). Ten minste 50% van de schade die veroorzaakt wordt door gezondheidszorg is vermijdbaar, ongeveer de helft hiervan wordt geassocieerd met medicatie (4). Naar schatting zou 5-6% van de hospitalisaties medicatie gerelateerd zijn (5, 6). In België kan men jaarlijks meer dan 40.000 ziekenhuisopnames wijten aan medicatiefouten (7). Door de stijging van de prevalentie van chronische aandoeningen, gepaard met de vergrijzing, stijgt het individuele en globale medicatieverbruik (8). Patiënten lopen meer risico op medicatiefouten door onder andere polyfarmacie, de betrokkenheid van meerdere zorgverleners en wanneer zij zich in de transitie tussen verschillende zorginstanties en het toegenomen transmurale karakter van zorg begeven (6). In 2022 werden er 223 medicatiefouten gerapporteerd binnen een organisatie die thuisverpleging aanbiedt. Dat is respectievelijk 0.001% van alle medicatieverstrekkingen van dat jaar. De wereldwijde prevalentie en ernst van medicatiegerelateerde schade is hoger, waarbij ongeveer 5% van de patiënten te maken krijgt met vermijdbare medicatiegerelateerde schade (9). Ondanks de toegenomen belangstelling voor dit onderwerp lag de focus jarenlang voornamelijk op de ziekenhuiszorg. Door een toename in vraag naar gezondheidszorg in de thuissetting van patiënten, groeit de nood naar meer onderzoek over medicatieveiligheid in de eerstelijnszorg (10).

Thuisverpleegkundigen en zorgkundigen spelen een belangrijke rol bij het detecteren van medicatiefouten in de eerstelijnszorg. Ze dragen de verantwoordelijkheid voor het klaarzetten en/of toedienen van medicatie, en hebben een vertrouwensband met de zorgvrager. Hierdoor zijn ze in staat om onregelmatigheden op te merken. Zorgverleners kunnen echter terughoudend zijn wanneer het aankomt op het kenbaar maken van hun bezorgdheden (11, 12). De beslissing om deze bezorgdheden te uiten wordt beïnvloed door persoonlijke-, organisatorische-, en contextuele factoren (13).

Speaking Up refereert naar deze gedragingen en attitudes. In de literatuur bestaat er geen eenduidige definitie van dit concept (14). In dit onderzoek wordt het gedefinieerd als assertieve communicatie van bezorgdheden over patiëntveiligheid door middel van informatie, vragen of meningen in klinische situaties, waar onmiddellijke actie nodig is om schade voor de patiënt te voorkomen (15). *Speaking up* kan uitdagend zijn voor zorgverleners. De aanwezigheid van anderen (patiënten of familieleden, collega's), machtsdynamiek, gevoelens van resignatie en angsten om relaties (met collega's en superieuren) te beschadigen, zijn redenen voor het verzwijgen van bezorgdheden (16). *Speaking up* en verzwijgen van bezorgdheden worden onterecht als tegenpolen van elkaar beschouwd. Verzwijgen kan worden gedefinieerd als een intentioneel gedrag om ideeën, informatie en meningen niet te verbaliseren ter verbetering van de patiëntveiligheid, en is dus meer dan alleen de afwezigheid van *Speaking up* (16).

Speaking up heeft een positieve invloed op patiëntveiligheid (12). Het verhindert patiëntveiligheidsincidenten, verbetert samenwerking en faciliteert een omgeving waar leren centraal staat (17). In situaties waar zorgverleners zich uitspreken over potentieel gevaarlijke situaties kunnen deze sneller aangepakt of gecorrigeerd worden (13). Ook het melden van gedetecteerde medicatiefouten is noodzakelijk voor het verbeteren van medicatieveiligheid (18, 19). Ondanks deze kennis is er onvoldoende inzicht in de *Speaking up* attitude van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen omtrent medicatieveiligheid. Door het kwantitatief meten van dit gedrag kunnen zorgorganisaties barrières identificeren en aanpakken. Daarnaast is het ook aangewezen om de complexe relaties tussen psychologische veiligheid, klimaat, individuele- en contextuele factoren bloot te leggen zodat gerichte interventies kunnen toegepast worden (13).

Het doel van dit onderzoek is om de *Speaking up*-attitude van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen omtrent medicatieveiligheid in kaart te brengen. Dit omvat het identificeren van barrières, evenals het meten van de patiëntveiligheidscultuur. Door deze aspecten te meten wordt er inzicht verkregen in de relaties tussen psychologische veiligheid, het klimaat binnen de organisatie, en individuele en contextuele factoren. Op basis van deze inzichten kunnen gerichte

interventies worden ontwikkeld en geïmplementeerd om een cultuur van open communicatie en verbeterde medicatieveiligheid te bevorderen.

Onderzoeksvragen

Volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd: (1) Wat is de huidige attitude van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen ten aanzien van Speaking up omtrent medicatieveiligheid? (2) Welke barrières ervaren thuisverpleegkundigen en zorgkundigen voor Speaking up over medicatieveiligheid? (3) Welke individuele factoren en contextuele factoren beïnvloeden de Speaking up-attitude omtrent medicatieveiligheid van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen?

Methode

Deze studie kadert in het FIT-IT project, een project waarmee Wit-Gele Kruis Limburg tracht de medicatieveiligheid in de eerstelijnszorg te verbeteren. Wit-Gele Kruis Limburg is een zorgorganisatie die thuisverpleging aanbiedt in Belgisch Limburg. Deze studie kreeg vorm in een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek. Voor de rapportering werd de STROBE Statement-Checklist gehanteerd (20).

Setting en steekproef

Dit onderzoek werd uitgevoerd in Noord-Limburg, België, in vier afdelingen van de zorgorganisatie Wit-Gele Kruis Limburg. In de geselecteerde regio waren 205 zorgverleners tewerkgesteld, waarvan 24 zorgkundigen (11,7%). Elke twee weken wordt er voor elk team een patiëntenbespreking georganiseerd, waar de betrokken zorgverleners samenkomen en bevindingen over de patiëntenzorg met elkaar delen. Om deel te kunnen nemen aan dit onderzoek, moesten de zorgverleners aan twee criteria voldoen: (1) ze moesten actief tewerkgesteld zijn als zorgkundige of verpleegkundige binnen een van de vier geselecteerde afdelingen van het Wit-Gele Kruis Limburg, en (2) ze moesten aanwezig zijn op een patiëntenbespreking om de vragenlijst in te vullen. Er werden geen expliciete exclusiecriteria opgesteld.

Datacollectie

Data werd verzameld tussen 4 maart 2024 en 21 maart 2024. Tijdens een patiëntenbespreking werden 15 minuten voorzien om de vragenlijst in te vullen. Potentiële respondenten werden uitgenodigd om een inleidende animatievideo te bekijken, gevolgd door de mogelijkheid om vrijblijvend via een QR-code de online vragenlijst eenmalig in te vullen.

Vragenlijst

Er werd gebruikgemaakt van de *Speaking Up About Patient Safety Questionnaire*, een vertaald (Engels naar Nederlands) en gevalideerd meetinstrument (15). Deze vragenlijst werd ontwikkeld zodat organisaties de Speaking up-attitudes van zorgverleners kunnen meten, evenals de barrières en het klimaat binnen de zorgorganisatie te meten. Dit meetinstrument legt de nadruk op recente zelf-gerapporteerde waarnemingen om recall bias te minimaliseren. Aan de hand van dit instrument en gepaste analyses kunnen complexe relaties tussen psychologische veiligheid, aanmoedigende omgevingen en Speaking up worden geanalyseerd (15). De items werden aangepast om de vragenlijst relevant te maken voor thuisverpleegkundigen, en om de aspecten van medicatieveiligheid te omvatten. Zo werd de term *patiëntveiligheid* vervangen door *medicatieveiligheid* en *incident* werd vervangen door *medicatiefout*. De beroepen, opgenomen in enkele items van de vragenlijst, werden aangepast. Ten slotte werd de hypothetische situatie uit de Vignettenstudie herschreven naar een casus over medicatieveiligheid. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

Het eerste deel van de vragenlijst richtte zich op het verzamelen van informatie over werkervaring (in jaren) en de huidige functie, om een context te kunnen bieden voor de antwoorden. Vervolgens werden 11 vragen gesteld, waarbij een Likertschaal met 5 antwoordmogelijkheden werd gehanteerd. Hiermee konden de respondenten zelf hun waargenomen bezorgdheden, het verzwijgen van bezorgdheden en Speaking up rapporteren. Vervolgens werden 6 mogelijke barrières bevraagd die Speaking up kunnen belemmeren, aan de hand van een dichotome vraag. Het vierde deel bestond uit een Vignettenstudie waarbij de respondenten hun percepties over een hypothetische situatie kenbaar konden maken. De antwoordmogelijkheden werden voorgesteld aan de hand van een Likertschaal, met 7 antwoordmogelijkheden. Tot slot werd de patiëntveiligheidscultuur met betrekking tot medicatie gemeten, aan de hand van 10 vragen, waarbij een Likertschaal met 7 antwoordmogelijkheden werd gehanteerd. Aan het einde van de vragenlijst kregen respondenten de kans om vrijblijvend bijkomende opmerkingen te noteren, wat aanvullende inzichten kon opleveren.

Data analyse

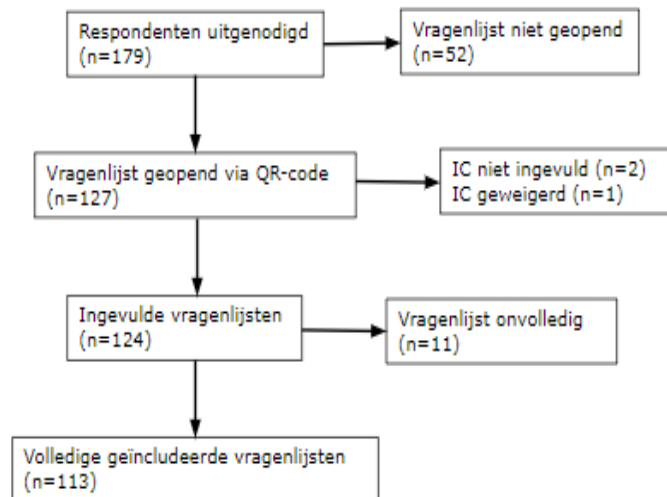
Vragenlijsten die niet volledig waren ingevuld, werden uitgesloten van de data-analyse, om de betrouwbaarheid van de resultaten te waarborgen. De karakteristieken van de respondenten werden samengevat met behulp van proporties voor discrete variabelen. Continue variabelen werden gecategoriseerd in groepen (0-1 jaar, 1-2 jaar, 2-5 jaar, >5 jaar) om analyses mogelijk te maken volgens het Novice-to-Expert-model (21). Cronbach's alfa werd berekend om de interne consistentie van de items te evalueren. Een waarde $> 0,70$ werd beschouwd als indicatief voor een goede interne consistentie van de onderliggende constructen. De gemiddelde scores en standaarddeviatie werden berekend voor de verschillende items en onafhankelijke variabelen waaronder psychologische veiligheid, aanmoedigende omgeving, hopeloosheid en waargenomen bezorgdheden. Speaking-up en verzwijgen werden beschouwd als afhankelijke variabelen. Potentiële correlaties tussen verschillende gedragingen en klimaat werden berekend met behulp van de Pearson-correlatiecoëfficiënt en voorgesteld aan de hand van een correlatiematrix. De variantie inflatiefactor (VIF) werd berekend om multicollineariteit uit te sluiten. Om de effecten van de onafhankelijke variabelen te berekenen op de afhankelijke variabelen werd gebruik gemaakt van logistische regressieanalyses. Een power analyse werd uitgevoerd voor een multiple regressie met zes voorspellers, met een effectgrootte van 0.15, een significantieniveau van 0.05, en een gewenste power van 0.80. Deze vragenlijst werd gebaseerd op theoretische constructen. Om te controleren of de vragenlijst daadwerkelijk deze theoretische constructen meet zoals bedoeld, is een confirmatieve factoranalyse (CFA) uitgevoerd. Om te controleren of de gegevens geschikt waren om CFA uit te voeren werd de Kaiser-Meyer-Olkin-maat berekend die vooraf werd gedefinieerd als > 0.70 . Daarnaast werd de Bartlett's Test uitgevoerd, die vooraf werd gedefinieerd als significant op het niveau van $p < 0,01$ om ervoor te zorgen dat de correlaties die in de dataset voorkwamen geschikt waren voor factoranalyse. Om de complexe relaties tussen variabelen en het rapporteren van veiligheidsgedrag te onderzoeken, werd een structureel vergelijkingsmodel (SEM) gebruikt. $p < 0,05$ werd beschouwd als statistisch significant. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma R: A Language and Environment for Statistical Computing, versie 4.3.2 (22).

Ethische bepalingen

Voor de aanvang van de datacollectie werd er een verwerkersovereenkomst gesloten met de zorgorganisatie, om de veiligheid en vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens te garanderen. Respondenten werden via een inleidende animatievideo geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hun rechten. In de video werd uitgelegd dat hun deelname vrijwillig was en dat zij op elk moment zonder negatieve gevolgen de vragenlijst konden beëindigen. Er werd geïnformeerde toestemming gevraagd voor men de vragenlijst kon aanvatten. Indien men de toestemming weigerde werd de vragenlijst automatisch afgesloten.

Resultaten

Er werden 179 personen uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen, waarvan 113 de vragenlijst volledig invulden (responsgraad 63,01%). Dit proces wordt geïllustreerd aan de hand van een flowchart, figuur 1. Om de karakteristieken te onderzoeken werden zorgverleners gevraagd naar hun huidige functie, het aantal jaren totale werkervaring en het aantal jaren werkervaring in de huidige functie. De werkervaring van de respondenten werd geclassificeerd volgens het Novice-to-Expert-model van Patricia Benner (21). Het eerste niveau, *Novice*, werd niet geïnccludeerd omdat dit niveau vooral van toepassing is voor zorgverleners die nog niet afgestudeerd zijn. Tabel 1 illustreert de karakteristieken van de respondenten.



Figuur 1. Flowchart respondenten.

Tabel 1. Karakteristieken

	N	%
Functie		
Zorgkundige	11	9,7
HBO5-verpleegkundige	67	59,3
Bachelorverpleegkundige	35	31,0
Totale werkervaring (in jaren)		
Advanced beginner: 0-1	1	0,9
Competent: 1-2	8	7,1
Proficient: 2-5	12	10,6
Expert: > 5	92	81,4
Werkervaring in huidige functie (in jaren)		
Advanced beginner: 0-1	2	1,8
Competent: 1-2	11	9,7
Proficient: 2-5	19	16,8
Expert: > 5	81	71,7

Speaking up

In de 4 voorafgaande weken voor de respondenten bevroegd werden, maakte 85,8% zich minstens 1 keer zorgen over medicatieveiligheid (gemiddelde= 2.4, SD= 0.8). Evenveel respondenten hebben hun bezorgdheden hieromtrent geuit (gemiddelde= 2.5, SD= 0.9). Bijna een op drie (31.0%) besloot om minstens 1 keer hun bezorgdheden te verzwijgen (gemiddelde= 1.5, SD= 0.8), ideeën om medicatieveiligheid te verbeteren niet aan te brengen (34.5%) (gemiddelde= 1.5, SD= 0.7) of besloten een collega niet aan te spreken wanneer deze regels om medicatieveiligheid te waarborgen niet opvolgde (43.4%) (gemiddelde= 1.7, SD= 1.0). De interne consistentie van de verzwijgen-schaal (CA= 0.72) en de Speaking up-schaal (CA= 0.81) wezen op een goede samenhang van de items. De interne consistentie van de waargenomen bezorgdheden-schaal (0.56) was niet indicatief voor een goede samenhang van de items. Chronbach's alpha voor de dit volledige deel van de vragenlijst bedroeg 0,8. De resultaten van dit deel van de vragenlijst zijn terug te vinden in tabel 2.

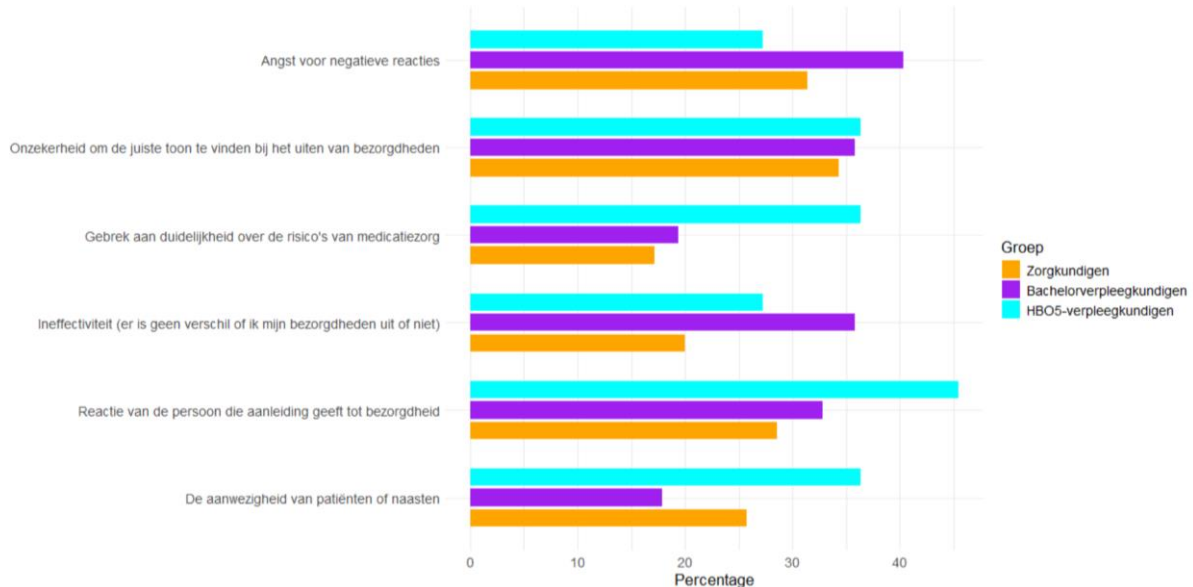
Tabel 2. Resultaten Speaking up.

In het dagdagelijkse werk gebeurt het soms dat er dingen fout lopen en er risico's voor patiënten ontstaan. Dit kan het gevolg zijn van een medicatiefout, gebrekkige handhygiëne, of het ontbreken van documentatie. In de voorbije vier weken, hoe vaak...

	Gemiddelde	SD	Minimum 1 keer (%)
Waargenomen bezorgdheden (Cronbach's alpha = 0,56)			
... heb je je specifiek zorgen gemaakt over medicatieveiligheid?	2.4	0.8	85.8
... heb je een medicatiefout opgemerkt die schadelijk zou kunnen zijn voor de patiënt indien dit niet opgemerkt was?	1.9	0.7	71.7
... heb je gemerkt dat je collega's belangrijke medicatieveiligheidsmaatregelen, bewust of onbewust, niet opgevolgd hebben?	1.7	0.7	59.3
Verzwijgen (Cronbach's alpha = 0,72)			
... heb je ervoor gekozen om jouw specifieke bezorgdheden rond medicatieveiligheid niet te uiten?	1.5	0.8	31.0
... heb je ideeën om medicatieveiligheid op jouw afdeling te verbeteren voor jezelf gehouden?	1.5	0.7	34.5
... heb je gezwegen wanneer je informatie had die een medicatiefout had kunnen voorkomen op jouw afdeling?	1.2	0.5	15.0
... heb je nagelaten een collega (zorgkundige of verpleegkundige) aan te spreken, wanneer hij of zij belangrijke regels over medicatieveiligheid, bewust of onbewust, niet opvolgde?	1.7	1.0	43.4
Speaking up (Cronbach's alpha = 0,81)			
... heb je specifieke zorgen geuit over medicatieveiligheid?	2.5	0.9	85.8
... heb je een medicatiefout besproken die schadelijk zou kunnen zijn voor de patiënt indien dit niet was opgemerkt?	2.6	1.0	85.8
... heb je een collega aangesproken (zorgkundige of verpleegkundige) wanneer hij of zij belangrijke medicatieveiligheidsmaatregelen, bewust of onbewust, niet opvolgde?	2.7	1.0	87.6
... heb je een medicatiefout kunnen voorkomen door je bezorgdheden omtrent medicatieveiligheid bespreekbaar te maken?	2.6	0.9	87.6

Barrières

De meest voorkomende barrière voor het uiten van bezorgdheden was de aanwezigheid van patiënten of naasten ($n = 41$; 36,3%). Dit werd gevolgd door de onvoorspelbaarheid van de reactie van de persoon die aanleiding geeft tot bezorgdheden ($n = 40$; 35,4%). De minst voorkomende barrière was ineffectiviteit ($n = 23$; 20,4%). Ter illustratie van de resultaten wordt er verwezen naar figuur 2.



Figuur 2. Relatieve frequenties van zelf-gerapporteerde barrières voor Speaking up, onderverdeeld per functie.

Vignettenstudie

In de vignettenstudie werd een scenario voorgesteld waarin tijdens een dagelijkse ronde een medicatiewijziging, die enkele weken geleden door een huisarts was voorgeschreven, niet was bijgewerkt in het algemeen medicatieschema. De situatie werd gemiddeld beoordeeld als redelijk realistisch (gemiddelde = 4.0, SD = 1.9) en beschouwd als vrij gevaarlijk indien er niet werd ingegrepen ($M = 4.8$, SD = 1.4). De respondenten achtten het waarschijnlijk dat zij zouden proberen om de collega te wijzen op het niet rapporteren van de wijziging ($M = 5.2$, SD = 1.8). Dit wijst op een hoge bereidheid om actie te ondernemen in dergelijke situaties. Ongemak bij het aanspreken van een collega werd ervaren als licht ongemakkelijk, met een sterke variatie in de antwoorden ($M = 3.0$, SD = 1.9). Er was echter geen statistisch significant verschil tussen de antwoorden van de groepen opgedeeld in functie ($p = 1.0$), totale werkervaring ($p = 0.6$), of werkervaring in huidige functie ($p = 0.3$).

Speaking Up-gerelateerd klimaat

De resultaten toonden aan dat de psychologische veiligheid als hoog werd ervaren (gemiddelde = 5.8, SD = 1.2). Een aanzienlijk deel was het sterk eens over het feit dat men kan rekenen op collega's wanneer er zich tijdens het werk moeilijkheden voordeden (gemiddelde = 6.2, SD = 1.4). Respondenten gaven aan te kunnen rekenen op de afdelingsleiding, maar dit gevoel is minder sterk dan bij collega's, met hogere variaties in de antwoorden (gemiddelde = 5.7, SD = 1.5). De omgeving werd gerapporteerd als aanmoedigend (gemiddelde = 5.3, SD = 1.3) maar dit gevoel werd minder sterk gerapporteerd dan de psychologische veiligheid. Respondenten ervoeren een licht gevoel van frustratie omdat ze medewerkers steeds aan dezelfde veiligheidsregels moesten herinneren (gemiddelde = 4.6, SD = 1.8). De interne consistentie van de items werd als gunstig beschouwd. De Cronbach's alpha van de dit volledig onderdeel van de vragenlijst bedroeg 0.89. Meer details zijn te vinden in tabel 3.

Tabel 3. Resultaten Speaking up-gerelateerd klimaat.

Sterk oneens = 1 Sterk eens = 7		
	Gemiddelde	SD
Psychologische veiligheid (Cronbach's alpha = 0.93)		
<i>Ik kan op mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) rekenen wanneer ik moeilijkheden ondervind tijdens mijn werk.</i>	6.2	1.4
<i>Ik kan op de afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) rekenen wanneer ik moeilijkheden ondervind tijdens mijn werk.</i>	5.7	1.5
<i>De cultuur op mijn afdeling maakt het makkelijk om bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.</i>	5.6	1.4
<i>Mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) reageren gepast wanneer ik mijn bezorgdheden over medicatieveiligheid uit.</i>	5.7	1.3
<i>Mijn afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) reageert gepast wanneer ik mijn bezorgdheden over patiëntveiligheid uit.</i>	5.7	1.3
Bemoedigende omgeving (Cronbach's alpha = 0.92)		
<i>Op mijn afdeling merk ik dat anderen hun bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar maken.</i>	5.3	1.4
<i>Ik word aangemoedigd door mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) om mijn bezorgdheden omtrent medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.</i>	5.3	1.5
<i>Ik word aangemoedigd door mijn afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) om bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.</i>	5.4	1.3
Afstappen van dingen bespreekbaar te maken (Cronbach's alpha = 0.80)		
<i>Het is frustrerend om medewerkers steeds opnieuw aan dezelfde veiligheidsregels te moeten herinneren.</i>	4.6	1.8
<i>Soms geraak ik ontmoedigd omdat er niets verandert nadat ik mijn bezorgdheden over medicatieveiligheid heb geuit.</i>	4.0	1.9

Invloeden van Speaking up

Aan de hand van de correlatieanalyse kon worden vastgesteld dat de meeste correlaties zwak tot zeer zwak waren. Waargenomen bezorgdheden vertoonde een sterke positieve correlatie met zowel verzwijgen (0.42) als Speaking up (0.41). Psychologische veiligheid en een aanmoedigende omgeving waren sterk positief gecorreleerd (0.70). Psychologische veiligheid vertoonde ook zwakke negatieve correlaties met waargenomen bezorgdheden (-0.12) en verzwijgen (-0.06). De correlatiematrix kan teruggevonden worden in bijlage 2.

In een lineaire regressieanalyse bleken zowel werkervaring (in jaren) (OR=1.03, $p=0.03$) als werkervaring in huidige functie (OR=1.04, $p=0.02$) een significante invloed te hebben op het vaker verzwijgen van bezorgdheden.

Uit de multivariate regressieanalyse bleek dat waargenomen bezorgdheden een sterke en significante invloed had op het verzwijgen van bezorgdheden (OR=16.54, $p < 0,001$). Het beïnvloedde ook de Speaking up-attitude maar deze vaststelling is echter niet significant (OR=16.75, $p=0.05$). Andere

variabelen hadden geen statistisch significante invloed op Speaking up of het verzwijgen van bezorgdheden. Meer details zijn te vinden in tabel 4.

Tabel 4 . Resultaten multivariate regressie.

	Speaking Up			Verzwijgen		
	OR (95% BI)	p-waarde	VIF	OR (95% BI)	p-waarde	VIF
Totale werkervaring	1.00 (0.90 – 1.13)	0.99	1.5	1.05 (0.99 – 1.13)	0.13	3.4
Werkervaring in huidige functie	1.21 (1.01 – 1.60)	0.09	2.0	1.00 (0.94 – 1.07)	0.99	3.3
Waargenomen bezorgdheden	16.75 (1.57 – 551.9)	0.05	1.8	16.54 (5.74 – 60.23)	<0.001	1.1
Psychologische veiligheid	1.95 (0.60 – 8.34)	0.31	4.9	1.31 (0.78 – 2.20)	0.30	1.9
Bemoedigende omgeving	1.06 (0.36 – 3.17)	0.92	3.5	0.79 (0.48 – 1.29)	0.35	2.0
Afstappen van dingen bespreekbaar te maken	1.07 (0.44 – 2.13)	0.85	1.6	1.02 (0.77 – 1.36)	0.87	1.0

Voor confirmatieve factoranalyse werd de steekproeftoereikendheid als gunstig beschouwd (0.8). De variabelen voor het afstappen van dingen bespreekbaar te maken hadden lagere KMO-waarden van respectievelijk 0.84 en 0.56. Hierdoor was deze variabele mogelijks minder geschikt voor factoranalyse. De Bartlett's test voor sfericiteit was significant ($\chi^2 = 2086$, $df = 231$, $p < 0.001$). Alle items voor psychologische veiligheid bevatten standaardiseerde ladingen variërend van 0.807 tot 0.875. De items voor aanmoedigende omgeving laadden ook hoog op hun latente factor, met ladingen variërend van 0.866 tot 0.930. De items voor waargenomen bezorgdheden hadden redelijke ladingen, variërend van 0.552 tot 0.949. De items voor verzwijgen en Speaking up laadden variabel, variërend van 0.549 tot 0.865. De items voor afstappen van dingen bespreekbaar te maken hadden afwijkende resultaten, variërend van 0.039 tot een extreem hoge en onbetrouwbare factorlading van 17.335 had. Dit wijst op mogelijke problemen met deze variabelen in het model. Het structureel vergelijkingsmodel is terug te vinden in bijlage 3.

Discussie

In dit cross-sectionele vragenlijstonderzoek werd een vertaalde en aangepaste versie van de Speaking Up About Patient Safety Questionnaire gebruikt, om de Speaking up-attitude van thuisverpleegkundigen en zorgkundigen met betrekking tot medicatieveiligheid te onderzoeken. Barrières die Speaking up kunnen belemmeren werden geïdentificeerd en er werd een vignettenstudie uitgevoerd. De bevindingen tonen aan dat waargenomen bezorgdheden frequent voorkomen. De meerderheid van de respondenten maakte zich in een periode van 4 weken voor de datacollectie minstens 1 keer zorgen over medicatieveiligheid. Evenveel respondenten maakten deze bezorgdheden minstens 1 keer kenbaar. Desondanks kiezen thuisverpleegkundigen en zorgkundigen er soms voor om deze waargenomen bezorgdheden niet te uiten. Dit was minimum 1 keer het geval bij respectievelijk een derde van de steekproef. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met andere studies die deze vragenlijst gebruikten om Speaking up met betrekking tot patiëntveiligheid te onderzoeken (16, 23). Echter is de werkelijke prevalentie en de herkenning door zorgverleners moeilijk te onderscheiden omdat deze beïnvloed wordt door verschillende factoren, zoals opleidingsniveau en individuele psychologische factoren (23). De interne consistentie van de verschillende items van het meetinstrument varieerde waarbij de metingen van Speaking up en verzwijgen van bezorgdheden respectievelijk goede ($CA = 0,81$) en redelijke ($CA = 0,72$) samenhang vertoonden, terwijl de consistentie voor waargenomen bezorgdheden laag was ($CA = 0,56$). Door de kleine steekproef wordt deze waarde sterker beïnvloed door individuele verschillen. Dit zou geminimaliseerd kunnen worden

door een grotere steekproef waar toevallige afwijkingen minder invloed hebben op de resultaten, zoals het geval was in voorgaande studies (16, 24).

De regressieanalyse onthulde enkele significante associaties tussen verschillende onafhankelijke variabelen en de neiging van zorgverleners om bezorgdheden of ideeën om medicatieveiligheid te verbeteren te verzwijgen. Speaking up en verzwijgen worden beïnvloed door verschillende factoren (16, 24). Totale werkervaring en werkervaring in huidige functie zijn significante invloeden voor verzwijgen. Dit betekent dat met een toename van de werkervaring, de kans op het verzwijgen van zorgen over medicatieveiligheid toeneemt. Dit kan worden verklaard door factoren zoals vertrouwen in eigen kunnen, de werkcultuur, moeheid, en het geloof dat melden geen effect heeft. Deze bevindingen zijn tegenstrijdig want er wordt internationaal veel aandacht besteed aan ontwikkeling van interventies die Speaking up moeten faciliteren voor zorgverleners met minder ervaring (25). Minder ervaren zorgverleners aanschouwen zorgverleners met meer ervaring als rolmodel (26). De frequentie van waargenomen bezorgdheden heeft een sterke significante invloed op het verzwijgen van bezorgdheden. Dit suggereert dat hoe meer bezorgdheden zorgverleners waarnemen, hoe groter de kans is dat ze deze bezorgdheden niet uiten. Diezelfde waargenomen bezorgdheden hebben ook een invloed op de Speaking up-attitude, hoewel dit verband op de grens van statistische significantie is. Deze associatie werd ook in andere onderzoeken vastgesteld en bevestigen de theorie dat Speaking up en verzwijgen geen exacte tegenpolen van elkaar zijn. (16).

Psychologische veiligheid en een aanmoedigende omgeving hebben geen statistisch significante invloed op Speaking up of verzwijgen. Deze vaststelling wordt bevestigd door een ander onderzoek waarin dit meetinstrument gebruikt werd (16). Dit is tegenstrijdig met andere literatuur en de bewijzen voor het verband tussen veiligheidscultuur en veiligheidsgedragingen, zoals het melden van incidenten (27). Toch tonen de positieve correlaties dat deze factoren mogelijk toch een belangrijke rol spelen. Het is mogelijk dat de steekproefgrootte te klein was om deze effecten statistisch significant te maken, maar de positieve richting van de associaties wijst erop dat een omgeving waarin zorgverleners zich veilig voelen om zich uit te spreken, waarschijnlijk bijdraagt aan een cultuur waar Speaking up mogelijk is.

De resultaten toonden geen statistisch significant verband aan tussen subgroepen van zorgverleners, opgedeeld per functie en Speaking up of verzwijgen. Deze bevinding wijkt af van de literatuur, waarin hiërarchie vaak wordt genoemd als een van de sterkst bepalende factoren voor veiligheidsgedrag, Speaking up en het verzwijgen van problemen (16, 26). Dit suggereert dat hiërarchie binnen deze specifieke groep van zorgverleners weinig invloed heeft op veiligheidsgedrag en de neiging om problemen aan te kaarten of te verzwijgen. Het ontbreken van een duidelijke hiërarchische structuur binnen deze groep kan mogelijk bijdragen aan een meer open en gelijkwaardige communicatiesfeer, wat gunstig is voor het bespreekbaar maken van zorgen en het verbeteren van medicatieveiligheid.

De steekproef van deze studie is te klein voor een valide resultaat te bekomen tijdens de confirmatieve factoranalyse. Een van de items voor het meten van afstappen om dingen bespreekbaar te maken heeft een lage KMO-waarde (0.46) wat erop kan wijzen dat dit item het gewenste construct niet goed meet. Verder onderzoek met grotere steekproeven is aangewezen om na te gaan of deze vragenlijst de constructen meet zoals bedoeld is.

Sterktes & Limitaties

Deze studie kent enkele beperkingen. Omwille van de kleine steekproef ($n=113$) werd het uitvoeren van de confirmatieve factoranalyse en het structureel vergelijkingsmodel niet gefaciliteerd. Dit heeft een negatieve impact op de betrouwbaarheid en de validiteit van deze resultaten. Enkele bevindingen zijn tegenstrijdig met eerdere bevindingen uit de literatuur. Dit kan te wijten zijn aan kleine subgroepen binnen de steekproef zoals zorgverleners met minder werkervaring en zorgkundigen. Ondanks de kleine steekproef, en dus minder robuuste resultaten heeft deze studie ook enkele sterktes. Het gebruik van een gevalideerd meetinstrument, de Speaking Up About Patient Safety Questionnaire, heeft een positieve invloed op de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten. Bovendien faciliteert dit de vergelijkbaarheid met andere studies wat bijdraagt aan de cumulatieve kennis van dit domein. Door een volledige regio van een zorgorganisatie te includeren kon potentiële selectiebias verminderd worden. De verschillende groepen zorgverleners in de dataset komen overeen met de werkelijke verdeling in de praktijk. Dit betekent dat de steekproef representatief is voor de werkelijke samenstelling van zorgverleners in de zorgorganisatie.

Aanbevelingen

Toekomstig onderzoek is nodig om de complexe relaties tussen variabelen en Speaking up verder te onderzoeken. Kwantitatief onderzoek zou grotere en diverse steekproeven moeten omvatten om de generaliseerbaarheid van de resultaten te faciliteren. Door zorgverleners van verschillende zorginstellingen en regio's te betrekken kunnen variaties in organisatorische cultuur en werkomgeving meegenomen worden in de analyses. Kwalitatieve methoden kunnen verdere inzichten bieden in persoonlijke en organisatorische factoren die van invloed zijn op Speaking up, die kwantitatieve gegevens mogelijk niet aan het licht brengen. Onderzoek naar specifieke subgroepen zoals verschillen tussen ervaren en minder ervaren zorgverleners, kan helpen om de unieke behoeften en uitdagingen van elke groep beter te begrijpen en hier gerichte interventies voor te ontwikkelen.

Het gezondheidszorg beleid kan bijdragen aan motivatie om een cultuur van open communicatie te bevorderen binnen zorgorganisaties. Er moet gestreefd worden naar een cultuur waar Speaking up aangemoedigd wordt, om medicatieveiligheid te verbeteren. Integratie van communicatievaardigheden over medicatieveiligheid in de curricula van zorgopleidingen kunnen bijdragen aan Speaking up bij toekomstige zorgverleners. Interprofessioneel onderwijs, waarbij studenten uit verschillende gezondheidsdisciplines samen leren over patiëntveiligheid en het uiten van bezorgdheden, kan helpen een gedeelde verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid te creëren en de samenwerking tussen verschillende zorgverleners te verbeteren. Daarnaast moet het gezondheidszorgbeleid aandacht besteden aan belangenverschillen die er heersen in het gehele systeem. Institutionele factoren zoals economie, politiek en arbeidsregimes en machtsdynamieken kunnen een definitieve impact hebben op Speaking up en verzwijgen (28).

Zorgorganisaties moeten trainingsprogramma's ontwikkelen die gericht zijn op het verbeteren van communicatievaardigheden, met een specifieke focus op assertieve communicatie en het effectief uiten van bezorgdheden (29). Het gebruik van simulaties en rollenspellen kan zorgverleners helpen om in een veilige omgeving te oefenen en vertrouwen op te bouwen in hun vermogen om bezorgdheden effectief te uiten. Tot slot is het belangrijk om psychologische ondersteuning en welzijnsprogramma's voor zorgverleners te bieden. Zorgorganisaties moeten programma's voor psychologische ondersteuning ontwikkelen om zorgverleners te helpen omgaan met de emotionele belasting die gepaard gaat met het uiten van bezorgdheden en betrokkenheid bij incidenten.

Conclusie

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de Speaking up-attitude en de barrières waarmee thuisverpleegkundigen en zorgkundigen worden geconfronteerd met betrekking tot medicatieveiligheid binnen de eerstelijnszorg. Bezorgdheden komen frequent voor en zorgverleners durven hierover te spreken. Desondanks kiezen ze er soms toch voor om deze te verzwijgen. De factoren die Speaking up en verzwijgen beïnvloeden zijn complex. In deze studie konden enkel waargenomen bezorgdheden, totale werkervaring en ervaring in huidige functie geïdentificeerd worden als significante invloeden van Speaking up. Verder onderzoek is nodig in de eerstelijnszorg om deze attitudes bij thuisverpleegkundigen en zorgkundigen te verduidelijken en medicatieveiligheid te kunnen verbeteren.

Referenties

1. Kohn LT CJ, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press 2000.
2. Emanuel L BD, Conway J, et al. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K BJ, Keyes MA, et al., editor. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 1: Assessment). Rockville2008.
3. Organization WH. Medication Errors 2016 [Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;sequence=1>.
4. Organization WH. Patient safety 2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
5. Krähenbühl-Melcher A SR, Lampert M. et al. Drug-Related Problems in Hospitals. Drug-Safety 2012;30:379–407.
6. TR E. Drug-Related Hospital Admissions. Annals of Pharmacotherapy. 1993;27:832–40.
7. Wetsvoorstel (2022).
8. Griens AMGF KH, Lekkas EA, Lukaart JS, D.J. Postma, M.J.S. Verkroost. Data en feiten 2022. Den Haag; 2022.
9. Panagioti M PC, Dhingra N, Gupta N. Global burden of preventable medication-related harm in health care A systematic review. In: WHO, editor. 2024.
10. Assiri GA SN, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, Sheikh A. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. BMJ Open. 2018;8.
11. A N. Improving safety through speaking up: An ethical and financial imperative. Journal of Healthcare Risk Management. 2019;39(1):19-27.
12. DLB S. Wenn Schweigen gefährlich ist: „Speaking-up“ bei Sicherheitsbedenken. ZEFQ. 2016;114:5-12.
13. Okuyama A WC, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. BMC Health Services Research. 2014;14(1):61.
14. Kane J ML, Kane S, Srulovici E. Defining Speaking Up in the Healthcare System: a Systematic Review J Gen Intern Med. 2023;38:3406-13.
15. Richard A PY, Schwappach D Development and Psychometric Evaluation of the Speaking Up About Patient Safety Questionnaire. Journal of Patient Safety. 2021;17(7):e599-e606.
16. Schwappach D RA. Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. BMJ Quality & Safety. 2018;27:827-35.
17. Martinez W LL, Thomas EJ, Etchegaray JM, Shelburne JT, Hickson GB, Brady DW, Schleyer AM, Best JA, May NB, Bell SK. Speaking up about traditional and professionalism-related patient safety threats: a national survey of interns and residents. BMJ Quality & Safety. 2017;26(11):869-80.
18. Alandajani A BK, Ng YG, Banakhar M. Knowledge and Attitudes Regarding Medication Errors among Nurses: A Cross-Sectional Study in Major Jeddah Hospitals. Nurs Rep. 2022;12(4):1023-39.
19. Samsiah A ON, Jamshed S, Hassali MA. Knowledge, perceived barriers and facilitators of medication error reporting: a quantitative survey in Malaysian primary care clinics. International Journal of Clinical Pharmacy. 2020;42(4):1118-27.
20. Von Elm E A, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. The Lancet. 2007;370(9596):1453-7.
21. P B. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. Bulletin of Science, Technology & Society. 2004;24:188-99.
22. Team RC. R: A language and Environment for Statistical Computing 2023.
23. Tversky A KD. Availability: A Heuristic for Judging Frequency and Probability. Cognitive psychology. 1973;5:207-32.
24. Niederhauser A SD. Speaking up or remaining silent about patient safety concerns in rehabilitation: A cross-sectional survey to assess staff experiences and perceptions. Health Sci Rep 2022;5(3).
25. Weller JM LJ. Creating a climate for speaking up. British journal of anesthesia 2019;122(6):710-3.
26. Lee SE DV, Ji H, Kim E, Lee H. Motivators and inhibitors of nurses' speaking up behaviours: A descriptive qualitative study. J Adv Nurs. 2022;78:3398-408.
27. Mistri IU BA, Shahu S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. Cureus. 2023;15(12).

28. Nechanska E HE, Dondon T. Towards an integration of employee voice and silence. *Human Resource Management Review*. 2020;30(1).
29. Omura M MJ, Levett-Jones T, Stone TE The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;76:120-8.

Bijlagen

- Bijlage 1: Speaking Up About Patient Safety Questionnaire
- Bijlage 2: Correlatiematrix
- Bijlage 3: Structureel vergelijkingsmodel

Bijlage 1: Speaking Up About Patient Safety Questionnaire

Beste,

Alvast bedankt voor je interesse en welkom in deze vragenlijst.

Het doel van deze vragenlijst is om open communicatie en cultuur omtrent medicatieveiligheid in de eerstelijnszorg te meten. Op basis hiervan willen we hierin inzicht verwerven en verbeterpunten identificeren. Zo zouden we een beter zicht kunnen krijgen op het werkelijke aantal medicatiefouten.

Deze vragenlijst wordt afgenomen voor de Masterproef van Kato Close onder promotorschap van Prof. dr. Jochen Bergs. Het is een onderdeel van het FIT-IT project van Wit-Gele Kruis Limburg, waar men tracht de medicatieveiligheid in de eerstelijnszorg te verbeteren.

Deelname is volledig vrijwillig en u behoudt het recht om de vragenlijst af te ronden tijdens het proces, zonder dat hier positieve of negatieve gevolgen aan verbonden zijn. De verzamelde gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Er worden geen persoonsgegevens verzameld die gelinkt zouden kunnen worden aan de persoon die deze vragenlijst invult.

Het invullen duurt ongeveer 10 minuten.

Nogmaals hartelijk bedankt voor uw tijd.

Indien er nog vragen zijn kan u contact opnemen met Kato Close: kato.close@student.uhasselt.be

Ik heb bovenstaande inleiding gelezen en geef toestemming om deel te nemen aan de vragenlijst.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Enkele vragen over u:

Aantal jaren werkervaring in totaal []

Aantal jaren werkervaring in uw huidige functie []

Hoogst behaalde diploma:

- ☐ Zorgkundige
 - ☐ HBO5-Verpleegkundige (Vroeger A2)
 - ☐ Bachelorverpleegkundige (vroeger A1)
 - ☐ Verpleegkundige met een Master
-

In het dagdagelijkse werk gebeurt het soms dat er dingen fout lopen en er risico's voor patiënten ontstaan. Dit kan het gevolg zijn van een medicatiefout, gebrekkige handhygiëne, of het ontbreken van documentatie. In de voorbije vier weken, hoe vaak...

Bezorgdheden	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
PC1 ... heb je je specifiek zorgen gemaakt over medicatieveiligheid?	☐	☐	☐	☐	☐
PC2 ... heb je een medicatiefout opgemerkt die schadelijk zou kunnen zijn voor de patiënt indien dit niet opgemerkt was?	☐	☐	☐	☐	☐
PC3 ... heb je gemerkt dat je collega's belangrijke medicatieveiligheidsmaatregelen, bewust of onbewust, niet opgevolgd hebben?	☐	☐	☐	☐	☐
Stilzwijgen	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
WV1 ... heb je ervoor gekozen om jouw specifieke bezorgdheden rond medicatieveiligheid niet te uiten?	☐	☐	☐	☐	☐
WV2 ... heb je ideeën om medicatieveiligheid op jouw afdeling te verbeteren voor jezelf gehouden?	☐	☐	☐	☐	☐
WV3 ... heb je gezwegen wanneer je informatie had die een medicatiefout had kunnen voorkomen op jouw afdeling?	☐	☐	☐	☐	☐
WV4 ... heb je nagelaten een collega (zorgkundige of verpleegkundige) aan te spreken, wanneer hij of zij belangrijke regels over medicatieveiligheid, bewust of onbewust, niet opvolgde?	☐	☐	☐	☐	☐
Voor iets opkomen	nooit	zelden	soms	vaak	heel vaak
SU1 ... heb je specifieke zorgen geuit over medicatieveiligheid?	☐	☐	☐	☐	☐
SU2 ... heb je een medicatiefout besproken die schadelijk zou kunnen zijn voor de patiënt indien dit niet was opgemerkt?	☐	☐	☐	☐	☐
SU3 ... heb je een collega aangesproken (zorgkundige of verpleegkundige) wanneer hij of zij belangrijke medicatieveiligheidsmaatregelen, bewust of onbewust, niet opvolgde?	☐	☐	☐	☐	☐
SU4 ... heb je een medicatiefout kunnen voorkomen door je bezorgdheden omtrent medicatieveiligheid bespreekbaar te maken?	☐	☐	☐	☐	☐

Opmerking bij de score: "Nooit" (0 keer in de voorbije 4 weken), "zelden" (1-2 keer), "soms" (3-5 keer), "vaak" (6-10 keer), en "heel vaak" (meer dan 10 keer in de voorbije 4 weken).

Welke van volgende barrières ervaart u bij het uiten van bezorgdheden?	ja	nee
BAR1 Angst voor negatieve reacties	☐	☐
BAR2 Onzekerheid om de juiste toon te vinden bij het uiten van bezorgdheden	☐	☐
BAR3 Gebrek aan duidelijkheid over de risico's van medicatiezorg	☐	☐
BAR4 Ineffectiviteit (er is geen verschil of ik mijn bezorgdheden uit of niet)	☐	☐
BAR5 Reactie van de persoon die aanleiding geeft tot bezorgdheid is niet voorspelbaar	☐	☐
BAR6 De aanwezigheid van patiënten of naasten	☐	☐

Je bent op je dagelijkse ronde en gaat medicatie klaarzetten bij een patiënt. De huisarts noteerde reeds enkele weken geleden een wijziging van de medicatie op een voorschrift. Deze wijziging werd niet aangebracht op het algemeen medicatieschema.	1	2	3	4	5	6	7
VIG1 Hoe realistisch is deze situatie? (1 = niet, 7 = erg realistisch)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VIG2 Hoe gevaarlijk denk jij dat deze situatie is voor de patiënt, indien niemand reageert? (1 = helemaal niet gevaarlijk, 7 = zeer gevaarlijk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VIG3 Hoe waarschijnlijk is het dat je de collega probeert te wijzen op het vergeten rapporteren van de wijziging (verbaal of non-verbaal)? (1 = zeer onwaarschijnlijk, 7 = zeer waarschijnlijk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VIG4 Zou jij je ongemakkelijk voelen om de collega erop te wijzen het algemeen medicatieschema aan te vullen? (1 = helemaal niet ongemakkelijk, 7 = heel ongemakkelijk)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Speaking Up-Related attitude scales	Sterk oneens				Sterk eens		
Psychologische veiligheid om iets bespreekbaar te maken	1	2	3	4	5	6	7
PSS1 Ik kan op mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) rekenen wanneer ik moeilijkheden ondervind tijdens mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PSS2 Ik kan op de afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) rekenen wanneer ik moeilijkheden ondervind tijdens mijn werk.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PSS3 De cultuur op mijn afdeling maakt het makkelijk om bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PSS4 Mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) reageren gepast wanneer ik mijn bezorgdheden over medicatieveiligheid uit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PSS5 Mijn afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) reageert gepast wanneer ik mijn bezorgdheden over patiëntveiligheid uit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bemoedigende omgeving om iets bespreekbaar te maken	1	2	3	4	5	6	7
EESI1 Op mijn afdeling merk ik dat anderen hun bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EESI2 Ik word aangemoedigd door mijn collega's (zorgkundige of verpleegkundigen) om mijn bezorgdheden omtrent medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EESI3 Ik word aangemoedigd door mijn afdelingsleiding (leidinggevende tijdens een shift) om bezorgdheden over medicatieveiligheid bespreekbaar te maken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

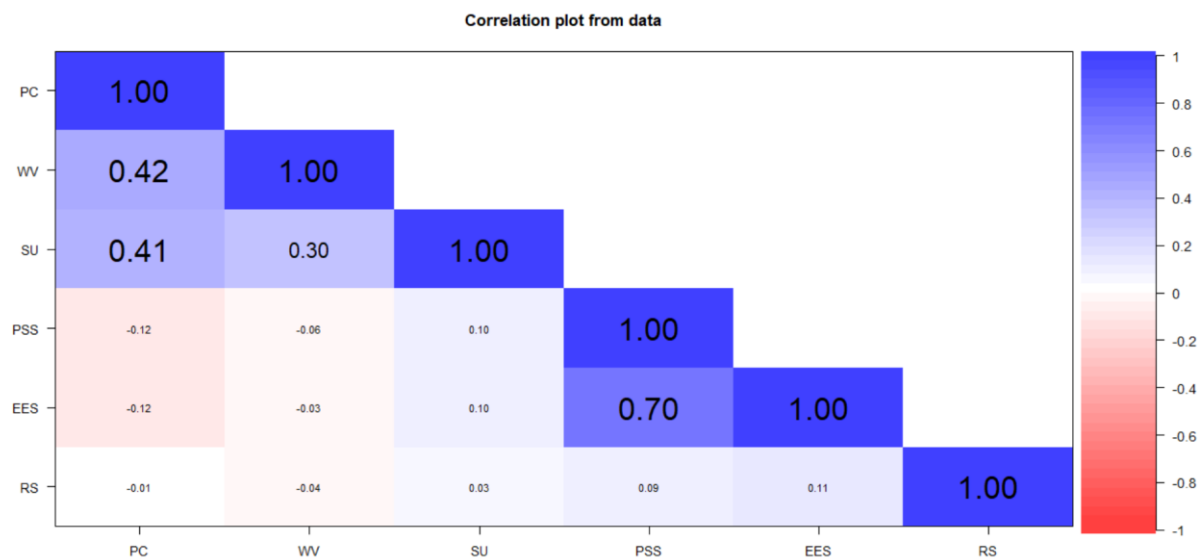
Afstappen van dingen bespreekbaar te maken	1	2	3	4	5	6	7
RES1 Het is frustrerend om medewerkers steeds opnieuw aan dezelfde veiligheidsregels te moeten herinneren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
RES2 Soms geraak ik ontmoedigd omdat er niets veranderd nadat ik mijn bezorgdheden over medicatieveiligheid heb geuit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Heeft u nog bijkomende opmerkingen?

We thank you for your time spent taking this survey.

Your response has been recorded.

Bijlage 2: Correlatiematrix



PC = Waargenomen bezorgdheden

WV = Verzwijgen

SU = Speaking up

PSS = Psychologische veiligheid

EES = Aanmoedigende omgeving

RS = Afstappen van dingen bespreekbaar te maken

Bijlage 3: Structureel vergelijkingsmodel

