

De Beleving van Risico's bij Patiënten

I.A.A. de Bruijn

I123676

Faculteit der Gezondheidswetenschappen

Afstudeerrichting Zorgwetenschappen

Universiteit Maastricht

Facultaire begeleider: Drs. L. Hollands

Tweede begeleider Dr. R. Meertens

Stage-instelling: academisch ziekenhuis

Maastricht

Stage-periode: januari 2005 – oktober 2005

Instellingsbegeleider: Dr. ir. L. Hutten Mansfeld

Oktober 2005

Voorwoord

Deze scriptie is het resultaat van een onderzoek ter afsluiting van de studie Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Zorgwetenschappen, aan de Universiteit Maastricht.

Het onderwerp risicobeleving van patiënten sprak me persoonlijk erg aan en leek me vernieuwend doordat in het verleden nog niet veel veldonderzoek is gedaan op dit gebied. Ook vond ik het interessant om meer te weten te komen over de denkwijzen van mensen. Daarnaast is het een onderwerp waar iedereen wel eens mee te maken heeft of heeft gehad. Bij een behandeling in het ziekenhuis voelt iedereen zich in meer of mindere mate onzeker. Het is daarom van belang om patiënten goede voorlichting te geven en zo veel mogelijk gerust te stellen als blijkt dat ze zich ongemakkelijk voelen. Dit maakte het voor mij een uitdaging om meer te weten te komen over risicobeleving van patiënten in de poliklinische ziekenhuissetting.

De afgelopen maanden waren erg leerzaam, uitdagend en soms wat onzeker. Vooral de kennismaking met meerdere onderzoeksmethoden en het contact met verschillende mensen, zowel binnen als buiten het azM, gaven mij voldoening bij het uitvoeren van mijn onderzoek.

Graag wil ik allereerst Louis Hutten Mansfeld hartelijk bedanken voor zijn tijd, inzet en prettige begeleiding. Door elke week de voortgang te bespreken, kreeg ik nieuwe energie om met goede moed door te werken. Ik heb vooral veel geleerd van zijn kritische blik tijdens het hele onderzoek. Bedankt Louis! Louk Hollands en Ree Meertens wil ik bedanken voor de fijne begeleiding en advies.

Judith Driesen wil ik ook bedanken voor haar begeleiding. Het was een prettig idee om altijd even binnen te mogen lopen of te kunnen bellen. Daarnaast wil ik Jos Hoofs bedanken voor zijn nuttige opmerkingen en suggesties.

Alle mensen die ik tijdens dit onderzoek heb mogen interviewen wil ik hartelijk danken voor hun enthousiaste medewerking. Patiënten en zorgverleners waren allen erg bereid om mee te werken en dat maakte het interviewen leuk om te doen. Ook de patiënten die de polikliniekenquête hebben ingevuld wil ik danken voor hun bijdrage.

VOORWOORD

Ten slotte wil ik mijn ouders en zus bedanken voor de onvoorwaardelijke steun en bemoedigende woorden tijdens mijn afstudeerperiode en de rest van mijn studietijd.

Ilse de Bruijn

Maastricht, oktober 2005

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

Abstract

1.	Inleiding	1
1.1	Aanleiding en Doelstelling	1
1.2	Probleemstelling en Deelvragen	3
1.3	Opbouw van scriptie	3
2.	Theoretisch kader	4
2.1	Inleiding	4
2.2	Objectief en subjectief risico	4
2.3	Risicocommunicatie	5
2.4	Risicocommunicatie en Vertrouwen	6
2.5	Beïnvloedende factoren van Risicobeleving	7
3.	Methode van Onderzoek	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Type onderzoek	11
3.3	Methoden van dataverzameling	11
3.3.1	Inleiding	11
3.3.2	Patiëntenenquête	13
3.3.3	Interviews: Zorgverleners en Patiënten	14
3.3.4	Relatie tussen patiëntenenquête- en interviewvragen	14
3.4	Onderzoekspopulatie	15
3.4.1	Inleiding	15
3.4.2	Patiëntenenquête	15
3.4.3	Interviews: Zorgverleners en Patiënten	15
3.5	Onderzoeksprocedure	16
3.5.1	Inleiding	16
3.5.2	Patiëntenenquête	16
3.5.3	Interviews: Zorgverleners en Patiënten	16
3.6	Validiteit en betrouwbaarheid	17

4.	Resultaten	19
4.1	Patiëntenenquête	19
	4.1.1 Respons	19
	4.1.2 Resultaten	20
4.2	Interviews: Hoofden poliklinieken, Unitleiders en Artsen	24
4.3	Patiënteninterviews	30
5.	Discussie, Conclusies en Aanbevelingen	35
5.1	Discussie	35
	5.1.1 Resultaten in relatie tot de literatuur	35
	5.1.2 Kanttekeningen bij het onderzoek	38
	5.1.3 Kanttekeningen bij de verkregen resultaten	39
5.2	Conclusies	42
	5.2.1 Beïnvloedende factoren van Risicobeleving (Deelvraag 1)	42
	5.2.2 Angst ten gevolge van Zorgfouten en andere oorzaken (Deelvraag 2 en 3a)	43
	5.2.3 Zorgfouten waar zorgverleners zich druk over maken (Deelvraag 3b)	44
5.3	Aanbevelingen	45
	5.3.1 Aanbevelingen voor het zorgbeleid	45
	5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
	LITERATUURLIJST	49
	BIJLAGEN	52
A.1	Enquêtevragen (met toelichting)	52
A.2	Resultaten enquêtevragen	56
B.1	Interviewvragen Zorgverleners (met toelichting)	59
B.2	Interviewmatrix Zorgverleners	61
B.3	Resultaten interviews Zorgverleners in tabelvorm	66
B.4	Lijst geïnterviewde Zorgverleners	68
C.1	Interviewvragen Patiënten (met toelichting)	69
C.2	Patiënten-Interview Matrix	72
C.3	Resultaten patiënteninterviews in tabelvorm	75
C.4	Toelichting op de Patiënten-Interview Matrix (C.2)	78
D	Begrippenlijst	82

Samenvatting

In dit onderzoek is een aanzet gegeven het begrip ‘risicobeleving’ in de zorg vooral vanuit de praktijk nader af te bakenen. Risicobeleving valt binnen het onderwerpgebied patiëntveiligheid en wordt de laatste tijd steeds belangrijker gevonden.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat verschillende factoren de beleving van risico’s beïnvloeden.

Dit betreft in ieder geval:

- a. de vrijwilligheid van en de controle over de gebeurtenis;
- b. de ingeschatte ernst en de schaal van het gevolg;
- c. de bekendheid van de percipiërende persoon met het risico.

Het is van belang dat er een duidelijk en hanteerbaar begrip van “risicoperceptie bij patiënten” komt, dat toegepast kan worden in de zorgpraktijk. Daartoe is in dit onderzoek een enquête gehouden onder patiënten van poliklinieken. Daarnaast vonden interviews plaats met (oud-) leden van patiëntenverenigingen en met zorgverleners.

De hoofdconclusie van dit onderzoek is dat patiënten wel stilstaan bij de gevolgen van mogelijke fouten in de zorg, maar zich veel meer zorgen maken over de consequenties van de zorghandeling zelf en over het verdere verloop van de ziekte.

Uit de interviews met zorgverleners blijkt ook dat zij stilstaan bij fouten in de zorg. Vooral communicatiefouten werden door hen genoemd als mogelijke bron van zorgfouten. Andere risico’s die tijdens de gesprekken naar boven kwamen, zijn het geholpen worden door een jonge assistent of onkundige arts.

Zorgverleners gaven aan zoveel mogelijk fouten te voorkomen en de gevolgen voor patiënten te verkleinen, door gebruik te maken van protocollen en door formele en informele werkoverleggen.

Daarom wordt aanbevolen dat toekomstig beleid zich nog meer richt op betere en vooral effectievere onderlinge communicatie tussen zorgverleners en het elkaar meer wijzen op (bijna) fouten.

Patiënten worden op dit moment al mondeling en/of schriftelijk van informatie voorzien. Uit de interviews met patiënten blijkt dat vooral de mondelinge informatie in de praktijk niet voldoende is. Meer mondelinge informatie en betere individuele aandacht kunnen zorgen voor een geruster gevoel.

ABSTRACT

Introduction:

In this study a first step has been made to clarify the concept of risk perception which supposedly plays an important role within patient safety. By knowing the factors that influence risk perception dominantly, realistic future policy can be implemented for better reassurance of patients.

Methods:

A study of the literature regarding the subject of risk perception has been performed to achieve a theoretical framework. Next, a questionnaire has been held among 2250 patients who visited out-patient clinics at the azM hospital. A set of questions concerning patient safety had been added to a hospital-wide questionnaire that was already underway. Moreover, tens of (ex) members from patient associations and caregivers have been interviewed.

Results:

The majority of the influencing factors from the literature also could be extracted from the field study, namely: knowledge of a risk, trust in institutions, media, the amount of information, the seriousness of a risk, gender and previous emergency admission. Caregivers show a certain awareness of the causes of fear by patients. However, in case they would be patient themselves, they would fear different causes than those mentioned by the patient questioned. Most of them would be anxious for administrative mistakes and insufficiently-coached young professionals.

Discussion:

Patients are most concerned about their illness itself. The fear of possible mistakes fades into the background. Patients, though, are aware of the possibility of mistakes in healthcare. A remarkable difference between the interviewed and questionaired patients is that the majority of questionaired patients mentioned to have not been anxious at all regarding mistakes made by the caregivers.

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding en doelstelling

Het onderwerp patiëntveiligheid wordt tegenwoordig steeds algemener als een speerpunt gezien binnen de gezondheidszorg. De media en de politiek besteden in nog steeds toenemende mate aandacht aan dit onderwerp (zie bijvoorbeeld het rapport van Shell Nederland: “Hier werk je veilig, of je werkt hier niet”, Willems, 2004).

Dat patiëntveiligheid een belangrijk onderwerp is, kan ondermeer geconcludeerd worden uit Amerikaans onderzoek. In 2000 kregen daar tussen de 950.000 en 1,25 miljoen opgenomen patiënten in ziekenhuizen te maken met een ongewenste gebeurtenis ten gevolge van zorgfouten. Hiervan overlijden tussen de 44000 en 98000 patiënten (Donaldson, 2003). Daarnaast is de patiënt de laatste jaren steeds mondiger geworden. Hij wil over de nodige informatie beschikken om goede beslissingen te kunnen nemen (Lion, Meertens & Bot, 2002).

Risicobeleving speelt een rol bij patiëntveiligheid. Door patiënten waargenomen risico's in de zorgverlening bezorgen hen, in meerdere of mindere mate, een onveilig gevoel. Indien patiënten van voldoende informatie worden voorzien, valt te verwachten dat zij patiëntrisico's realistischer kunnen gaan inschatten en zich mogelijk veiliger gaan voelen (Natter & Berry, 2005). Hierbij moet wel bedacht worden dat meer informatie bij patiënten ook tot meer ongerustheid kan leiden.

De huidige zorgpraktijk heeft te weinig inzicht in de risicobeleving van patiënten en welke factoren hierbij een rol spelen. Dit maakt het moeilijk om binnen ziekenhuizen een communicatiebeleid te formuleren dat onterechte angsten bij patiënten zo veel mogelijk wegneemt. Dit vormt de maatschappelijke aanleiding voor dit onderzoek.

Daarnaast is getracht vast te stellen wat door middel van het huidige beleid binnen het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) aan angstreductie gedaan wordt en wat daaraan verbeterd kan worden.

Wanneer fouten plaatsvinden is de meest voor de hand liggende reactie om een individu de schuld te geven: “the bad apple”. Dit is echter een onjuiste werkwijze. In de meerderheid van

de gevallen liggen meerdere factoren (vooral ook organisatorische) aan een zorgfout ten grondslag. Om de patiëntveiligheid te vergroten, dient een systeem te worden ontworpen waarin de condities ervoor zorgen dat fouten zoveel mogelijk voorkomen worden (Simpson, 2004).

Om medische fouten zoveel mogelijk te voorkomen, is het belangrijk dat er veiligheidsdoelen gesteld worden, evaluatiemethoden worden ontwikkeld voor het identificeren en voorkomen van zorgfouten, onderzoek gedaan wordt en informatie effectief wordt uitgewisseld.

Daarnaast moet een cultuur ontwikkeld worden waarin men elkaar vertrouwt en het aangemoedigd, in plaats van bestraft wordt, om fouten te melden. Door te weten wat er fout is gegaan, kunnen dezelfde situaties in de toekomst worden voorkomen (Simpson, 2004).

Het oorspronkelijke onderzoeksdoel was na te gaan wat over de risicobeleving van ziekenhuispatiënten, als gevolg van de angst voor de gevolgen van mogelijke *fouten* in de geboden zorg, bekend is. Uit dit onderzoek blijkt echter dat ernstig zieke patiënten vrijwel uitsluitend bezig zijn met angst voor de zorgbehandeling zelf en de negatieve effecten die het gevolg zijn van de ziekte.

Samenvattend zijn de doelen van dit onderzoek:

1. Achterhalen over welke risico's patiënten en zorgverleners zich zorgen maken;
2. Achterhalen welke concrete beleidsaanbevelingen te maken zijn die de kans op zorgfouten en de angst van patiënten kan reduceren.

Naast literatuuronderzoek en ordening daarvan, zijn ook praktijkmetingen uitgevoerd.

Het onderzoek vond plaats in het azM, vanuit het Stafdirectoraat Patiëntenzorg (SDP).

1.2 Probleemstelling en Deelvragen

Voorgaande doelstellingen hebben geleid tot de volgende probleemstelling:

“Hoe wordt risico door patiënten beleefd en welke risico’s (onder andere ten gevolge van zorgfouten) ervaren patiënten en zorgverleners?”

Deze probleemstelling roept de volgende deelvragen op:

1. Welke factoren spelen een rol bij risicobeleving?
2. Over welke problemen maken patiënten zich de meeste zorgen?
3. Over welke *zorgfouten* maken:
 - a. Patiënten zich het meest ongerust?
 - b. Zorgverleners zich het meest ongerust?
4. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor het zorgbeleid met betrekking tot angstreductie van patiënten en tot voorkoming van zorgfouten?

1.3 Opbouw Scriptie

In hoofdstuk 2 wordt de theorie in relatie tot risicoperceptie beknopt weergegeven. In hoofdstuk 3 worden de methoden van dit onderzoek besproken. Hierin wordt een onderbouwing gegeven van de gebruikte methoden en uiteengezet welke groepen respondenten zijn benaderd. De resultaten van het onderzoek komen in hoofdstuk 4 aan bod. In hoofdstuk 5 volgt de discussie. Deze beschouwing mondt uit in kanttekeningen, conclusies en aanbevelingen.

2. THEORETISCH KADER

2.1 Inleiding

Allereerst wordt de discussie over het onderscheid tussen objectieve en subjectieve risico's in de sociale wetenschappen kort uiteengezet. Vervolgens komt risicocommunicatie aan de orde. Goede communicatie blijkt van groot belang te zijn bij de angstreductie. De daaropvolgende paragraaf besteedt aandacht aan de samenhang tussen risicocommunicatie en vertrouwen. Als laatste worden de factoren besproken die uit de literatuur naar voren komen als belangrijkste bij de beleving van risico's.

2.2 Objectief en subjectief risico

In de literatuur wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve risico's. Objectieve risico's worden dan gezien als 'echte' risico's zoals die bepaald worden door experts. Experts zijn mensen die onderzoek doen naar de statistische kans op bepaalde risico's. Zij kijken vooral naar waarschijnlijkheden, terwijl het publiek vooral is geïnteresseerd in consequenties van risico's.

Het publiek neemt de realiteit ook anders waar dan experts. Het publiek, dat doorgaans als leek kan worden beschouwd, kijkt onder andere naar de controleerbaarheid van, bekendheid met en vrijwilligheid van het risico. Mensen vinden risico's minder erg als ze zelf de touwtjes in handen hebben (controleerbaarheid), al eerder aan het risico bloot hebben gestaan (bekendheid) of als ze zelf ervoor gekozen hebben om het risico te lopen, bijvoorbeeld door in een auto te rijden (vrijwilligheid). Experts kijken daarentegen naar algemene cijfers die voor de gehele bevolking gelden (Gutteling & Kuttschreuter, 2002).

Sociale wetenschappers zijn het niet eens met het begrip 'echt' of 'objectief' risico. Zij zijn vaak van mening dat risico altijd subjectief is omdat het een sociaal construct is. Het heeft daardoor voor verschillende mensen een verschillende betekenis. Het kan dan niet gemeten worden onafhankelijk van wat we denken en van welke cultuur we deel uitmaken (Finucane & Holup, 2005). Mensen hebben het concept risico bedacht om te kunnen omgaan met de

gevaren en onzekerheden van het leven. Alhoewel deze gevaren echt zijn, bestaat er niet zoiets als een ‘echt’ of ‘objectief’ risico. Risico’s hangen onlosmakelijk samen met oordelen en deze maken een risico altijd subjectief (Slovic, 1999).

2.3 Risicocommunicatie

De genoemde verschillen maken een eenduidige definitie van risico en een goede communicatie tussen experts en leken moeilijk. Leken beoordelen de informatie die ze krijgen van experts als complex, irrelevant en saai (Gutting & Kutttschreuter, 2002).

Bij risicocommunicatie gaat het over het uitwisselen van informatie en meningen tussen individuen (waaronder patiënten), groepen en organisaties betreffende gezondheids- of omgevingszaken (Trettin & Musham, 2000).

De laatste tijd is risicocommunicatie steeds belangrijker geworden ook doordat technologieën en systemen steeds complexer worden. Mensen (patiënten) bezitten zelf te weinig kennis om risico’s goed in te schatten en moeten daarom vertrouwen op anderen om de nodige informatie te verkrijgen.

De ingeschatte ernst van het risico is hierbij van invloed. Hoe groter het risico, hoe meer informatie men wil en hoe meer men daardoor moet vertrouwen op anderen.

Risicocommunicatie is daarom van het grootste belang. Door open en transparant te zijn, kan het vertrouwen van het publiek gewonnen worden en de perceptie van de grootte van het risico worden verlaagd (Viklund, 2003).

Het is moeilijk om de juiste hoeveelheid informatie te verstrekken. Bij te weinig informatie valt geen weloverwogen keuze te maken en een teveel aan informatie kan zorgen voor verwarring. Ook wil niet iedereen informatie krijgen om zo niet geconfronteerd te worden met de perceptie van aanwezige risico’s en zodoende zichzelf te beschermen en een optimistische kijk te behouden (Lion, Meertens & Bot, 2002).

Soms wordt bepaalde risico-informatie onderdrukt om, bijvoorbeeld, paniek te vermijden. Bij één geval van tuberculose kan ervoor gekozen worden dit niet bekend te maken als men inschat dat verdere verspreiding in de hand gehouden kan worden. Het vertrouwen van het publiek komt echter onder druk te staan als later bekend wordt dat deze informatie onterecht is achtergehouden. Algemene paniek moet vermeden worden, maar mensen moeten wel voldoende informatie krijgen om een goede keuze te kunnen maken.

Een tweede punt dat risicocommunicatie lastig maakt, is het feit dat mensen vaak vasthouden aan eigen overtuigingen. Het geven van meer objectieve informatie helpt dan niet om mensen een juist beeld te geven. Nieuw bewijs wordt pas betrouwbaar en informatief gevonden als het overeenkomt met iemand zijn overtuigingen. Bewijs dat de andere kant op wijst, wordt veelal gezien als onbetrouwbaar (Slovic, 2000).

Om goede risicocommunicatie te bewerkstelligen moet het gehanteerd worden als een interactief proces. De ontvangers zijn niet enkel passief (Smith & McCloskey, 1998). Actieve informatieoverdracht zorgt voor een beter begrip. Uit onderzoek is gebleken dat het in de gezondheidszorg verstandig is als de arts tijdens de uitleg vragen stelt aan de patiënt. Mensen worden zo gedwongen om actief te luisteren. Informatie wordt dan beter opgenomen en gedrag wordt eerder aangepast (Natter & Berry, 2005).

De boodschap moet verder compleet zijn. Als zaken weggelaten worden, gaan mensen deze zelf aanvullen met eigen informatie. Individuele, sociale, culturele en psychologische waarden spelen daarbij hun rol en kunnen in conflict zijn met de uitgangspunten van experts.

Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat het publiek niet homogeen is. Iedereen interpreteert informatie op een andere manier. Mensen hebben allemaal verschillende waarden, overtuigingen en attitudes ten opzichte van zaken en mensen (Tanaka, 1998). Het is daarom belangrijk om informatie te geven die voor iedereen begrijpelijk is.

Vergelijkingen zorgen voor een beter begrip bij het presenteren van de informatie. Het enkel weergeven van feiten is meestal onvoldoende. Door onbekende risico's met bekende te vergelijken, krijgen mensen een beter idee van het risico dat ze zelf lopen (Baron, 2004; Reid, 1999; Slovic, 2000). Hier moet echter mee opgepast worden. Het kan de indruk wekken dat het risico wordt gebagatelliseerd.

2.4 Risicocommunicatie en Vertrouwen

Goede risico-informatie en goed risicomanagement zijn sleutelfactoren in het ontwikkelen en het behouden van publiek vertrouwen (Smith & McCloskey, 1998).

Dit blijkt belangrijk te zijn onder omstandigheden waar mensen het gevoel hebben dat ze zelf geen controle hebben over de risico's die ze lopen. Openheid en transparantie zijn dan essentieel. Dit betekent dat ook onzekerheid over kennis van risico's kenbaar gemaakt moet worden door de informerende instanties. Vroeger werd dit niet gedaan omdat gedacht werd

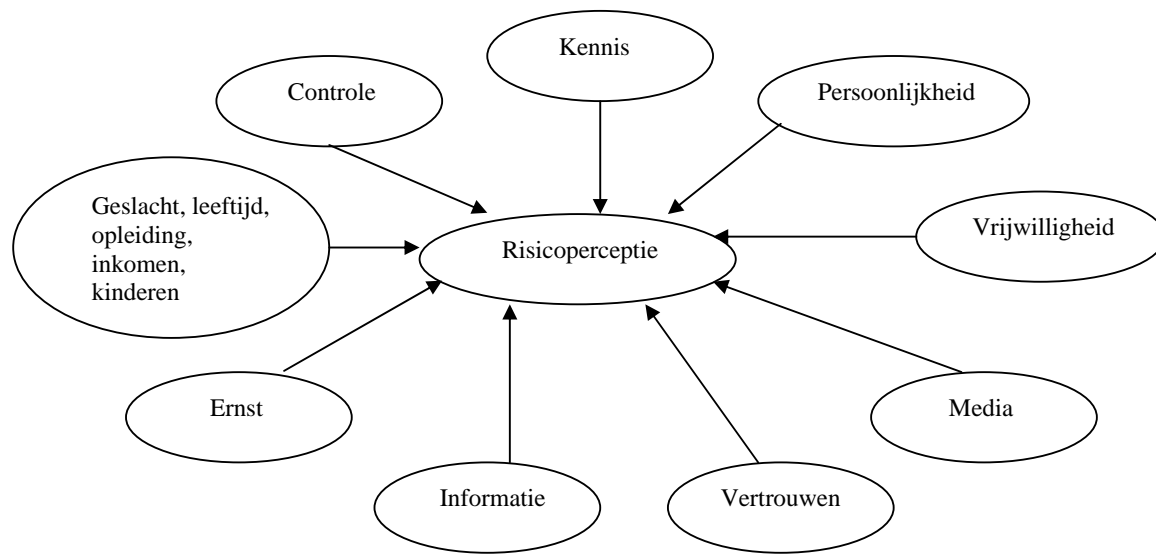
dat het publiek deze informatie niet juist zou interpreteren. Ook was men bang voor paniek en verwarring onder de bevolking. Het zou een negatief effect hebben op de risicoperceptie. Het publiek wordt zo echter onderschat. Door onzekerheid niet te bespreken, daalt juist het vertrouwen in openbare instanties. De geloofwaardigheid, en daardoor ook het vertrouwen van de communicerende persoon of instantie, zal door openheid stijgen (Frewer, 2004; Lloyd, 2001).

Risicocommunicatie waarbij mensen worden geïnformeerd over potentiële risico's wordt meer vertrouwd dan communicatie waarbij de boodschap is dat men zich geen zorgen hoeft te maken (White, Pahl, Buehner & Haye, 2003). Hier zijn drie redenen voor te geven. Allereerst heeft negatief nieuws een grotere diagnostische waarde. Het zegt meer. Ten tweede willen mensen trachten om zoveel mogelijk verlies (bijvoorbeeld ongelukken) te vermijden. Als laatste zien mensen negatieve informatie over het algemeen als geloofwaardiger, omdat deze minder wordt gezien om te overtuigen of te beïnvloeden (Siegrist & Cvetkovich, 2001).

2.5 Beïnvloedende factoren van Risicobeleving

Samenvattend kan gesteld worden dat de volgende factoren bij risicobeleving een belangrijke rol spelen. Zie ook figuur 2.1. De waarden van deze factoren worden echter beïnvloed door sociale en culturele achtergronden en de levensstijl die men erop nahoudt (Renn, 2004):

1. Kennis van een risico;
2. Persoonlijkheid;
3. Vrijwilligheid;
4. Media;
5. Vertrouwen;
6. Hoeveelheid verstrekte informatie;
7. Ernst;
8. Geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, aantal kinderen;
9. Controle;

Figuur 2.1 Beïnvloedende factoren van risicoperceptie**Toelichting:**

1. Hoe meer men op een positieve manier bekend is met een risico, hoe lager men deze inschat. Mensen die bijvoorbeeld al jaren autorijden en nog nooit een ongeluk hebben gehad, denken waarschijnlijk positiever over dit risico dan mensen die kort na hun rijexamen een ongeluk krijgen (Gregory, Slovic & Flynn, 1996). Een ervaring met een negatieve uitkomst veroorzaakt een grotere bezorgdheid over risicovolle activiteiten (Barnett & Breakwell, 2001; Rudmo, 1996).
2. Individuele waarden en overtuigingen bepalen de omgang met risico's. Sommige mensen maken zich snel zorgen terwijl anderen onverschillig zijn. Daarnaast kunnen mensen risicozoekend of -mijdend zijn. Risicozoekende mensen schatten risico's lager in dan risicomijdende mensen (Sjöberg, 2000). Van nature angstige mensen schatten risico's pessimistischer in dan mensen die minder of niet angstig zijn (Lerner, 2001).
3. Een vrijwillig risico is een risico waar mensen zelf voor kiezen, bijvoorbeeld een berg beklimmen of diepzee duiken. Vrijwilligheid hangt nauw samen met andere risicokarakteristieken, zoals verminderde controle, catastrofe en ongelijkwaardigheid met betrekking tot de gevolgen. Een vrijwillig aangegaan risico zal in veel gevallen een risico zijn waar controle op uitgeoefend kan worden, waar de kans op catastrofe klein is en waar de gevolgen gelijk verdeeld zijn. Mensen zien van vrijwillige risico's blijkbaar het nut van de activiteit goed in (Barnett & Breakwell, 2001). Vrijwillige risico's zijn daarom beter te accepteren dan onvrijwillige. De maatschappij vindt dan ook dat mensen hiertegen niet of minder beschermd moeten worden (Cross, 1998).

- Nucleaire macht en terrorisme zijn bijvoorbeeld onvrijwillige risico's die een grote catastrofe tot gevolg kunnen hebben. Al deze relaties suggereren dat de aversie tegen onvrijwillige risico's te wijten is aan karakteristieken die samenhangen met vrijwilligheid (Slovic, 2000).
4. De media zorgen ervoor dat ongewone gebeurtenissen veel aandacht krijgen. De nadruk wordt veelal gelegd op gebeurtenissen met een lage waarschijnlijkheid (Cross, 1998). Voor velen blijven de media de belangrijkste bron van informatie (Smith & McCloskey, 1998).
 5. Als men geen vertrouwen heeft, heeft het geven van informatie geen zin (Slovic, 1999). Vertrouwen is dus een voorwaarde voor risicocommunicatie. Als men vertrouwen heeft in instanties, maakt men zich minder ongerust.
 6. Informatie zorgt voor een beter begrip, en daardoor ook voor een betere inschatting van risico's. De 'geprinte media' worden gezien als de belangrijkste bron van informatie. Televisie en radio komen op de tweede plaats (Dosman, Adamowicz & Hrudey, 2001).
 7. Met ernst wordt de grootte van het risico en de eventuele schadelijke gevolgen daarvan bedoeld (Trumbo & McComas, 2003). Hoe meer mensen er bij een ramp betrokken zijn, hoe hoger de risicoperceptie (Cross, 1998). De grootte van het gevolg weegt voor mensen in het algemeen zwaarder dan de waarschijnlijkheid van het risico (Gregory, Slovic & Flynn, 1996). Het gaat dus meer om de gebeurtenis zelf. Als de gebeurtenis zich op elk moment kan voordoen, zorgt dit voor gevoelens van bedreiging en machteloosheid (Renn, 2004).
 8. Ook geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en het aantal kinderen beïnvloeden iemands perceptie van risico's. Vrouwen schatten veel gezondheidsrisico's hoger in dan mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat alleen vrouwen kinderen ter wereld kunnen brengen en vaak zorgen voor de opvoeding (Slovic, 1999). Verder blijkt dat hoe meer kinderen iemand heeft, hoe hoger iemand bepaalde risico's inschat. Ze denken dan dat de kans op risico's groter is. Ouderen percipiëren veel risico's hoger dan jongeren. Jongeren zijn vaak bekender met bepaalde risico's of worden aan meer risico's blootgesteld en schatten deze daardoor lager in (Dosman, Adamowicz & Hrudey, 2001). Door een hogere opleiding weten mensen beter hoe ze met risico's om moeten gaan. Dat geeft meer controle en zorgt voor een lagere perceptie.

Een hoger inkomen kan in bepaalde gevallen zorgen voor een lagere perceptie van risico's. Eén van de verklaringen hierbij is dat sommige mensen denken zich met behulp van geld beter tegen risico's te kunnen beschermen (Dosman, Adamowicz & Hrudey, 2001).

9. Als mensen denken zelf meer controle over een bepaalde situatie te hebben, schatten ze het risico lager in. Het risico van een ongeluk tijdens een autorit wordt bijvoorbeeld lager ingeschat dan een vlucht met een vliegtuig (Cross, 1998; Bouyer, Bagdassarian, Chaabanne & Mullet, 2001).

3. METHODE VAN ONDERZOEK

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet: het gekozen type onderzoek, welke methoden gebruikt zijn, welke populaties onderzocht zijn, welke procedure gevolgd is en de manier waarop omgegaan is met validiteit en betrouwbaarheid.

3.2 Type Onderzoek

Dit praktijkgericht onderzoek heeft een beschrijvend, verklarend én een explorerend karakter. Uitgaande van een beschouwing van het huidige aanbod aan modellen in de vakliteratuur, werd een keuze gemaakt uit factoren die in dit praktijkonderzoek getoetst zouden moeten en kunnen worden. Praktische toepasbaarheid was mede van invloed op deze keuze. Hierdoor heeft het onderzoek een enigszins explorerend karakter.

Door middel van literatuuronderzoek, een patiëntenenquête en interviews met zorgverleners en patiënten is onderzocht en beschreven wat het begrip risicobeleving inhoudt.

Het is verklarend doordat de factoren die de risicoperceptie lijken te bepalen, beargumenteerd, beschreven en in de praktijk getoetst zijn.

3.3 Methoden van Dataverzameling

3.3.1 Inleiding

In het praktijkgedeelte van dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Binnen de onderzoekssetting is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, een enquête en interviews.

Allereerst heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden (zie hoofdstuk 2) om het concept risicobeleving te verhelderen en duidelijk te krijgen.

Op basis van de theorie zijn vragen opgesteld voor de patiëntenenquête die zijn meegegeven aan patiënten van de poliklinieken.

Vervolgens zijn de interviewvragen gemaakt.

In tabel 3.1 wordt aangeven welke factoren door middel van welke methode in het gehele onderzoek zijn onderzocht. De getallen achter de items correleren met de besproken factoren uit hoofdstuk 2.

(+ = wel onderzocht, - = niet onderzocht, -/+ = deels onderzocht)

Tabel 3.1 Onderzochte items met bijbehorende methode(n)

Onderzocht item	Door middel van de patiënten-enquête	Door middel van de zorgverleners-interviews	Door middel van de patiënten-interviews
1. Risico's die patiënten zien	-	-	+
2. Onrustgevoelens patiënten (rol van kennis hierbij) (1)	+	-	+
3. Het vertrouwen van patiënten in de zorgverlening (5)	-	-	+
4. Wat maakt patiënten angstiger: grote gevolgen of grote kansen? (7)	+	-	+
5. Vergelijking risico's met andere personen	-	-	+
6. Informatievoorziening (4,6)	+	-	+
7. Ervaren sociale steun	-	-	+
8. Geslacht, leeftijd en opleiding (8)	+	-	-/+
9. Maatregelen op de poliklinieken om fouten te voorkomen	-	+	-
10. Toetsing van de door patiënt ervaren angst	-	+	+
11. Oorzaken angst van patiënten	+	+	+
12. Geruststellen patiënten	-	+	-
13. Mogelijkheden om mensen meer gerust te stellen	-	+	+
14. Risico's als patiënt zijnde en mogelijke oorzaken	-	+	+
15. Inzicht van zorgverleners in risicovolle handelingen	-	+	-
16. Huidige maatregelen om risico's terug te dringen	-	+	-
17. Mogelijke verbeteringen met betrekking tot de terugdringing van risico's	-	+	-

3.3.2 Patiëntenenquête

Binnen het azM werd op verschillende poliklinieken een patiënttevredenheidsenquête gehouden. Deze enquête was al vóór dit onderzoek gepland, maar bevatte geen specifieke vragen over risicobeleving. Mede op basis van de besproken theorie zijn vragen over veiligheidsbeleving ontwikkeld en aan deze enquête toegevoegd. Hiertoe is samengewerkt met een senior beleidsmedewerker patiëntencommunicatie en een KRAM coördinator Bze IV (KRAM: kwaliteit, risico, arbeidsomstandigheden en milieu, Bze: Behandelen en Zorgzaamheid). De volledige set vragen met bijbehorende uitleg zijn in bijlage A.1 weergegeven.

Tabel 3.2 Veiligheidsvragen in de patiëntenenquête (zonder antwoordcategorieën)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Heeft u zich op een of andere manier ongerust gevoeld bij één of meer van de volgende zaken? Zo ja, geef aan bij welk onderdeel het meest. 2. Wanneer precies voelde u zich het meest ongerust bij het gesprek, lichamelijk onderzoek of behandeling? 3. Hoe erg ongerust voelde u zich? 4. Hoe ontstond uw ongerustheid? 5. Als het idee dat er iets fout kon gaan in de zorg de hoofdoorzaak was van uw ongerustheid, waar ligt dat dan aan? 6. Voelde u zich tijdens deze afspraak veiliger dan alle vorige keren? 7. Welke informatiebronnen zijn voor u het belangrijkste als het gaat om uw gevoel van veiligheid op de polikliniek? 8. Wat vindt u in het algemeen beangstigender: grote gezondheidsgevolgen, met een kleine kans of kleine gezondheidsgevolgen, met een grote kans? 9. Bent u ooit met spoed opgenomen geweest? 10. Andere zaken die uw veiligheidsbeleving aangaan, maar onvoldoende aan de orde zijn gekomen:.....
--

Door middel van deze vragen is geprobeerd te achterhalen of mensen wel of niet ongerust waren geweest tijdens een bezoek aan de polikliniek (gesprek, lichamelijk onderzoek of behandeling). Mensen die ongerust waren geweest, werd vervolgens gevraagd op welke momenten dat het geval was, waardoor de onrust ontstond, of fouten hier eventueel een rol bij speelden, en zo ja, in welke mate. Op deze manier werd een beeld verkregen van de angstgevoelens van mensen. Hiermee kan in de toekomst mogelijk rekening worden gehouden bij het geruststellen van patiënten.

Uit de literatuur blijkt dat ervaring zorgt voor een veiliger gevoel. Door hierover een vraag op te nemen kon nagegaan worden of dit ook geldt voor de onderzochte populatie. Uit de

literatuur blijkt ook dat mensen zich meer ongerust maken over grote gevolgen met een kleine kans dan over kleine gevolgen met een grote kans. De betreffende vragen zijn bedoeld als toetsing van deze stelling.

Door te vragen naar de belangrijkste informatiebronnen weet men waar patiënten de meeste gegevens vandaan halen. Op deze manier wordt duidelijk waar de risicocommunicatie zich in de toekomst het beste op kan richten om zo effectief mogelijk te zijn.

Door patiënten te vragen of ze ooit met spoed zijn opgenomen, kan gekeken worden of een verband gelegd kan worden tussen ervaren angst en een eventuele spoedopname.

3.3.3 Interviews: Zorgverleners en Patiënten

Er zijn interviews afgenomen met zorgverleners enerzijds en (ex) patiënten anderzijds..

Aan tien hoofden van poliklinieken, vier unitleiders en twee artsen werden vragen gesteld betreffende de onderwerpen negen tot en met zeventien uit tabel 3.1.

Aan tien (ex) patiënten werd gevraagd wat zij zien als grootste veiligheidsrisico's in ziekenhuizen. De gestelde vragen hadden dezelfde basis als de polikliniekenquête, maar nu kon dieper op het onderwerp worden ingegaan.

3.3.4 Relatie tussen patiëntenenquête- en interviewvragen

In de patiëntenenquête worden minder en eenvoudiger vragen gesteld dan in de patiënteninterviews. Tijdens de interviews met patiënten was het mogelijk mensen beter in te lichten over wat onderzocht werd en wat bedoeld werd met bepaalde vragen. In de interviews met patiënten wordt bijvoorbeeld (in tegenstelling tot in de enquête) gevraagd naar risico's die zij in het algemeen zien, het vertrouwen dat ze hebben in de zorgverlening en naar initiatieven vanuit de zorgverlening om mensen gerust te stellen.

De vragen hebben overigens dezelfde basis en komen in hoge mate overeen. De enquête kan gezien worden als een soort toetsing van de antwoorden die verkregen zijn met de interviews. Bij de enquête zijn aanzienlijk meer mensen ondervraagd.

De interviews met zorgverleners hebben plaatsgevonden om te onderzoeken of zij op de hoogte zijn van (de oorzaken van) angst bij patiënten. Ook werd hen gevraagd wat zij als risico zouden zien als zij zelf patiënt zouden zijn. Komt dit overeen met wat patiënten zeggen? Op deze manier kan onderzocht worden of het werken in een ziekenhuis zorgt voor een andere kijk op risico's, waaronder zorgfouten. Zorgverleners werd ook gevraagd naar wat

er nu gedaan wordt om mensen gerust te stellen en wat daaraan eventueel verbeterd kan worden. Door middel van deze vraag kan gekeken worden of de geïnterviewde patiënten deze geruststelling in de praktijk ook zo ervaren.

Daarnaast is zorgverleners gevraagd wat er volgens hen verbeterd kan worden om risico's in de toekomst nog meer te voorkomen.

3.4 Onderzoekspopulatie

3.4.1 Inleiding

Voor de in dit onderzoek gehanteerde methoden zijn verschillende populaties benaderd.

Op deze manier werd getracht een breed beeld te krijgen van risicoperceptie.

3.4.2 Patiëntenenquête

Patiënten die op de polikliniek een onderzoek of behandeling hadden ondergaan, werd een enquête meegegeven (2250 potentiële enquêterespondenten). Hen is gevraagd naar hun gevoel van veiligheid tijdens behandeling of onderzoek in het ziekenhuis omdat zij ervaring hebben met zorgonderzoeken en/of -behandelingen.

3.4.3 Interviews: Zorgverleners en Patiënten

Tien (oud-) leden van patiëntenverenigingen zijn benaderd voor de afname van een interview. Het betreft patiënten met een ernstige aandoening. In drie gevallen was ook de partner bij het interview aanwezig.

Verondersteld werd dat deze patiënten meer dan de gemiddelde patiënt bezig zijn met de risico's van zorghandelingen tijdens een ziekenhuisbezoek. Verenigingen kijken waarschijnlijk ook verder dan de specifieke individuele verrichtingen. Daarnaast zouden nietsvermoedende patiënten onnodig angstig kunnen worden gemaakt door hen vragen over ziekenhuisrisico's te stellen. Er wordt immers gevraagd naar zaken waar ze mogelijk nog weinig of nooit bij hebben stilgestaan. Om deze twee redenen is gekozen voor (oud-) leden van patiëntenverenigingen.

De andere interviews werden gehouden met tien hoofden van poliklinieken, vier unitleiders en twee artsen. Door van verschillende poliklinieken het hoofd en/of de unitleider te interviewen, werd een algemeen beeld verkregen van de poliklinische zorg in het azM.

Door het beperkte aantal mensen kon gebruik worden gemaakt van interviews.

3.5 Onderzoeksprocedure

3.5.1 Inleiding

De gehanteerde werkwijze wordt per onderzoeksmethode besproken.

3.5.2 Patiëntenenquête

De algehele enquête werd vooraf door een senior beleidsmedewerker patiëntencommunicatie en de KRAM coordinator Bze IV op de verschillende poliklinieken geïntroduceerd. Hoofden van poliklinieken/unitleiders konden op dat moment nog op- of aanmerkingen plaatsen, zodat deze nog in de enquête meegenomen konden worden. Bovendien is ook gecheckt of de methode van uitgifte (namelijk meegeven door de arts op de polikliniek na het bezoek) zou kunnen werken. De vragen zijn ook nog vooraf bij enkele patiënten getoetst.

Onduidelijkheden konden op deze manier voor uitgifte van de enquête weggenomen worden.

De resultaten zijn geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS 12.0.1.

De analyse van de gehele enquête was door het azM uitbesteed aan de Universiteit van Maastricht. De Universiteit heeft de gegevens in SPSS ingevoerd, waarna de gegevens die belang hebben voor het risico gerelateerde deel van dit onderzoek door middel van een databestand en een bijbehorend codeboek aan de onderzoeker zijn gegeven.

Met behulp van SPSS is allereerst door middel van beschrijvende statistiek gekeken wat de kenmerken zijn van de patiënten die de vragenlijst teruggestuurd hebben. Vervolgens zijn per vraag de frequenties berekend van de gegeven antwoorden. Daarnaast is gekeken of er samenhang bestaat tussen de kenmerken van de patiënten (geslacht, leeftijd, opleiding en eventuele spoedopname) en de aanwezigheid en mate van angst. Voor de variabelen geslacht, opleiding en spoedopname werd gebruik gemaakt van kruistabellen. Voor de variabele leeftijd werd de Independent-samples-T-test gebruikt.

3.5.3 Interviews: Zorgverleners en Patiënten

In de periode van 20 juni tot 12 juli 2005 zijn interviews gehouden met vijf hartpatiënten en vijf kankerpatiënten. Ze werden benaderd via de vereniging waar ze lid van waren (geweest).

Gekozen werd voor de verenigingen met wat grotere ledenaantallen en waarvan de leden bovendien ingrijpende behandelingen hadden ondergaan. Door deze ingrijpende behandelingen hebben zij waarschijnlijk meer stil gestaan bij mogelijke zorgfouten. De verdeling tussen mannen en vrouwen is ongeveer gelijk gehouden. Wat de leeftijd betreft lag dat iets moeilijker. Kanker- en hartpatiënten zijn in de meeste gevallen mensen van middelbare leeftijd en ouder.

Patiënten werd aan de telefoon verteld wat het doel was van het onderzoek en dat het van groot belang was dat de visie van patiënten bekend zou worden. De tien patiënten die benaderd zijn, hebben allemaal toegezegd. Hierna werd een afspraak bij de mensen thuis gemaakt.

Aan het begin van het interview werd nogmaals verteld wat het doel ervan was en wat er van hen verwacht werd. Nadat patiënten toestemming gaven voor geluidsopname van het gesprek, werd het interview afgenomen.

In de periode van 10 mei tot 21 juni 2005 zijn veertien interviews gehouden met tien hoofden van poliklinieken, vier unitleiders en twee artsen. Tijdens twee interviews waren het hoofd en de unitleider van de betreffende polikliniek aanwezig. Bij de meeste hoofden van poliklinieken en/of unitleiders bleek het mogelijk te zijn om het interview direct aansluitend op de introductie van de enquête af te nemen. Vaak zijn de hoofden of unitleiders verpleegkundigen die vroeger in de directe patiëntenzorg hebben gewerkt. De twee artsen zijn geïnterviewd omdat de hoofden/unitleiders van de betreffende poliklinieken aangaven niet volledig op de hoogte te zijn van wat er besproken wordt tussen arts en patiënt. De zorgverleners werd voorafgaand aan het interview uitgelegd wat het doel was en wat er van hen werd verwacht. Na toestemming voor geluidsopname, konden de vragen gesteld worden.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Een meting is valide als men meet wat men wil meten (Hollands, Hendriks, Ariëns & Verheggen, 2002). Het is daarom erg belangrijk dat de juiste vragen gesteld worden en dat mensen de vragen eerlijk beantwoorden.

Om de validiteit zo goed mogelijk te waarborgen is respondenten van de enquête en van de interviews verteld dat goede of foute waardeoordelen niet bestaan. Bovendien is hen gegarandeerd dat de gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden.

Toch valt, zeker bij interviews, volledige anonimiteit moeilijk te garanderen doordat mensen aan de interviewer hun persoonlijke verhaal vertellen.

Een meting is betrouwbaar als deze bij herhaling telkens dezelfde nauwkeurige uitslag geeft. Hierbij is een belangrijke voorwaarde dat mensen de vragen goed begrijpen.

De enquêtevragen zijn daarom zo eenvoudig en begrijpelijk mogelijk geformuleerd. Om de reproduceerbaarheid verder te verhogen zijn de vragen “gesloten” gehouden.

Bovendien zijn vooraf de vragen getest, waardoor een aantal onduidelijkheden konden worden weggenomen. Tijdens de interviews konden respondenten vragen stellen als ze een vraag niet geheel begrepen.

Door gebruik te maken van meerdere onderzoeksmethoden: literatuuronderzoek, patiëntenenquête en interviews, oftewel methodetriangulatie, is de betrouwbaarheid eveneens verhoogd (Maso & Smaling, 1998).

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Eerst worden de uitkomsten van de enquête gepresenteerd en daarna de resultaten van de interviews.

4.1 Patiëntenenquête

Allereerst komen de kenmerken van de respons van de patiënten die de enquête hebben teruggestuurd aan bod en daarna de resultaten van de patiëntenenquête. De resultaten zijn uitvoeriger in bijlage A.2 weergegeven.

4.1.1 Respons

De enquête is op het tijdstip van dataverwerking teruggestuurd door 869 patiënten. Dit betekent een gemiddelde respons van 39%. Op het moment dat de gegevens verwerkt werden, kwamen er overigens nog steeds vragenlijsten binnen. Door de vastliggende einddatum van dit onderzoek kon hier niet op gewacht worden. Bovendien waren op bepaalde poliklinieken in de periode van het onderzoek weinig consulten waardoor minder vragenlijsten meegegeven konden worden. Op enkele poliklinieken was de respons vrij laag, zie tabel 4.1.

In september 2005 vond het tweede deel van de ziekenhuisbrede patiëntenenquête plaats, waaraan de overige poliklinieken meededen.

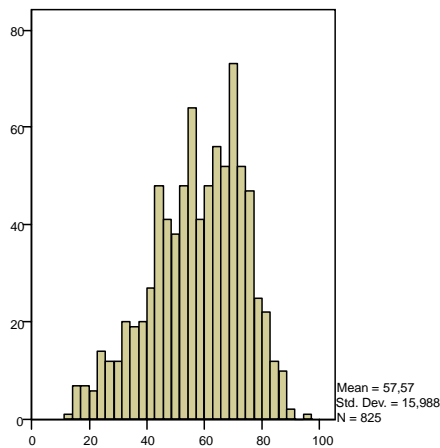
Tabel 4.1 Poliklinieken die meegedaan hebben aan dit onderzoek met bijbehorende respons (in percentages van het aantal uitgereikte enquêtes en in absolute getallen)

• Polikliniek 1: Anesthesiologie	40,2%	96
• Polikliniek 2: Chirurgie	42,8%	107
• Polikliniek 3: Dermatologie	45,2%	113
• Polikliniek 5: Hart- en Vaatziekten	51,2%	128
• Polikliniek 6: Interne Geneeskunde	48,4%	121
• Polikliniek 8: Longziekten	42,3%	104
• Polikliniek 10: Neurochirurgie	9,3%	14
• Polikliniek 11: Neurologie	44,4%	111
• Polikliniek 16: Revalidatie	46,5%	74

Van de respondenten is 46% vrouw en 53% man; 1% heeft deze vraag niet ingevuld. De gemiddelde leeftijd is 58 jaar (standaarddeviatie (SD), 16) met een minimum van 13 en een maximum van 96 jaar, zie figuur 4.1.

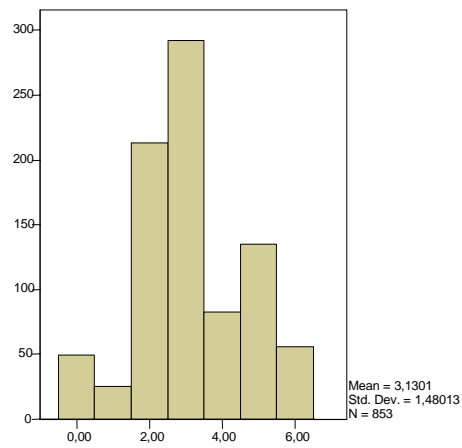
De gemiddelde opleiding van de respondenten is middelbaar onderwijs (MULO / MAVO / MBO / VMBO), zie figuur 4.2. De verdeling tussen patiënten die ooit met spoed zijn opgenomen en patiënten die nog nooit met spoed zijn opgenomen, is 49,5% - 50,5%.

Figuur 4.1 **Leeftijd respondenten**
patiëntenenquête



Horizontaal: leeftijd
Verticaal: percentage

Figuur 4.2 **Opleiding respondent**
patiëntenenquête



Horizontaal: 0=andere opleiding, 1=geen,
2=lager onderwijs, 3=MULO/MAVO/MBO/VMBO,
4=HAVO/MMS/HBS/VWO/Gymnasium, 5=HBO,
6=universiteit, postacademisch
Verticaal: percentage

4.1.2 Resultaten

Alle resultaten staan in bijlage A.2 vermeld.

Bij elke vraag waar de mogelijkheid bestaat aan te geven dat men zich niet ongerust voelde, doet 70% tot 80% van de patiënten dit. Absoluut betreft dit 608 tot 695 mensen.

Als patiënten aangeven zich wel ongerust te hebben gevoeld, maken ze zich in de meeste gevallen ‘nogal ongerust’ (56,9% van het totaal van de ongeruste mensen) over voornamelijk het gesprek, in mindere mate de behandeling en het minst bij het lichamelijk onderzoek. Deze verschillen zijn echter erg klein, zie tabel 4.2.

Tabel 4.2 Zaken waar patiënten zich zorgen over maken (ontbrekende waarden zijn weggelaten)

Ongerust over gesprek	7,0%
Ongerust over het lichamelijk onderzoek	3,8%
Ongerust over de behandeling	4,9%
Ik heb me nooit ongerust gevoeld	84,3%

De meeste patiënten (9,3%) voelen zich vóór het gesprek, lichamelijk onderzoek of behandeling het meest ongerust. Tijdens en na een zorghandeling voelen respondenten zich minder angstig, respectievelijk 7,4% en 3,5%.

De oorzaken die voor de ongerustheid worden genoemd, zijn vooral de onbekendheid met de komende behandeling (8,7%) en de ernst van de ziekte (7,6%). Het idee dat er iets fout kan gaan in de geleverde zorg wordt door slechts 2% aangegeven als oorzaak van ongerustheid. Als dit laatste idee wel een rol speelt, ligt dat aan te weinig zorgvuldigheid en te weinig aandacht van de zorgverleners (2,2%), terwijl 3,5% hier andere, eigen redenen aangeeft, zie tabel 4.3. Deze vraag is mogelijk niet helder genoeg geformuleerd en moet als onbetrouwbaar worden beschouwd, aangezien 75,8% van de respondenten deze vraag niet beantwoord heeft.

Tabel 4.3 Als het idee dat er iets fout kon gaan in de zorg de hoofdoorzaak was van ongerustheid, waar lig dat dan aan?

Te weinig ervaring en/of kunde van de zorgverleners	1,2%
Te weinig zorgvuldigheid en aandacht van de zorgverleners	2,2%
Anders	3,5%
Ik heb me nooit ongerust gevoeld	17,4%

De invloed van eerdere ervaringen op het gevoel van veiligheid in het ziekenhuis blijkt nihil. De meerderheid van de patiënten (39,4%) geeft hier aan zich niet ongerust gevoeld te hebben. 22,9% van de patiënten zegt zich de afgelopen keer even veilig te hebben gevoeld als de keren daarvoor. 8,7% voelde zich de afgelopen keer veiliger, bij 7% was dit niet het geval, zie tabel 4.4.

Tabel 4.4 **Zorgt ervaring voor minder angst?**

Ik voelde me afgelopen keer veiliger	8,7%
Ik voelde me afgelopen keer niet veiliger	7,0%
Ik voelde me afgelopen keer even veilig als de keren daarvoor	22,9%
Ik heb me niet ongerust gevoeld	39,4%

De belangrijkste informatiebronnen met betrekking tot het gevoel van veiligheid op de polikliniek zijn eigen ervaringen (43%) en informatie van zorgverleners (38,4%).

De geënuquëteerde patiënten vinden grote gezondheidsgevolgen met een kleine kans beangstigender dan kleine gezondheidsgevolgen met een grote kans van optreden. Bijna één derde vindt beide even erg, zie tabel 4.5.

Tabel 4.5 **Waar zijn patiënten angstig voor: grote gevolgen of grote kansen?**

Heel grote gezondheidsgevolgen, maar met een kleine kans dat die mij overkomen	14,4%
Heel kleine gezondheidsgevolgen, maar met een grote kans dat die mij overkomen	4,5%
Ik vind beide antwoorden even erg	28,7%
Ik heb me nooit ongerust gevoeld	46,5%

Voor de factoren geslacht, leeftijd, opleiding en spoedopname is gekeken of er samenhang is met de aanwezigheid van angst en de mate van angst.

Geslacht. Mannen lijken in minder gevallen angstig te zijn dan vrouwen. 13,1% van de mannen zegt ongerust geweest te zijn, tegenover 17,8% van de vrouwen. Dit is net geen significant verschil (Pearson Chi-Square = 3,5, df = 1, p = 0,06).

Met betrekking tot de mate van angst blijken vrouwen ongeruster te zijn dan mannen. Vrouwen zijn vaker “nogal ongerust” (14,1% tegenover 13,5%) en vaker “heel erg ongerust” (6,6% tegenover 2,3%) dan mannen. Dit laatste is een significant verschil (Pearson Chi-Square = 9,1, df = 3, p = 0,03).

Leeftijd. Het blijkt dat leeftijd geen invloed heeft op de aanwezigheid (F = 1,1, p = 0,3) en de mate van angst (F = 2,9, p = 0,09).

Opleiding. Uit de resultaten blijkt dat opleiding geen significante samenhang heeft met de aanwezigheid (Pearson Chi-Square = 7,0, df = 5, p = 0,2) en de mate van angst (Pearson Chi-Square = 18,0, df = 15, p = 0,3).

Spoedopname. Een spoedopname blijkt ook geen invloed te hebben op de aanwezigheid (Pearson Chi-Square = 3,3, df = 1, p = 0,07) en mate van angst (Pearson Chi-Square = 4,8,

df = 3, p = 0,2).

Aan het eind van de patiëntenenquête is patiënten gevraagd om in het algemeen aan te geven welke zaken zij het belangrijkste vinden in de zorgverlening. Dit is gedaan om een context te krijgen voor het onderwerp “risicoperceptie”.

De resultaten zijn in tabel 4.6 weergegeven. Hierbij moet wel bedacht worden dat niet iedereen deze vraag correct heeft ingevuld. Deze antwoorden zijn niet in de analyse meegenomen.

Tabel 4.6 Zaken die patiënten belangrijk vinden in de zorgverlening

1	Artsen en verpleegkundigen nemen mij serieus	15,92%
2	Artsen en verpleegkundigen luisteren goed naar mij	15,04%
3	Goede mondelinge informatie	10,73%
4	Ik voel me veilig tijdens een gesprek / onderzoek / behandeling op de polikliniek	10,65%
5	De vriendelijkheid van de zorgverleners	10,13%
6	Goede afstemming van informatie tussen zorgverleners binnen het azM	9,83%
7	Men houdt rekening met mijn wensen en/of mogelijkheden bij het maken van een afspraak	8,28%
8	Goede overdracht van informatie naar zorgverleners buiten het azM	7,56%
9	Goede schriftelijke informatie	7,32%
10	Informatie over hoe lang ik moet wachten	4,55%

Patiënten geven veiligheid een vierde plaats in het geheel.

4.2 Interviews: Hoofden polikliniek, Unitleiders en Artsen

De resultaten zijn afkomstig uit de veertien interviews met de zorgverleners. Het cijfer dat achter het onderwerp staat, komt overeen met het onderwerp in tabel 3.1. Daarnaast wordt gerefereerd aan de betreffende interviewvragen. De volledige vragen staan in bijlage B.1. De antwoorden die de zorgverleners gaven zijn samengevat in een matrix en een tabel in bijlage B.2 en B.3. De geïnterviewde zorgverleners zijn in bijlage B.4 vermeld.

Maatregelen ter voorkoming van fouten (Tabel: 9, interviewvraag 1.1)

Uit de interviews blijkt dat op de verschillende poliklinieken veel dezelfde maatregelen worden getroffen om fouten in de zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

1. Raadplegen en naleven van protocollen (op alle poliklinieken genoemd).
Vijf poliklinieken vermelden deze via het ziekenhuisbrede computerprogramma ‘QualiWeb’ te (kunnen) raadplegen.
2. Alle poliklinieken maken gebruik van maandelijkse werkoverleggen.
Hierbij zijn alle polikliniekmedewerkers aanwezig. Daarnaast zijn er (soms structureel) gesprekken met de artsen van de polikliniek. Dit kan een gesprek zijn met alleen de chef de clinique, maar het komt ook voor dat alle betrokken artsen daarbij aanwezig zijn.
3. De respondenten geven aan dat (bijna) incidenten en fouten gemeld moeten worden bij de Melding Incidenten Patiëntenzorg (de MIP-commissie). Eén polikliniek gaf aan dat ze daarna een reactie krijgen, met de vraag wat er door de polikliniek zelf gedaan kan worden om het betreffende fouttype in de toekomst te voorkomen. De oplossing wordt door de polikliniek vastgelegd.
4. Op zes poliklinieken is het gebruikelijk elkaar aan te spreken als zaken (bijna) mis zijn gelopen. Toch ligt dit vaak gevoelig. Eén hoofd van een polikliniek zei dit als volgt: *“Het is moeilijk om artsen persoonlijk op vermeende fouten aan te spreken. Dat merk ik wel. De dokter is nog steeds de dokter. En dat is een cultuur waar we vanaf moeten”*.
5. Eén arts gaf aan dat uitslagen van onderzoeken door hen worden gecontroleerd als dubbel-check. Ook de brieven van arts-assistenten worden volgens hem door artsen nog een keer nagezien.

Toetsing van angst (Tabel: 10, interviewvraag 1.2)

De mate van ervaren angst bij patiënten wordt in de meerderheid van de gevallen niet getoetst door zorgverleners en blijkt afhankelijk te zijn van de sociale vaardigheid van de arts. Niet alle artsen staan open voor ervaringen van patiënten. Artsen zijn vaak erg druk en hebben te weinig tijd om dit soort vragen te stellen. De twee artsen geven aan niet te vragen naar de ervaren ongerustheid van patiënten.

Wel is meermalen gesteld dat artsen, als ze merken dat patiënten angstig zijn, mensen extra geruststellen door bijvoorbeeld te vertellen hoe een onderzoek in zijn werk gaat.

Eén respondent van een polikliniek geeft wel expliciet aan naar ervaren angst te vragen. Dat is bij de betreffende polikliniekpatiënten namelijk in veel gevallen een deel van de gezondheidsklacht.

Drie hoofden van de polikliniek geven aan geen idee te hebben van het wel of niet geruststellen door artsen: *“Wat zich binnen de kamers afspeelt, weet ik niet”*.

Oorzaken angst van patiënten (Tabel: 11, interviewvragen 1.3 en 1.4)

Het onbekende en de onzekerheid over wat er staat te gebeuren, wordt het meest genoemd als oorzaak van ongerustheid. Patiënten zijn angstig voor de ingreep zelf en voor de negatieve uitslag: *“Mensen komen met vage hoofdpijnlachten op deze poli. Het kan zijn dat ze migraine hebben, maar het kan net zo goed een tumor zijn. Mensen maken zich ongerust en denken: “God, wat zal het zijn?”*

Respondenten stellen dat ervaringen van mensen uit de omgeving en de media ook een rol spelen.

Angst voor fouten wordt slechts door vier respondenten genoemd. Eén hoofd van de polikliniek ziet het als een grote oorzaak van ongerustheid. Op de betreffende polikliniek gaat het vaak over ingrijpende behandelingen.

Een ander hoofd van een polikliniek geeft aan dat angst voor fouten vooral speelt als er in het verleden ooit een fout bekend is geworden. Patiënten zijn dan extra alert.

Eén respondent, die tevens hoofd is van een verpleegafdeling, vertelde dat er op die afdeling door patiënten wel eens gevraagd werd of de dokter of verpleegkundige wel gediplomeerd is en of deze de betreffende handeling eerder heeft uitgevoerd. Volgens deze persoon staan patiënten daar op de polikliniek niet zo bij stil. *“Daar is het contact op de polikliniek te kort voor”*.

Eén arts gaf aan dat angst voor de ziekte en zijn gevolgen een groot beslag legt op patiënten. Daardoor verdwijnt de angst voor fouten naar de achtergrond.

Weinig vertrouwen in de gezondheidszorg werd twee keer genoemd als mogelijke oorzaak bij angst van patiënten. Onvoldoende informatie werd verschillende malen genoemd.

Geruststellen patiënten (Tabel: 12, interviewvraag 1.5)

De respondenten (op alle poliklinieken) geven aan dat mensen gerustgesteld worden door het geven van informatie. In alle gevallen wordt men mondeling ingelicht door de arts. Voor de meest voorkomende behandelingen en aandoeningen is er foldermateriaal.

Polikliniekmedewerkers geven ook informatie over wat mensen staat te wachten, maar zijn niet bevoegd voor het geven van inhoudelijke informatie. Eén polikliniek gaf aan hierin beperkt te zijn omdat zij niet volledig op de hoogte zijn van het beleid dat de arts uiteengezet heeft.

Op veel poliklinieken blijken verder gespecialiseerd verpleegkundigen (bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige) aanwezig te zijn om patiënten zowel voor als na het gesprek, onderzoek of behandeling van informatie te voorzien. Mensen kunnen hen altijd bellen voor vragen. Op deze manier zorgen ze voor een betere begeleiding. Eén respondent verwoordde het als volgt: *“Het is niet zo dat je bij de arts binnen komt en je zoekt het verder maar uit. Patiënten worden goed begeleid”*.

Meerdere respondenten gaven aan dat geruststelling een zaak is van de arts. Al gaf één arts aan, daar steeds minder tijd voor te hebben.

Men krijgt dus voor een eventuele ingreep informatie (op één polikliniek ook vóór het bezoek). Eén respondent gaf aan dat deze informatie bij hen niet op voorhand verstrekt wordt. Mensen moeten daar zelf om vragen. *“Alleen als we vragen krijgen van mensen, proberen we hen gerust te stellen”*.

Mogelijkheden om mensen meer gerust te stellen (Tabel: 13, interviewvraag 1.6)

De meeste respondenten menen dat meer en betere informatievoorziening mensen meer gerust zou kunnen stellen. Ook wordt er vaak vanuit gegaan dat mensen weten waar het over gaat als ze naar een bepaald onderzoek worden gestuurd: *“We houden er vaak geen rekening mee dat het de eerste keer is dat ze het horen. We verwijzen mensen naar een MRI, terwijl ze vaak niet weten wat dat is”*.

Ook zou mensen achteraf gevraagd moeten worden hoe zij de behandeling gevonden hebben. Dit gebeurt nu niet wegens gebrek aan tijd en onvoldoende besef van waar men mee bezig is. Door mensen naar feedback te vragen, kan van elke patiënt geleerd worden.

Meer inzet van “gespecialiseerd verpleegkundigen” wordt door twee respondenten genoemd als verbetermaatregel. Een eigen spreekuur en inzet van deze persoon bij meer disciplines, zou de zorg en de geruststelling van patiënten verbeteren.

Op twee poliklinieken werd aangegeven dat er voldoende gedaan wordt om mensen gerust te stellen.

Eén respondent vond het niet nodig om verbeteringen aan te brengen op dit gebied.

“Patiënten zijn op dit moment mondig genoeg om zelf te vragen. Ik denk dat iedereen zorgt dat hij zijn informatie binnen krijgt. Bovendien is de grootste taak weggelegd voor artsen en niet voor de polikliniekmedewerkers. Wij hebben het daar te druk voor”.

Risico’s volgens zorgverleners (Tabel: 14, interviewvragen 2.1 en 2.2)

Respondenten is gevraagd wat zij als belangrijkste risico’s zouden zien als zij zelf patiënt zouden zijn op hun eigen polikliniek. Waar zouden ze zichzelf dan zorgen over maken?

Ze geven hierbij aan patiëntidentificatie (de goede patiënt bij het goede dossier) als het grootste risico te zien.

Mensen hoeven zich bij het inschrijfbureau in veel gevallen niet te identificeren. Aan de balie van de polikliniek wordt daarna alleen de naam gevraagd. Het risico bestaat dat de status of het dossier van een andere patiënt, met nagenoeg dezelfde naam, gebruikt wordt. Het is altijd nodig om te vragen naar geboortedatum of adres. Dit gebeurt nu niet altijd.

De uitslag van het onderzoek, werd door twee respondenten genoemd als risico. Ze zijn bang om een uitslag met slecht nieuws te krijgen.

Verder werd de wachttijd om een afspraak te kunnen maken voor een onderzoek of behandeling ook twee keer aangehaald. Deze kan, volgens één respondent, worden veroorzaakt door het personeelstekort.

Drie respondenten noemden het zoekraken van het medisch dossier als patiëntrisico. Bij het zorgproces zijn te veel mensen betrokken: artsen, verpleegkundigen en polikliniekmedewerkers maken gebruik van het medisch dossier. Hierdoor komt het wel eens voor dat het dossier onvindbaar is.

Op één polikliniek was sprake van een overgangsfase naar een digitaal systeem. De dossiers zijn dus én op papier én digitaal beschikbaar. Dat zorgt voor verwarring.

Andere mogelijke risico’s zijn het geholpen worden door een jonge, onervaren assistent of een ‘verkeerde dokter’; iemand die niet kundig genoeg is op het terrein waar de patiënt voor komt. Het eerste risico is inherent aan het systeem van een academisch ziekenhuis. Artsen

worden hier opgeleid en dus krijgt men regelmatig te maken met nog in opleiding zijnde zorgverleners.

Door één hoofd van de polikliniek werd aangegeven dat er te weinig supervisie was voor de assistenten. Men neemt te snel aan dat ze het zelf kunnen. Het geholpen worden door een onkundige arts, was volgens één respondent te wijten aan onvoldoende kwaliteit en kunde van artsen.

Fouten bij medische ingrepen door onoplettendheid werd slechts één keer genoemd.

Eén arts gaf nog aan dat de onvoldoende informatievoorziening in de overdracht een risico vormt. Onvoldoende documentatie, door de tijdsdruk, is daar volgens hem de oorzaak van.

Omdat deze risico's zich overal voordoen, vormen zij voor de respondenten geen reden om voor een ander ziekenhuis te kiezen. Eén hoofd van de polikliniek gaf aan wel liever ergens anders geholpen te willen worden. Haar voorkeur gaat uit naar een perifeer ziekenhuis (een ziekenhuis zonder academische functie). Hier werken minder artsen in opleiding.

Inzicht in risicovolle handelingen (Tabel: 15, interviewvraag 2.3)

Op vier na, geven alle respondenten aan zicht te hebben op welke handelingen het meest risicovol zijn op de polikliniek waar zij werkzaam zijn. Door onder andere de RIE (Risico Inventarisatie en Evaluatie) is op veel poliklinieken in beeld gebracht waar risico's zitten. Het gaat daarbij echter om risico's voor medewerkers en duidelijk níet om risico's die patiënten lopen bij behandelingen.

Van de overige vier respondenten, zegt één geen zicht te hebben op het werk van artsen. Ze heeft daardoor geen idee van het inzicht dat artsen hebben in risicovolle handelingen. Eén arts en één hoofd van de polikliniek gaven aan dat er op hun poliklinieken helemaal geen handelingen plaatsvinden.

Eén hoofd van de polikliniek gaf aan dat er geen inzicht was in risicovolle medische handelingen omdat zorgverleners er te weinig bij stil staan. Ze zien de risico's niet door "bedrijfsblindheid".

Inzicht in medische handelingen die door patiënten als risicovol worden gezien, is er bijna niet. Slechts drie hoofden geven aan ervan uit te gaan dat ze weten waar patiënten bang voor zijn.

Zorgverleners vragen er patiënten niet naar. Ook wordt aangegeven dat het een zaak is tussen arts en patiënt: "*het is onze taak niet én daar hebben we geen tijd voor*".

Eén respondent geeft aan dat zorgverleners denken te weten wat patiënten denken. Er wordt een hoop voor hen ingevuld.

Huidige maatregelen om risico's terug te dringen (Tabel: 16, interviewvragen 2.4 en 2.5)

Om de genoemde risico's zoveel mogelijk terug te dringen, wordt er volgens vier respondenten protocollair gewerkt. Een goede communicatie is dan van essentieel belang. Vijf respondenten geven aan dat zij proberen elkaar onderling te wijzen op (bijna) fouten. Dit gebeurt ter plekke en komt zo nodig ook terug in een werkoverleg. Op deze manier worden risico's bespreekbaar gehouden en kan men leren van fouten.

Patiënten worden zoveel mogelijk gerustgesteld door uit te leggen wat er staat te gebeuren en te luisteren naar zaken waar zij ongerust over zijn. Door vijf respondenten wordt dit als maatregel genoemd om te zorgen voor een goede opvang.

Verbeteringen (Tabel: 17, interviewvraag 2.6)

De getroffen maatregelen wordt door de helft van de respondenten als voldoende beoordeeld. Zij zeggen er genoeg aandacht aan te besteden en op dit moment verder niets te kunnen doen. De andere helft vindt echter dat het (altijd) beter kan. Zorgverleners moeten zich meer bewust worden van waar ze mee bezig zijn. *“zorgverleners moeten er bij nadenken wat het voor patiënten betekent om hier te zijn”*. Er moet meer naar patiënten worden geluisterd en meer tijd voor ze worden genomen.

De communicatie is ook een duidelijk verbeterpunt voor wat betreft de overdracht tussen arts en verpleegkundige. Eén hoofd van de polikliniek gaf aan een regulier overleg met artsen te willen.

De twee geïnterviewde artsen vonden de overdracht een duidelijk te verbeteren punt. Niet alles wordt in het dossier genoteerd en dat kan zorgen voor fouten. Een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zou hier een duidelijke verbetering geven. Daarin staan alle gegevens van patiënten genoteerd en deze is voor iedere zorgverlener elektronisch toegankelijk.

4.3 Patiënteninterviews

De onderwerpen die hier aan bod kwamen staan in tabel 3.1 vermeld. Het cijfer dat achter het onderwerp staat, komt overeen met het onderwerp in die tabel. Daarnaast wordt gerefereerd aan de betreffende interviewvragen. De volledige vragen staan in bijlage C.1. De antwoorden die de patiënten gaven zijn samengevat in een matrix en een tabel in bijlage C.2 en C.3. De toelichting op de matrix wordt in bijlage C.4 gegeven.

In de tekst wordt vaak verwezen naar behandelingen die patiënten hebben moeten ondergaan. Onderzoeken vallen hier ook onder. Patiënten maakten vaak geen duidelijk onderscheid tussen onderzoek en behandeling.

Risico's die patiënten zien (Tabel: 1, interviewvraag 1.1)

Op de vraag welke risico's patiënten zien, antwoordden vijf respondenten fouten bij een behandeling. Patiënten zien bijvoorbeeld het geven van de juiste chemo-kuur en correcte communicatie als zaken die mis zouden kunnen gaan. Eén patiënte verwoordde het als volgt: *“Je merkt dat ze niet van elkaar op de hoogte zijn. Je gaat ervan uit dat ze elkaar zullen bellen, maar dat gebeurt gewoon niet”*.

De overige risico's die patiënten zien, kunnen worden ingedeeld in verschillende groepen:

- Angst voor een onjuiste (foute) benadering
Dit punt wordt verschillende keren genoemd. Eén patiënt gaf aan dat er niet genoeg naar hem werd geluisterd. De benadering van de arts naar de patiënt toe, schiet hier tekort. Een andere patiënt vertelde dat artsen te weinig tijd hebben voor patiënten.
- Angst voor de ziekte en de behandeling zelf
Eén respondent gaf aan angst te hebben voor een bepaalde moeilijke operatie. Een andere patiënt maakte zich zorgen over de prognose van de ziekte: *“hoe lang zal de ziekte na deze operatie wegblijven?”*

Negen van de tien patiënten geven aan stil te staan bij fouten in de zorg. Ze zien het niet direct als risico, maar weten wel dat fouten gemaakt worden. De enige respondent die aangeeft nooit stil te staan bij fouten, doet dit omdat het bij hem altijd goed is gegaan. Hij is zich wel bewust van mogelijke fouten, maar denkt er verder niet over na. *“Je bent veel meer bezig met de ziekte zelf”*.

Negen patiënten geven aan dat vooral televisie en kranten ervoor zorgen dat ze zich bewust zijn van fouten in de zorg. De eigen ervaringen en die van anderen hebben ook een grote invloed. Doordat men zelf, of iemand in de omgeving, een fout meemaakt, staan patiënten daar extra bij stil.

Onrustgevoelens patiënten (Tabel: 2, interviewvragen 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 en 1.6)

Acht patiënten geven aan zich wel eens ongerust gevoeld te hebben. De meeste maakten zich zorgen over de behandeling en de uitslag. Slechts één patiënt vertelde zich ongerust te maken over fouten.

Twee patiënten voelden zich over niets ongerust. Eén patiënt gaf aan alles over zich heen te laten komen. Zijn partner gaf aan wél erg ongerust te zijn.

Van de acht zich ongerust voelende patiënten gaven zeven aan zich vooral vóór de behandeling ongerust te hebben gevoeld. Respondenten zijn dan vooral bang voor de uitslag en voor de onbekendheid die de behandeling met zich meebrengt.

Men gaf aan dat de angst vóór de behandeling sterk aanwezig was. Vier respondenten voelden zich tijdens de behandeling echter ook ongerust, vooral als zij een ingrijpend onderzoek moesten ondergaan.

Bij iedereen blijkt ervaring in het ziekenhuis ervoor te zorgen dat men zich geruster gaat voelen. Er ontstaat een soort routine. *“De ongerustheid neemt dus iets af. Je kent het draaiboek intussen wel een beetje”*.

De mate van ongerustheid varieert van redelijk tot heel erg gespannen. Eén respondent vertelde zich vooral te richten op de overlevingskansen die hij nog had. Hij had niet verwacht dat die er nog zouden zijn en toen dat wel het geval bleek te zijn, bracht dat een positieve instelling met zich mee.

Oorzaken angst van patiënten (Tabel: 11, interviewvragen 2.1 en 2.2)

Drie patiënten geven expliciet aan de ziekte zelf als oorzaak te zien van de angst die zij ervaren. *“Je maakt je ongerust om het feit dat je weet dat je kanker hebt. Bij kanker hoor je in de meeste gevallen dat mensen sterven”*.

Een hartpatiënt beschreef het als volgt: *“Het hart heeft een bijzondere betekenis. Dat is de motor. Als daar iets mee misgaat, kun je jezelf afschrijven”*.

Twee respondenten vertelden bang te zijn geweest voor de behandeling zélf omdat zij wisten dat die vervelend of pijnlijk zou zijn. Twee andere respondenten gaven aan bang te zijn

geweest voor de onbekendheid van de behandeling. De onzekerheid van de toekomst in het algemeen was voor twee patiënten de hoofdoorzaak van de angst.

Slechts één patiënt was bang voor fouten. Ze was bang dat de verkeerde behandeling uitgevoerd zou worden.

Het vertrouwen van patiënten in de zorgverlening (Tabel: 3, interviewvraag 2.3)

Vier patiënten geven aan volledig vertrouwen te hebben in de gezondheidszorg. Ze zijn altijd goed behandeld en zijn geholpen door goede en betrouwbare artsen.

Vijf patiënten hebben geen volledig vertrouwen. Artsen hebben weinig tijd, zijn nonchalant en soms niet op de hoogte van de mogelijkheden die patiënten hebben met betrekking tot de ziekte. Enkelen gaven aan vroeger wel vertrouwen te hebben gehad, maar deze verloren te hebben. Eén patiënt stelt dat artsen weinig tijd hebben, maar wel goed zijn opgeleid.

Slechts één patiënt geeft aan echt weinig vertrouwen te hebben in de zorgverlening. Dit komt door informatie uit de media, eigen ervaringen en uit het vrijwilligerswerk van de respondent in de ouderenzorg.

Wat maakt patiënten angstiger: grote gevolgen of grote kansen? (Tabel: 4, interviewvraag 3.1)

Acht patiënten geven aan grote gevolgen met een kleine kans beangstigender te vinden dan kleine gevolgen met een grote kans. Deze patiënten geven aan dat grote gevolgen niet meer terug te draaien zijn en dus definitief zijn. Met kleine gevolgen valt volgens hen te leven.

De twee respondenten die juist angstiger zijn voor kleine gevolgen met grotere kansen, geven aan dat deze vaak voorkomen en dat ze met de betreffende consequenties dus veel meer te maken hebben.

Vergelijking risico's met andere personen (Tabel: 5, interviewvragen 3.2 en 3.3)

Twee patiënten denken in het dagelijks leven meer risico (dat wil zeggen algemene risico's, zoals autorijden en sporten) te lopen dan vergelijkbare anderen vanwege de ziekte die ze hebben. Doordat zij sneller uitgeput zijn en voortdurend het risico lopen ineens geconfronteerd te worden met de consequenties van hun ziekte, bijvoorbeeld een hartaanval, is de kans groter dat hen iets overkomt. De meeste respondenten zeggen evenveel risico te lopen. *“Ik zie mezelf niet als hartpatiënt, en dus loop ik evenveel risico”*.

Bij een medische zorgverlening vinden vier patiënten dat ze evenveel risico lopen als een vergelijkbare andere patiënt. De overige zes denken juist minder risico te lopen. Door hun

ervaring zijn ze kritisch, alert en mondig geworden. *“Ik denk minder risico te lopen, omdat ik op tijd mijn mond open doe”*.

Informatievoorziening (Tabel: 6, interviewvragen 4.1, 4.2 en 4.3)

Vier patiënten voelden zich veiliger door de informatie die zij in het ziekenhuis kregen. Eén patiënt gaf aan dat informatie wel geruststelt, maar dat teveel informatie juist ongerust maakt.

De anderen voelden zich niet veiliger door de informatie. Drie van hen hadden overigens bijna geen informatie gehad. Ook werd aangegeven dat men in een roes leeft en daardoor geen informatie opneemt. Een partner van een patiënt (zelf ook patiënt) gaf aan teveel informatie te krijgen via de patiëntenvereniging. Ze gaf aan daardoor teveel met de ziekte bezig te zijn. Dat was voor haar een reden om weg te gaan bij de vereniging.

Eén patiënt heeft voldoende informatie gekregen en voelde zich hier veilig bij.

Voor de meerderheid zou meer of betere informatie zorgen voor een veiliger gevoel. De informatie moet wel op het goede tijdstip worden gegeven.

Daarnaast vindt men dat er te snel wordt verwezen naar literatuur.

Geruststellen patiënten (Tabel: 12, interviewvragen 5.1, 5.2 en 5.3)

De helft van de respondenten zegt dat de zorgverleners aandacht besteedden aan hun ongerustheid. Patiënten worden gerustgesteld en ontvangen steun van verpleegkundigen, maatschappelijk werksters en soms van artsen.

Volgens drie patiënten was bij hen geen aandacht voor hun ongerustheid. Men krijgt alleen algemene informatie. *“Met de vragen die ik stelde, hadden ze misschien toch meer kunnen doen. Zo van hé, er speelt wat. Daar moeten we even bij stilstaan”*.

Bij drie patiënten is al tijdens het intakegesprek door de verpleegkundige gevraagd naar hun ongerustheid. Bij de anderen werd er niet naar gevraagd. *“Dat is te diepgravend. Daar hebben ze de tijd niet voor”*.

Op de vraag wat voor een veiliger gevoel zou zorgen, werd drie keer een goede informatievoorziening genoemd. *“Het geven van informatie op een eenvoudige en heldere wijze. Artsen moeten een goed inlevingsvermogen hebben, maar ook zakelijk en helder zijn”*.

De partner van een patiënt gaf aan dat ook zij betrokken wil worden bij deze informatievoorziening. *“Ik wil ook weten wat er aan de hand is en wat ik verwachten kan”*.

Partneropvang zou volgens haar ik elk ziekenhuis aanwezig moeten zijn. Partners zitten constant te wachten en maken zich erg ongerust. Ze zijn soms ongeruster dan de patiënt zelf. Meer tijd nemen voor de patiënt werd door twee respondenten als verbetermaatregel genoemd. Andere verbeteringen die genoemd werden zijn het beter communiceren, zowel onderling als naar de patiënt en het meer gebruikmaken van de ervaringsdeskundigheid van patiënten voor toekomstige patiënten.

Ervaren sociale steun (Tabel: 7, interviewvragen 6.1, 6.2 en 6.3)

Negen patiënten ontvingen steun uit hun omgeving. Enkele van hen geven wel aan dat niet iedereen steun verleent. Bepaalde mensen vallen af. *“Ze weten niet hoe ze er mee om moeten gaan. Mensen worden dan heel afstandelijk”*. De patiënt die geen sociale steun kreeg, gaf ook aan dat mensen bang zijn voor de confrontatie.

Op één na, gaven alle respondenten die sociale steun ontvingen aan dat zij daardoor beter met hun ongerustheid om kunnen gaan. De ongeruste vrouw van de patiënt die aangaf dat die steun daar niet aan bijdroeg, vertelde dat mensen uit haar omgeving haar ook niet konden vertellen dat haar man zou genezen. Dat zou het enige zijn dat haar gerust zou kunnen stellen. Zelfverwerking werd drie keer genoemd. Door veel te ondernemen en door te hopen op het beste probeert men met de onrustgevoelens om te gaan.

5. DISCUSSIE, CONCLUSIES en AANBEVELINGEN

Allereerst wordt een beschouwing gegeven over het onderzoek en de onderzoeksresultaten. Daaruit worden vervolgens conclusies getrokken. Ideeën over mogelijk vervolgonderzoek en aanbevelingen voor nieuw ziekenhuisbeleid vormen de afsluiting van dit onderzoek.

5.1 DISCUSSIE

In deze paragraaf worden de verkregen resultaten in relatie tot de onderzochte literatuur besproken. In hoeverre kunnen de resultaten van dit onderzoek gezien worden als een bevestiging of een ontkenning van de gevonden literatuurgegevens? Daarna volgen kanttekeningen bij de onderzoeksopzet, -uitvoering en bij de verkregen resultaten.

5.1.1 Resultaten in relatie tot de literatuur

De verkregen resultaten zullen per beïnvloedende, ook in 2.5 besproken, factor worden weergegeven.

Kennis over een risico

Uit de literatuur blijkt dat “bekendheid met de risico’s” zorgt voor een veiliger gevoel (Gregory, Slovic & Flynn, 1996). Patiënten gaven tijdens de interviews aan zich duidelijk veiliger te voelen (bij onderzoek of behandeling) na meerdere bezoeken aan het ziekenhuis. Uit de poliklinische enquête komt dit resultaat juist niet naar voren. Van de patiënten die aangeven ongerust te zijn geweest, zegt de meerderheid dat ervaring met ziekenhuisafspraken niet zorgt voor een veiliger gevoel. Het kan zijn dat het lidmaatschap van een patiëntenvereniging van de geïnterviewde patiënten hier een rol speelt en zorgt voor geruststelling.

Media

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten gaf aan dat de media een belangrijke rol spelen bij de bewustwording van fouten die gemaakt worden in de zorg. Uit de literatuur

blijkt dat de media over het algemeen de nadruk leggen op gebeurtenissen met een lage waarschijnlijkheid en met grote gevolgen (Cross, 1998).

In de enquête geeft slechts 1,4% van de patiënten aan dat de media een rol spelen bij de informatievoorziening met betrekking tot veiligheid op de polikliniek. Het gaat hier echter over een beperkt deel van de gezondheidszorg (alleen de polikliniek). De geënquêteerde patiënten is niet gevraagd naar de invloed van media op de bewustwording van fouten in de zorg. Dit is een mogelijke verklaring voor dit verschil.

Vertrouwen

Uit de interviews met de patiënten blijkt dat zij het voor het vertrouwen in de arts het erg belangrijk vinden dat artsen open en eerlijk zijn. Van hen wordt verwacht dat ze alle keuzemogelijkheden voorleggen, duidelijk zijn en onzekerheden kenbaar maken. Dit komt ook meerdere malen naar voren in de literatuur (Frewer, 2004; Lloyd, 2001). Tijdens de patiënteninterviews gaven zes van de tien respondenten aan geen volledig vertrouwen te hebben in de zorgverlening in zijn geheel. Ze ervaren onrustgevoelens en percipiëren risico's daardoor hoger.

In de patiëntenenquête was geen vraag opgenomen met betrekking tot vertrouwen.

Informatie

De rol van informatie lijkt enigszins dubbel te zijn.

De geïnterviewde patiënten geven aan zich veiliger te voelen door de verkregen informatie. Ze hebben dit nodig om een weloverwogen keuze te maken. Maar dit geldt alleen als het gaat om de voor hen juiste hoeveelheid informatie die verstrekt wordt op een duidelijke en eenvoudige wijze én op het door hen gewenste tijdstip. Teveel informatie wordt weer als verwarrend gezien, zoals Lion dit ook aangeeft (Lion, Meertens & Bot, 2002).

De belangrijkste bron van informatie blijkt voor de geïnterviewde patiënten de arts te zijn. Voor de geënquêteerde patiënten zijn de belangrijkste informatiebronnen de eigen ervaringen en informatie van de zorgverleners. Dit verschil kan veroorzaakt zijn door de ernst van de ziekte en het feit dat de geënquêteerde patiënten een beperkt aantal antwoordcategorieën hadden, terwijl bij de geïnterviewde patiënten open vragen werden gesteld. Ze kwamen daardoor mogelijk op andere ideeën.

Het grote belang dat patiënten hechten aan zorgverleners en eigen ervaringen komt niet overeen met de literatuur. Dosman (Dosman, Adamowicz & Hrudey, 2001) geeft de geprinte media aan als de belangrijkste informatiebron. Dit verschil is waarschijnlijk het gevolg van

het feit dat het hier gaat om de zorg en de primaire arts-patiënt relatie daarbinnen. Een arts is op de hoogte van iemand zijn persoonlijke gezondheidstoestand. Hij of zij is in dat geval de deskundige waar het individu van afhankelijk is. Als het meer gaat om de gezondheid in het algemeen, zullen mensen waarschijnlijk eerder de media als belangrijke informatiebron beschouwen.

Ernst en kans

De literatuur geeft aan dat mensen meer waarde hechten aan grote gevolgen van risico's dan aan grote waarschijnlijkheden ervan (Gregory, Slovic & Flynn, 1996). De geïnterviewde patiënten geven aan het hier mee eens te zijn, de geënquêteerde patiënten niet.

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten vindt grote gevolgen met een kleine kans van optreden duidelijk beangstigender dan kleine gevolgen die veel vaker optreden.

De meerderheid van de geënquêteerde patiënten die aangeeft angstig te zijn (geweest), vindt beiden even erg. Daarna volgen de grote gevolgen met een kleine kans.

Hierbij moet vermeld worden dat de geïnterviewde patiënten allemaal een keuze maakten tussen beide gebeurtenissen. Zij gaven nooit aan beide even erg te vinden of niet angstig te zijn geweest. In de enquête was dit wel mogelijk.

Risico in vergelijking met vergelijkbare andere personen

De meerderheid van de geïnterviewde patiënten geeft aan ervan uit te gaan dat zij in het dagelijks leven evenveel risico lopen als vergelijkbare anderen. Ze zien zichzelf dan niet als patiënt.

Bij medische zorghandelingen daarentegen, denken ze minder risico te lopen dan vergelijkbare anderen omdat ze zichzelf als kritischer en mondiger zien. Dit is in overeenstemming met de literatuur. Daaruit blijkt dat mensen zelf denken altijd minder risico te lopen dan anderen doordat ze menen van zichzelf te weten wat ze doen en eigen gedrag in de hand denken te hebben (Kreuter & Strecher, 1995).

Demografische factoren

Uit de enquête blijken vrouwen significant angstiger te zijn dan mannen. Geslacht heeft dus invloed op de mate van angst, echter niet op de aanwezigheid van angst. De invloed van geslacht op de mate van angst komt overeen met de literatuur, waarin wordt aangegeven dat vrouwen gezondheidsrisico's hoger inschatten dan mannen (Slovic, 1999). Opleiding en leeftijd bleken geen significante invloed uit te oefenen op de aanwezigheid en de mate van

angst. Dit is in tegenstelling tot de literatuur. Daarin wordt aangegeven dat mensen met een hoge opleiding en jongeren minder angst ervaren (Dosman, Adamowicz & Hruday, 2001). Een in het verleden plaatsgevonden spoedopname speelt ook geen rol bij de aanwezigheid en de mate van angst.

De invloed van de hoogte van het inkomen en het aantal kinderen op de risicoperceptie, is niet onderzocht.

Persoonlijkheid, vrijwilligheid en controle

Over de andere in dit onderzoek besproken factoren kunnen geen conclusies worden getrokken omdat de persoonlijkheid van de geïnterviewde patiënten niet is onderzocht. Over de invloed van “de vrijwilligheid” van risico’s (dat wil zeggen: zorgt een vrijwillig aangaan risico voor minder angst?) kan geen conclusie worden getrokken omdat de geïnterviewden niet vrijwillig hebben gekozen voor onderzoek of behandeling in het ziekenhuis. Patiënten moeten zich overgeven aan zorgverleners en de controle grotendeels uit handen geven.

De uit de literatuur verkregen beïnvloedende factoren komen, zoals boven beschreven, gedeeltelijk ook uit de onderzoeksresultaten naar voren als belangrijk in de risicobeleving van de geënquêteerde en geïnterviewde patiënten. De geënquêteerde en geïnterviewde patiënten verschillen hier op een aantal punten. Zoals aangegeven kan de ernst van de ziekte, het lidmaatschap van een patiëntenvereniging en de manier van vraagstelling hier een rol bij hebben gespeeld.

5.1.2 Kanttekeningen bij het onderzoek

Hoewel dit soort kanttekeningen de conclusies niet beïnvloeden, hebben ze wel invloed gehad op de werkwijze en op het tijdsbestek waarin het onderzoek kon plaatsvinden.

Het onderzoek kon niet altijd even voorspoedig verlopen in verband met verschillende factoren. Zo kostte het nogal wat tijd om de opgestelde vragen aan meerdere deskundigen voor te leggen. Het risicoperceptie thema was immers nooit eerder in een azM patiëntentevredenheidsenquête opgenomen. Er waren daarom bij sommige bedenkingen dat vragen over dit onderwerp zouden kunnen zorgen voor angst bij patiënten. Zowel na

gesprekken met deze personen en een korte test met drie patiënten bleek dit uiteindelijk geen wezenlijk probleem te zijn en mochten de vragen in de enquête worden opgenomen.

Doordat er al aan een ziekenhuis-brede enquête gewerkt werd (zonder dit risicoperceptie onderdeel), kon veel tijd bespaard worden in het opzetten en vooral het uitvoeren van de enquête. Het nadeel was echter dat de data-invoer en data-analyse van de gegevens van de totale enquête was uitbesteed. Daardoor ontstond afhankelijkheid en een wachttijd voordat de primaire gegevens over risicobeleving voor de onderzoeker beschikbaar kwamen. Het grote voordeel was dat de gegevens niet zelf ingevoerd hoefden te worden. De gegevens werden aangeleverd in een SPSS-bestand waarna de onderzoeker zelf de analyse uitvoerde. Het feit dat een groot deel van het onderzoek plaatsvond tijdens de zomerperiode heeft deze vertraging versterkt.

Een beperking van zowel de patiënten- als de zorgverlenerinterviews is het feit dat slechts tien patiënten en zestien zorgverleners geïnterviewd zijn. Dit had grotendeels te maken met de beperkte tijd van het onderzoek.

5.1.3 Kanttekeningen bij de verkregen resultaten

Een algemene kanttekening met betrekking tot de resultaten is dat het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen één academisch ziekenhuis. Of de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden voor bijvoorbeeld een regulier ziekenhuis en/of andere academisch ziekenhuizen is niet onderzocht.

Een belangrijke beperking voor de resultaten van de patiëntenenquête is dat deze heeft plaatsgevonden op een aantal poliklinieken. Generalisatie naar alle poliklinieken en zeker naar opnameafdelingen kan dus niet plaatsvinden.

Alle enquêtevragen over risicobeleving bevatte de antwoordcategorie 'ik heb me nooit ongerust gevoeld'. De grote meerderheid van de respondenten koos voor dit antwoord. Het zou kunnen dat mensen dit gemakshalve hebben aangekruist om op deze manier verder niet over de vraag na te hoeven denken. Opvallend hierbij is dat naarmate hierover meer vragen beantwoord werden verderop in de enquête, steeds minder voor dit antwoord werd gekozen. Het percentage dat zich niet ongerust zegt te hebben gevoeld, loopt dan terug van 82,7% naar 76,2%, 73,3%, 71,2% en zelfs 39,4%, waarna het percentage weer iets oploopt tot

46,5%. Een inhoudelijke verklaring zou kunnen zijn dat de vragen steeds specifieker worden. Mensen worden op deze manier gedwongen om erover na te denken en komen tot de conclusie dat ze toch ongerust waren. Een andere mogelijke verklaring zou het “Hawthorne Effect” kunnen zijn. Dit betekent dat mensen, als ze weten dat ze geobserveerd worden en deel uitmaken van een onderzoek, proberen deze meting de verwachte kant op te sturen (Brenner, 2002). Mensen geven in de loop van de enquête steeds meer aan ongerust te zijn geweest, omdat ze weten dat ze bestudeerd worden en mogelijk ervan uitgaan dat dit van hen verwacht wordt.

Zorgverlenersinterviews

Met betrekking tot de interviews met de zorgverleners moet opgemerkt worden dat de geïnterviewde hoofden/unitleiders van poliklinieken zelf vaak niet meer zelf met directe patiëntenzorg bezig zijn, maar meer een administratieve/management functie hebben. Daardoor zijn zij niet langer volledig op de hoogte van wat er zich precies afspeelt tussen patiënt en zorgverlener. Dit aspect was niet voorzien tijdens de opzet van het onderzoek. Voor een deel werd dit ondervangen door alsnog twee artsen te interviewen. Dit gaf een duidelijker beeld en verhoogde de betrouwbaarheid.

Eén antwoord dat zorgverleners gaven op de vraag naar inzicht in risico's van patiënten kan in twijfel worden getrokken. Zorgverleners gaven aan dit inzicht te hebben doordat er een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RIE) was uitgevoerd. Deze RIE gaat echter niet over risico's van patiënten, maar over risico's van werknemers in het kader van de arbeidsomstandigheden. Zorgverleners hebben hierover blijkbaar een vertekend beeld. Ze verwarren hier risico's van zorgverleners met risico's van patiënten.

Patiënteninterviews

Een kanttekening bij de interviews met patiënten is het feit dat zij lid zijn (geweest) van een patiëntenvereniging. Door middel van de patiëntenvereniging hebben zij mogelijk meer dan gemiddeld informatie over de betreffende ziekte. Het kan zijn dat ze zich daardoor minder zorgen maken dan mensen die niet aangesloten zijn bij een patiëntenvereniging. Het omgekeerde kan overigens ook waar zijn.

Daarnaast bleek het moeilijk te zijn om jonge patiënten (onder de vijftig) te vinden én om patiënten te vinden die de behandelingen recent hadden ondergaan. Vaak was het nu enige tijd geleden dat men zelf patiënt was, bij één persoon was het bijvoorbeeld tien jaar geleden dat er

kanker werd ontdekt. De informatie die zij gaven is dus enigszins gedateerd en de betrouwbaarheid van hun perceptie mogelijk verminderd. Ook de zorg zelf is in de tijd tussen behandeling en de gehouden interviews waarschijnlijk op verschillende punten anders geworden.

Voordat de eerste interviewvraag werd gesteld, werd patiënten en zorgverleners verteld dat het onderzoek ging over risico's ten gevolge van *zorgfouten*. Dit kan de antwoorden die zij daarna gaven, beïnvloed hebben. Als hen voor aanvang niet verteld was wat het doel van de interviews was, waren de resultaten mogelijk anders geweest en had men mogelijk helemaal niet gedacht aan fouten in de zorg.

Terugkijkend op de interviews als geheel valt op dat in de eerste gesprekken niet altijd antwoord werd gekregen op de vragen zoals ze bedoeld waren. De onderzoeker was meer gespannen en meer bezig met het stellen van de vragen op zich, dan met volledigheid en relevantie van de verkregen antwoorden voor de onderzoeksdoelstelling. In de loop van tijd is dit verbeterd. Toen werd door beter doorvragen vollediger informatie verkregen.

Patiëntenenquête

Als de resultaten van de patiëntenenquête per onderzochte polikliniek worden bekeken, valt vooral op dat de verschillen niet groot zijn.

Patiënten van één polikliniek geven aan bijna niet ongerust te zijn geweest. Op deze polikliniek vinden uitsluitend weinig ingrijpende behandelingen plaats. Dit kan ook van invloed zijn op de aanwezigheid en mate van angst.

Bovendien is dit een polikliniek waarvan slechts veertien mensen de enquête geretourneerd hebben.

5.2 CONCLUSIES

Over het algemeen kan op basis van dit onderzoek gezegd worden dat patiënten zich vooral druk maken over de ziekte op zich. Zowel bij de geënquêteerde als de geïnterviewde patiënten blijkt dat angst voor zorgfouten naar de achtergrond verdwijnt. Ze zijn zich wel bewust van mogelijke fouten, maar andere angsten overheersen.

Zorgverleners staan vooral stil bij eventuele fouten als er op de betreffende polikliniek ingrijpende (snijdende) behandelingen plaatsvinden. Ze noemen in het algemeen administratieve zaken als hen gevraagd wordt naar risico's die zij zien.

De drie eerste deelvragen die de probleemstelling “Hoe wordt risico door patiënten beleefd en welke risico's (onder andere ten gevolge van zorgfouten) ervaren patiënten en zorgverleners?” oproept, kunnen nu als volgt worden beantwoord.

De vierde deelvraag wordt bij de aanbevelingen behandeld.

5.2.1 Deelvraag 1: Beïnvloedende factoren van Risicobeleving

De vraag was “Welke factoren spelen een rol bij risicobeleving?”

Uit de literatuur komt naar voren dat risicobeleving afhankelijk is van vele factoren.

De belangrijkste zijn: de kennis van een risico, iemand zijn persoonlijkheid, vrijwilligheid, media, vertrouwen in instanties, de hoeveelheid verstrekte informatie, de ernst van een risico, geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, aantal kinderen en controle.

Uit dit onderzoek (de enquête en de interviews met patiënten) is gebleken dat vooral vertrouwen, informatie en geslacht een belangrijke en duidelijke rol spelen.

Kennis zorgt bij de geïnterviewde patiënten voor een veiliger gevoel. Bij de geënquêteerde patiënten komt dit niet duidelijk naar voren.

De media spelen voor de geïnterviewde patiënten een belangrijke rol bij de bewustwording van fouten in de zorg. De geënquêteerde patiënten geven aan dat de media bijna geen rol spelen bij de informatievoorziening met betrekking tot de veiligheid op de polikliniek. Zij zijn niet gevraagd naar de invloed van de media op de bewustwording van fouten.

Vertrouwen is alleen bij de geïnterviewde patiënten onderzocht en zorgt bij hen voor een lagere perceptie van risico's. Informatie zorgt voor een lagere perceptie als deze op het juiste tijdstip en in de juiste hoeveelheid wordt gegeven.

Voor de geïnterviewde patiënten zijn grote gevolgen met een kleine kans van optreden beangstigender dan kleine gevolgen met een grote kans van optreden. De meerderheid van de geënquêteerde patiënten vindt beide even erg. Ernst speelt alleen voor de geïnterviewden een duidelijke rol.

Geslacht heeft geen invloed op de aanwezigheid van angst, wel op de mate: vrouwen zijn significant angstiger dan mannen.

Leeftijd, opleiding en een spoedopname hebben geen invloed op de aanwezigheid en mate van angst.

De andere besproken factoren zijn niet getoetst.

5.2.2 Deelvraag 2 en 3a: Angst ten gevolge van Zorgfouten en andere oorzaken

De te beantwoorde vragen zijn hier:

“Over welke problemen maken patiënten zich de meeste zorgen?” en

“Over welke zorgfouten maken patiënten zich het meest ongerust?”

De conclusies kunnen getrokken worden op basis van de patiëntenenquête en de interviews met patiënten.

Patiënten maken zich de meeste zorgen over het feit dat ze weten dat ze ziek zijn, pijn hebben, de behandeling op zich, de mogelijk negatieve uitslag en de onzekere toekomstperspectieven. Patiënten zijn vooral vóór de behandeling nogal ongerust.

Over zorgfouten zegt bijna niemand zich zorgen te maken. Tijdens de interviews met patiënten wordt dit slechts één keer aangegeven. In de enquête noemt slechts 2,0% fouten als oorzaak van angst. Deze angst verdwijnt naar de achtergrond.

De meeste patiënten zijn zich overigens wel bewust van mogelijke fouten in de zorg. De media en ervaringen van anderen spelen daarbij de belangrijkste rol.

Over het algemeen kan gezegd worden dat de geïnterviewde kankerpatiënten zich het meest ongerust maken over de komende uitslag, terwijl voor de geïnterviewde hartpatiënten het onderzoek/behandeling wat dit betreft het belangrijkste is.

5.2.3 Deelvraag 3b: Zorgfouten waar zorgverleners zich druk over maken

De te beantwoorden vraag is hier: “Over welke zorgfouten maken zorgverleners zich het meest ongerust?”

De conclusies kunnen getrokken worden op basis van de interviews met de zorgverleners. Hoofden van poliklinieken, unitleiders en artsen noemen fouten slechts één keer als hen gevraagd wordt naar mogelijke risico's die zij zien als zij zelf patiënt zouden zijn. Men heeft het dan vooral over medicatiefouten en administratieve zaken. Patiënten blijken namelijk vaak niet goed te weten hoe ze de voorgeschreven medicijnen in moeten nemen.

Bij administratieve zaken gaat het vooral om het zoekraken van het medisch dossier, juiste patiëntidentificatie (het juiste dossier bij de patiënt), de overdracht van informatie tussen zorgverleners en de wachttijd.

Andere risico's die door zorgverleners genoemd worden, zijn de uitslag van het onderzoek en het geholpen worden door een onvoldoende kundige arts. Aangegeven wordt dat jonge assistenten onvoldoende worden begeleid en te snel worden losgelaten in de praktijk doordat superviserende artsen te snel aannemen dat ze het alleen kunnen.

Zorgverleners blijken op de hoogte te zijn van de belangrijkste angstoorzaken van patiënten. Ze geven, evenals patiënten, aan dat de angst voor de ziekte en de onzekerheid die daarbij komt kijken, de overhand heeft. Ook bij zorgverleners wordt angst voor fouten op deze manier naar de achtergrond verdrongen.

Angst voor fouten wordt alleen als oorzaak voor ongerustheid aangegeven als op de betreffende polikliniek ingrijpende behandelingen plaatsvinden. Zorgverleners zien dan dat mensen angstig zijn voor zaken die mis zouden kunnen gaan. De aard van de polikliniek lijkt hierin dus een rol te spelen.

5.3 AANBEVELINGEN

De laatste deelvraag luidde: “Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor het zorgbeleid met betrekking tot angstreductie van patiënten en tot voorkoming van zorgfouten?”

Uit de interviews met hoofden/unitleiders van poliklinieken en artsen komen ook aanbevelingen naar voren die niet direct betrekking hebben op de risicobeleving van patiënten. De verkregen beleidsaanbevelingen zijn in 5.3.1 weergegeven. In 5.3.2 worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

5.3.1 Aanbevelingen voor het zorgbeleid

Allereerst dient hier vermeld te worden dat uit dit onderzoek (met name uit de patiëntenenquête) blijkt dat patiënten erg weinig ongerust zijn over zorgfouten. Toch blijkt het belangrijk te zijn dat patiënten zoveel mogelijk gerustgesteld worden tijdens een bezoek aan het ziekenhuis, al gaat het dan niet over zorgfouten, maar de ziekte zelf. Angst is niet altijd zichtbaar en uit de interviews met patiënten bleek dat zij het erg geruststellend vinden als hen gevraagd wordt naar de ervaren angst.

Op alle poliklinieken kan nagenoeg hetzelfde beleid gehanteerd worden ter geruststelling van patiënten. De resultaten uit de patiëntenenquête geven duidelijk aan dat er op dit punt geen belangrijke verschillen zijn tussen de poliklinieken. Hoofden van poliklinieken, unitleiders en artsen geven wel verschillende verbeterpunten. Deze gaan echter verder dan de geruststelling van patiënten alleen en worden hierna besproken.

a. Informeren Patiënten

Volgens de geïnterviewde patiënten én de geïnterviewde zorgverleners is het belangrijk om *meer en betere* (eenvoudige en duidelijke) *informatievoorziening op het juiste tijdstip* te realiseren. Vooral vlak voor de behandeling blijkt hier behoefte aan te zijn.

De toenemende mondigheid van patiënten mag uiteraard niets afdoen aan het feit dat patiënten recht hebben op de voor hen nuttige informatie. Goede informatie moet standaard worden gegeven en niet alleen indien patiënten daarnaar vragen.

Artsen en medewerkers van de polikliniek hebben weinig tijd en patiënten hebben soms wat langer nodig om hun vragen te stellen. Bovendien wordt de informatie van de arts niet altijd even goed opgenomen, zeker niet tijdens een negatief bericht. Daarbij komt dat de meeste polikliniekmedewerkers (met name baliemedewerkers) geen inhoudelijke informatie mogen geven.

Gespecialiseerd verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij het verstrekken van de juiste informatie op het juiste tijdstip. Ze hebben vaak een eigen spreekuur en mensen kunnen daar, zowel voor als na de behandeling, terecht. Zij kunnen patiënten gedurende het hele behandeltraject volgen en zo nodig van informatie voorzien. Verschillende poliklinieken, zoals Chirurgie en Longziekten, hebben al erg positieve ervaringen met dit type verpleegkundigen.

Informatie voor de partners van patiënten wordt door de geïnterviewde patiënten ook belangrijk geacht. Zij zijn soms ongeruster dan patiënten zelf en verdienen daardoor de nodige aandacht. Doordat patiënten bij slecht nieuws nogal eens in een roes leven, kan een betere informatievoorziening voor partners ervoor zorgen dat de informatie, indirect, toch voor een meer blijvend effect zorgt.

Betere mondelinge informatie wordt door de geïnterviewde patiënten belangrijker geacht dan schriftelijke informatie. Folders worden in sommige gevallen als moeilijk ervaren en nemen angstgevoelens onvoldoende weg.

b. Geruststellen Patiënten

Zorgverleners moeten zich beter *bewust* worden van waar ze mee bezig zijn op het gebied van risico's. Dit blijkt uit de interviews met hoofden/unitleiders van poliklinieken. Het is belangrijk dat patiënten gevraagd wordt naar hun beleving van de angst die zij ervaren.

Zorgverleners doen dit te weinig en hebben mede daardoor onvoldoende inzicht in risico's zoals patiënten die zien. Patiënten horen centraal te staan. Dit gevoel moet overal in het ziekenhuis tot de basiscultuur gaan behoren, zowel bij ontvangst aan de balie als bij de arts en tijdens de nazorg. Ook door achteraf te vragen hoe ze het vonden, kan van patiënten geleerd worden. "Bedrijfsblindheid", zoals één zorgrespondent het noemde, kan dan verder teruggedrongen worden.

Patiënten vinden serieus genomen worden het belangrijkste in de zorgverlening, zo blijkt uit de patiëntenenquête. Door mensen serieus te nemen, voelen ze zich ook veiliger. Door goed naar patiënten te luisteren en daarop te anticiperen, kunnen zij voor een belangrijk deel gerustgesteld worden en zijn ze beter behandelbaar.

c. Onderlinge communicatie van zorgverleners.

De volgende zaken zijn hier van belang:

- Zorgverleners geven aan dat meer aandacht voor onderlinge *communicatie* tussen polikliniek medewerkers, artsen en artsen onderling, ervoor kan zorgen dat zij beter op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden. Op deze manier kunnen zij gericht zorg verlenen. Als polikliniek medewerkers meer weten over gemaakte afspraken tussen artsen en patiënten (bijvoorbeeld over vervolgsafspraken), kunnen zij patiënten helpen bij het beantwoorden van vragen en een grotere rol gaan spelen bij de geruststelling. De invoering van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) zou hierbij uitkomst kunnen bieden. Doordat patiënten niet steeds geholpen worden door dezelfde arts, is het belangrijk te werken met één digitaal rapportagesysteem. Artsen schrijven niet altijd alles op wat er afgesproken is met de patiënt. Andere artsen kunnen daardoor informatie missen, weglaten of bepaalde zaken voor de tweede keer uitleggen. Het kan ook van dienst zijn voor arts- en co-assistenten, omdat zij nog niet volledig kundig zijn en het EPD kunnen gebruiken in de informatievoorziening. Ook medicatie kan in een digitaal systeem worden verwerkt. Het EVS (elektronisch voorschrijfsysteem) bevindt zich al in de invoeringsfase. Artsen zijn dan op de hoogte van de plaats en status van ieder medicijn en de voorschriften van collega's.
- Op alle poliklinieken zou een regulier overleg moeten zijn tussen artsen en polikliniekmedewerkers. Door op vaste tijdstippen een overleg te plannen, zijn ad hoc afspraken niet langer nodig en ontwikkelt zich een duidelijke overlegstructuur.
- Werken aan het creëren van meer *openheid*. Getracht moet worden om een cultuur te bewerkstelligen waarin iedereen elkaar durft aan te spreken op (bijna) fouten. Door open te zijn, kan men leren van elkaars fouten en kunnen dezelfde fouten in de toekomst structureel worden voorkomen, vooral door het treffen van organisatorische maatregelen. Eén hoofd van een polikliniek gaf echter aan dat zij het niet handig zou vinden als iedereen elkaar binnen de polikliniek zonder meer aansprak. Zij stelt voor het via één punt te doen, wat naar haar mening de communicatie meer gestructureerd en duidelijker maakt.

5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek kan het interessant zijn de volgende vervolgonderzoeken uit te voeren:

- a. Onderzoek de risicoperceptie van opgenomen patiënten. Zien zij dezelfde risico's (ten gevolge van zorgfouten) en ervaren zij dezelfde angst of zorgt opname voor andere risico's en zorgen? De interviews met patiënten geven hier al een eerste beeld.
- b. Onderzoek de risicobeleving van patiënten in een ziekenhuis zonder academische functie. Zien zij risico's hetzelfde als de onderzochte patiënten in het azM?
- c. Interview patiënten die op dit moment nog in het zorgproces zitten. De betrouwbaarheid en de bruikbaarheid van de conclusies wordt dan verhoogd.
- d. Interview patiënten die niet aangesloten zijn (geweest) bij een patiëntenvereniging. De invloed van een patiëntenvereniging op de risicoperceptie wordt dan mogelijk zichtbaar.
- e. Interview meer artsen en direct in de zorg werkende verpleegkundigen. Omdat de geïnterviewde zorgverleners voornamelijk hoofden van poliklinieken waren, kan zo een beter beeld worden verkregen van de verleende zorg. De twee geïnterviewde artsen in dit onderzoek mogen namelijk niet als representatief voor de beroepsgroep worden gezien.
- f. Onderzoek de kwaliteit van de begeleiding van arts- en co-assistenten. Eén respondent geeft in dit onderzoek aan dat deze begeleiding onvoldoende is. Uitvoeriger onderzoek zou hier meer duidelijkheid kunnen bieden.
- g. Om de respons op de enquête zo hoog mogelijk te krijgen was het belangrijk dat de enquête makkelijk en redelijk snel in te vullen was. De vragen met betrekking tot veiligheid moesten daardoor beperkt blijven. Op deze manier zijn niet alle onderwerpen aan bod gekomen. Denk hierbij aan het opnemen van vragen over het belang van vertrouwen, vrijwilligheid en controle.

Literatuurlijst

- Barnett, J., & Breakwell, G. M. (2001). Risk perception and experience: hazard personality profiles and individual differences. *Risk Analysis*, 21(1), 171-77.
- Baron, J. (2004). Cognitive biases, cognitive limits, and risk communication. *Journal of Public Policy & Marketing*, 23(1), 7-13.
- Bouyer, M., Bagdassarian, S., Chaabanne, S., & Mullet, E. (2001). Personality correlates of risk perception. *Risk Analysis*, 21(3), 457-465.
- Brenner, R. (2002). Getting around Hawthorne. Opgehaald 24 oktober, 2005 van www.chacocanyon.com/pointlookout/021002.shtml
- Cross, F. B. (1998) Facts en values in risk assessment. *Reliability Engineering & System Safety*, 59(1), 27-40.
- Donaldson, L. (2003). Keep the patients safe. *Quality World*, 29(2), 10-12.
- Dosman, D. M., Adamowicz, W. L., & Hrudey, S. E. (2001). Socioeconomic determinants of health- and food safety-related risk perceptions. *Risk Analysis*, 21(2), 307-317.
- Finucane, M. L., & Holup, J. L. (2005). Psychological and cultural factors affecting the perceived risk of genetically modified food: an overview of the literature. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1603-1612.
- Frewer, L. (2004). The public and effective risk communication. *Toxicology Letters*, 149(1-3), 391-397.
- Gregory, R., Slovic, P., & Flynn, J. (1996). Risk perceptions, stigma, and health policy. *Health & Place*, 2(4), 213-220.
- Gutteling, J. & Kuttischreuter, M. (2002). The role of expertise in risk communication: laypeople's and expert's perceptions of the millennium bug risk in The Netherlands. *Journal of Risk Research*, 5(2), 35-47.
- Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H. & Verheggen, F. (2003). *Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma.
- Kreuter, M. W., & Strecher, V. J. (1995). Changing inaccurate perceptions of health risk: results from a randomized trial. *Health Psychology*, 14(1), 56-63.
- Lerner, J. S., & Keltner, D. (2001) Fear, anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 146-159.

- Lion, R., Meertens, R. M., & Bot, I. (2002). Priorities in information desire about unknown risks. *Risk Analysis*, 22(4), 765-776.
- Lloyd, A. J. (2001). The extent of patients' understanding of the risk of treatments. *Quality Health Care*, 10(1), 14-18.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Natter, H. M., & Berry, D. C. (2005). Effects of active information processing on the understanding of risk information. *Applied Cognitive Psychology*, 19(1), 123-135.
- Reid, S. G. (1999). Perception and communication of risk, and the importance of dependability. *Structural Safety*, 21(4), 373-384
- Renn, O. (2004). Perception of risks. *Toxicology Letters*, 149(1-3), 405-413.
- Rundmo, T. (1996). Associations between risk perception and safety. *Safety Science*, 24(3), 197-209.
- Siegrist, M., & Cvetkovich, G. (2001). Better negative than positive? Evidence of a bias for negative information about possible health dangers. *Risk Analysis*, 21(1), 199-206.
- Simpson, R. (2004). Managing the tree 'P's to improve patient safety: nursing administration's role in managing information technology. *International Journal of Medical Informatics*, 73(3), 559-561.
- Sjöberg, L. (2000). Factors in risk perception. *Risk Analysis*, 20(1), 1-11.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Slovic, P. (1999). Trust, Emotion, Sex, Politics, and Science: Surveying the Risk-Assessment Battlefield. *Risk Analysis*, 19(4), 689-701.
- Smith, D., & McCloskey. (1998). Risk communication and the social amplification of public sector risk. *Public money & management*, 23(2), 41-50.
- Tanaka, Y. (1998). Psychological dimensions of risk assessment: Risk perception and risk communication. *Progress in Nuclear Energy*, 32(3-4), 243-253
- Trettin, L., & Musham, C. (2000). Is trust a realistic goal of environmental risk communication? *Environment and Behavior*, 32(3), 410-426.
- Trumbo, C. W., & McComas, K. A. (2003). The function of credibility in information processing for risk perception. *Risk Analysis*, 23(2), 343-353.
- Viklund, M. J. (2003). Trust and risk perception in Western Europe: a cross-national study. *Risk Analysis*, 23(4), 727-738.

- White, M. P., Pahl, S., Buehner, M., & Haye, A. (2003). Trust in risky messages: the role of prior attitudes. *Risk Analysis*, 23(4), 717-726.
- Willems, R. (2004). Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Opgehaald 25 september, 2005 van www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/rapporten/SBShell06.pdf

BIJLAGEN

De bijlagen zijn gegroepeerd per gehanteerde onderzoeksmethode:

- A: Enquête onder patiënten
- B: Interviews met zorgverleners
- C: Interviews met patiënten

De Begrippenlijst is als aparte bijlage D toegevoegd.

BIJLAGEN A: PATIËNTENENQUÊTE

A.1 Enquêtevragen (met toelichting)

In deze bijlage is de volledige tekst, inclusief antwoordcategorieën van de enquêtevragen weergegeven die over het onderdeel “risicoperceptie” zijn gesteld.

De volgende vragen gaan over uw veiligheidsbeleving tijdens uw bezoek aan de polikliniek.

1. Heeft u zich op een of andere manier ongerust gevoeld bij één of meer van de volgende zaken? Zo ja, geef aan bij welk onderdeel het meest.
 - a. het gesprek
 - b. het lichamelijk onderzoek
 - c. de behandeling
 - d. ik heb me nooit ongerust gevoeld

Gesteld, omdat je allereerst wilt weten of mensen zich überhaupt angstig hebben gevoeld.

Vervolgens wil je weten wat het meest beangstigend is.

2. Wanneer precies voelde u zich het meest ongerust bij het gesprek, lichamelijk onderzoek of behandeling?
 - a. ervoor
 - b. tijdens
 - c. na het gesprek, lichamelijk onderzoek of behandeling
 - d. ik heb met nooit ongerust gevoeld

Gesteld, omdat je wilt weten welk moment van het ‘ziektetraject’ het meest beangstigend is. Hier kan later eventueel beleid (voorlichting) op worden afgestemd.

3. Hoe erg ongerust voelde u zich?
 - a. bijna niet
 - b. nogal
 - c. heel erg
 - d. ik heb me nooit ongerust gevoeld

Gesteld, omdat op deze manier onderscheid kan worden gemaakt tussen de mensen die heel erg en heel weinig ongerust waren. Dit is van belang bij de analyse.

4. Hoe ontstond uw ongerustheid?
 - a. door onbekendheid met de komende behandeling (**ga naar vraag 6**)
 - b. door de ernst van mijn ziekte (**ga naar vraag 6**)
 - c. door het idee dat er iets fout kon gaan in de zorg (**ga naar vraag 5**)
 - d. over andere zaken, namelijk..... (**graag in blokletters; ga naar vraag 6**)
 - e. ik heb me nooit ongerust gevoeld (**ga naar vraag 6**)

Gesteld, omdat je wilt weten of mensen ‘gewoon’ bang waren of bang voor eventuele fouten. Over dit laatste gaat het onderzoek, dus is het belangrijk om te weten of mensen bij het maken van fouten stilstaan.

Ongerustheid kan ontstaan door:

- **Onbekendheid met de behandeling (Slovic, 2000). Verminderde controle, ernst, catastrofisch potentieel en fatale consequenties kunnen de perceptie van het risico bepalen. Ook onbekendheid is van belang, omdat men het niet waar kan nemen, het onbekend is en de effecten vertraagd kunnen zijn.**
- **De ernst van de ziekte (Slovic, 2000).**
- **Idee dat er iets fout kan gaan. Staan mensen hierbij stil? Komt niet uit literatuur voort, maar uit doel onderzoek.**

5. Als het idee dat er iets fout kon gaan in de zorg de hoofdoorzaak was van uw ongerustheid, ligt dat dan aan uw verwachting over:
 - a. te weinig ervaring en/of kunde van de zorgverleners
 - b. te weinig zorgvuldigheid en aandacht door de zorgverleners
 - c. anders, namelijk..... (**graag in blokletters**)
 - d. ik heb me nooit ongerust gevoeld

Gesteld, omdat je wilt weten wat ervoor zorgt dat mensen bang zijn voor fouten. Waar liggen dus verbeterpunten voor de toekomst?

6. Voelde u zich tijdens deze afspraak veiliger dan alle vorige keren?
- ja
 - nee
 - ik voelde me de afgelopen keer even veilig als de keren daarvoor
 - ik heb me nooit ongerust gevoeld
 - dit was mijn eerste afspraak, dus ik kan deze vraag niet beantwoorden

Gesteld, omdat uit de literatuur blijkt dat meer ervaring voor minder angst zorgt.

Zorgt ervaring in het ziekenhuis voor een veiliger gevoel? (Slovic, 2000). Directe ervaringen met risicovolle activiteiten of gebeurtenissen kunnen zowel geruststellend zijn (zoals bij autorijden) of alarmerend (zoals bij tornado's of overstromingen). Over het algemeen zorgen dramatische gebeurtenissen voor een verhoogd gepercipieerd risico. Men wordt echter aan veel risico's niet direct blootgesteld. Dan gaat men af op andere personen en de media.

Geldt dit ook voor bezoeken aan het ziekenhuis? Voelt men zich veiliger naarmate men meerdere afspraken heeft gehad?

7. Welke van de onderstaande informatiebronnen zijn voor u het belangrijkste als het gaat om uw gevoel van veiligheid op de polikliniek (**één antwoord kiezen**)?
- zorgverleners
 - de media (tv, radio, nieuwsbladen)
 - ervaringen van familie, vrienden en goede bekenden
 - eigen ervaringen
 - internet
 - boeken en tijdschriften
 - anders, namelijk..... (**graag in blokletters**)

Welke informatiebronnen zijn het belangrijkste? Waar haalt men de meeste informatie uit en zijn dat ook de beste (meest informatieve en wetenschappelijke) informatiebronnen?

8. Wat vindt u in het algemeen beangstigender?
- heel grote gezondheidsgevolgen, maar met een heel kleine kans dat die mij overkomen
 - heel kleine gezondheidsgevolgen, maar met een grote kans dat die mij overkomen
 - ik vind het antwoord bij a. en b. even erg
 - ik heb me nooit ongerust gevoeld

Vindt men grote gevolgen met een kleine kans, of kleine gevolgen met een grote kans beangstigender? Uit de literatuur blijkt dat mensen over het algemeen angstiger zijn voor de eerste optie. Geldt dat ook voor patiënten?

9. Bent u ooit met spoed opgenomen geweest?

- a. ja
- b. nee

Patiënten die ooit met spoed opgenomen zijn geweest, zouden daardoor angstiger kunnen zijn. Door naar een eventuele spoedopname te vragen, zou er een verband gelegd kunnen worden tussen spoedopname en ervaren angst (de rest van de vragen dus).

10. Andere zaken die uw veiligheidsbeleving aangaan, maar onvoldoende aan de orde zijn gekomen:.....
.....

A.2 Resultaten Enquêtevragen

Vraag 1. Heeft u zich op een of andere manier ongerust gevoeld bij één of meer van de volgende zaken? Zo ja, geef aan bij welk onderdeel het meest?

De cijfers van de poliklinieken komen overeen met de cijfers in tabel 4.1.

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. het gesprek	6,9	6,3	7,5	5,3	7,0	9,1	5,8	7,1	5,4	9,5
b. het lichamenlijk onderzoek	3,7	3,1	5,6	3,5	3,1	3,3	3,8	-	3,6	4,1
c. de behandeling	4,8	4,2	5,6	6,2	7,8	3,3	2,9	-	2,7	6,8
d. ik heb me nooit ongerust gevoeld	82,7	86,5	77,6	84,1	80,6	81,8	85,6	92,9	85,6	78,4
Gemiddelde angst (1 = niet angstig, 2 = angstig)	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2

Vraag 2. Wanneer precies voelde u zich het meest ongerust bij het gesprek, lichamenlijk onderzoek of behandeling?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. ervoor	9,3	7,3	13,1	8,0	10,9	11,6	9,6	-	5,4	9,5
b. tijdens	7,4	8,3	7,5	7,1	8,5	6,6	3,8	-	7,2	12,2
c. na het gesprek, lichamenlijk onderzoek of behandeling	3,5	3,1	4,7	6,2	3,9	1,7	2,9	-	3,6	1,4
d. ik heb me nooit ongerust gevoeld	76,2	78,1	72,0	75,2	72,9	76,0	81,7	92,9	77,5	74,3

Vraag 3. Hoe erg ongerust voelde u zich?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. bijna niet	5,4	3,1	3,7	8,8	5,4	5,0	4,8	-	6,3	6,8
b. nogal	13,2	10,4	16,8	12,4	16,3	15,7	11,5	-	9,0	14,9
c. heel erg	4,6	6,3	6,5	2,7	4,7	3,3	2,9	7,1	5,4	5,4
d. ik heb me nog nooit ongerust gevoeld	73,6	78,1	71,0	72,6	71,3	71,9	76,9	92,9	73,0	68,9
Gemiddelde mate van angst (1 = niet, 4 = heel erg)	1,5	1,4	1,6	1,4	1,5	1,5	1,4	1,2	1,4	1,5

Vraag 4. Hoe ontstond uw ongerustheid?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. onbekendheid met komende behandeling	8,7	5,2	6,5	11,5	12,4	6,6	9,6	7,1	7,2	10,8
b. door de ernst van mijn ziekte	7,6	5,2	10,3	1,8	7,0	12,4	5,8	-	9,9	9,5
c. door het idee dat er iets fout kan gaan	2,0	4,2	2,8	1,8	3,1	1,7	-	-	-	2,7
d. andere zaken	4,0	4,2	7,5	5,3	3,1	3,3	1,0	-	4,5	4,1
e. ik heb me nooit ongerust gevoeld	71,2	74,0	64,5	74,3	69,0	71,9	76,9	92,9	70,3	64,9

Vraag 5. Als het idee dat er iets fout kon gaan in de zorg de hoofdoorzaak was van uw ongerustheid, ligt dat dan aan uw verwachting over:

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. te weinig ervaring en/of kunde van de zorgverleners	1,2	1,0	1,9	2,7	1,6	1,7	-	-	-	-
b. te weinig zorgvuldigheid en aandacht door zorgverleners	2,2	4,2	2,8	-	5,4	0,8	-	-	-	5,4
c. anders	3,5	5,2	7,5	3,5	3,1	1,7	1,0	-	3,6	2,7
d. ik heb me nooit ongerust gevoeld	17,4	14,6	14,0	23,9	17,1	20,7	19,2	-	13,5	17,6

Vraag 6. Voelde u zich tijdens deze afspraak veiliger dan alle vorige keren?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. ja	8,4	1,0	13,1	8,0	10,1	5,8	9,6	14,3	7,2	12,2
b. nee	7,0	9,4	8,4	2,7	7,8	9,9	3,8	-	7,2	8,1
c. even veilig	2,9	19,8	22,4	21,2	28,7	28,1	20,2	-	24,3	17,6
d. ik heb me nooit ongerust gevoeld	39,4	35,4	33,6	35,4	47,3	43,8	43,3	64,3	31,5	39,2
e. dit was mijn eerste afspraak, dus ik kan deze vraag niet beantwoorden	18,8	31,4	17,8	29,2	4,7	7,4	18,3	21,4	26,1	20,3

Vraag 7. Welke van de onderstaande informatiebronnen zijn voor u het belangrijkste als het gaat om uw gevoel van veiligheid op de polikliniek?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. zorgverleners	38,4	45,8	43,9	37,2	43,4	27,3	36,5	14,3	44,0	31,3
b. media	1,4	1,0	-	1,8	3,1	0,8	1,0	14,3	0,9	2,7
c. ervaringen van anderen	4,9	3,1	5,6	4,4	7,0	4,1	2,9	-	5,4	5,4
d. eigen ervaringen	43,0	37,5	39,3	40,7	42,6	54,4	44,2	64,3	35,1	47,3
e. internet	1,2	-	-	1,8	1,6	1,6	-	-	1,8	2,7
f. boeken en tijdschriften	7,0	1,0	-	2,7	0,8	-	1,9	-	-	-
g. anders	14,0	2,1	1,9	2,7	-	1,7	1,0	-	1,8	2,7

Vraag 8. Wat vindt u in het algemeen beangstigender?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. grote gevolgen, kleine kans	14,4	20,8	15,9	12,4	14,0	14,9	11,5	21,4	11,7	13,5
b. kleine gevolgen, grote kans	4,5	2,1	4,7	9,7	5,4	3,3	1,9	-	2,7	6,8
c. a en b zijn even erg	28,7	24,0	27,1	24,8	23,3	28,1	33,7	7,1	43,2	28,4
d. ik heb me nooit ongerust gevoeld	46,5	49,0	44,9	48,7	54,3	47,1	40,4	64,3	37,8	45,9

Vraag 9. Bent u ooit met spoed opgenomen geweest?

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. ja	49,5	32,3	46,7	31,0	66,7	54,5	57,7	35,7	49,5	47,3
b. nee	50,5	66,7	51,4	67,3	31,8	43,8	39,4	64,3	48,6	51,4

Geslacht

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
a. man	46,1	42,7	32,7	38,9	63,6	46,3	52,9	42,9	45,0	43,2
b. vrouw	52,8	56,3	67,3	60,2	34,9	52,9	47,1	57,1	53,0	54,1

Leeftijd

Polikliniek	Gemiddeld	1	2	3	5	6	8	10	11	16
Gemiddelde leeftijd	58	56	53	54	64	59	63	45	59	53

BIJLAGEN B: INTERVIEWS ZORGVERLENERS

B.1 Interviewvragen Zorgverleners (met toelichting)

In deze bijlage zijn de vragen vermeld die aan de hoofden van de poliklinieken, unitleiders en artsen zijn gesteld.

1. Maatregelen binnen het huidige Risicobeleid

- 1.1 Welke maatregelen worden er naar uw mening op de polikliniek (in het azM) genomen om fouten in de zorg zoveel mogelijk te voorkomen?
Link met enquête en interview patiënten: wat wordt er nu beleidsmatig gedaan om risico's zoveel mogelijk te voorkomen? Uit de enquête en de interviews zal blijken of deze eventuele maatregelen ook werken.
- 1.2 Wordt er tijdens het consult de mate van ervaren angst getoetst? (Zo ja, volgende vraag, zo nee vraag 14)
Link met interviews patiënten: ook hier wordt gekeken wat er vanuit de zorgverleners gedaan wordt, en of dit ook overeenkomt met wat patiënten ervaren.
- 1.3 Vraagt u naar de oorzaken van deze ongerustheid (o.a. behandeling vs. fouten)?
Zie vraag 1.2
- 1.4 Wat denkt u dat de belangrijkste oorzaken van deze ongerustheid zijn? (*ook fouten in de zorg?*)
Link met enquête en interviews: weten zorgverleners waarom patiënten ongerust zijn?
- 1.5 Wat wordt er nu al gedaan om mensen voor, tijdens en/of na een onderzoek of behandeling zo veel mogelijk gerust te stellen?
Link met enquête: komt het antwoord van zorgverleners overeen met dat van patiënten. Als dat niet zo is, is er ergens iets mis.
- 1.6 Ziet u andere mogelijkheden om mensen meer gerust te stellen?
Link met interview patiëntenverenigingen: ook leden van patiëntenverenigingen wordt gevraagd wat zij als verbeterpunten zien. Door ze naast elkaar te leggen, kan gekeken worden naar overeenkomende en verschillende punten van verbetering.

2. Het (patiënten) perspectief van de zorgverlener

- 2.1 Als u als patiënt zou worden opgenomen:

- op uw eigen poli afdeling
 - in het azM als geheel
1. Welke risico's **t.g.v. fouten** ziet u dan?
 2. Wilt u liever op een andere afdeling/ziekenhuis geholpen worden?

link met interview patiënten: op deze manier wordt gekeken of zorgverleners dezelfde risico's zien als patiënten (-verenigingen)

- 2.2 Wat zijn de redenen/oorzaken voor juist deze risico's?
- 2.3 Vindt u dat er op uw poli/ in het azM voldoende inzicht is in welke handelingen het:
 - meest risicovol zijn?
 - meest risicovol ervaren worden door patiënten?
- 2.4 Wat wordt er nu al aan de terugdringing van deze risico's gedaan?
- 2.5 Vindt u dat voldoende? (Zo nee, volgende vraag)
- 2.6 Hoe zou u willen dat met deze (zie 2) risico's wordt omgegaan?

B.2 Interviewmatrix Zorgverleners

Verticaal staan de 14 respondenten en horizontaal de gestelde vragen.

	1.1 Maatregelen ter voorkoming van fouten?	1.2 Toetsing ervaren angst?	1.3 Vragen naar oorzaken ongerustheid?	1.4 Oorzaken van ongerustheid?	1.5 Hoe mensen gerust stellen?	1.6 Hoe kan dit beter?
1	-Protocollen -Werkoverleg (vooral informeel) -Foutmeldingen	Afhankelijk van: -sociaal-vaardigheid dokter -tijd dokter	Niet beantwoord	-Individueel bepaald -Afhankelijk van de aard van de klacht	-Geven info (schriftelijk + mondeling)	-Meer schriftelijke info.
2	-Protocollen (Qualiflow) -MIP-commissie -Onderwijs -Wet BIG	Nee, wel bij ingrijpende behandeling (kaakchirurgie)	Alleen bij ingrijpende handeling	-Angst voor ingreep -Ervaringen van anderen -Mensen voelen zich ondergeschikt	-Geven info (schriftelijk + mondeling) -Goede opvang	-Meer aandacht voor patiënten -Naartoe lopen in wachtkamer bijvoorbeeld
3	Niet van op de hoogte.	Nvt	Nvt	-Het onbekende, onzekere	-Antwoord geven op vragen	-Casemanager -Betere info
4	-Protocollen -Werkoverleg (formeel met artsen en poli onderling) -Op fouten aanspreken	Geen idee	Nvt	-Het onbekende -Fouten (op tweede plaats)	-Geven info (schriftelijk + mondeling) -Gespecialiseerde verpleegkundigen	-Hoeft niet. Patiënten vragen zelf.
5	-Protocollen (Qualy-web) -Deskundig personeel -Werkoverleg (formeel met artsen en polikliniek onderling) -Op fouten aanspreken	Nee	Nvt	-Ongerustheid -Op <i>afdeling</i> staan mensen soms stil bij fouten.	-Geven van info (schriftelijk + mondeling) -Soms gespecialiseerd verpleegkundige	-Op meer plaatsen een contactpersoon
6	-Geprotocolleerd afsprakensysteem -Kaartensysteem -Werkoverleg (formeel) -MIP-commissie -Audit -Kwaliteitscoördinator -IPB-ers	Geen idee	Nvt	-Het onbekende (onwetendheid) -Weet niet of mensen stilstaan bij fouten	-Zaak van arts -Gespecialiseerd verpleegkundige -Geven info (schriftelijk + mondeling)	-Meer gespecialiseerde verpleegkundigen
7	-Risico-inventarisatie -Protocollen -Werkoverleg -Hoofd polikliniek spreekt aan op fouten	Ja	-Ja. Bang voor pijn /vallen.	-Weinig vertrouwen gezondheidszorg -Niet voor fouten	-Verder kijken dan patiënt alleen -Geven info (schriftelijk + mondeling)	-Meer protocollair werken
8	-Protocollen -Werkoverleg -MIP-commissie -Klinische les voor	-Nee -Misschien door dokter	Nvt	-Dingen misgaan -Niet genoeg info -Weinig vertrouwen door wachttijden	-Door verpleegkundigen en artsen -Geven info	-Bewust zijn van patiënt -Kortere wachttijden -Blijven informeren en

	verpleegkundigen			-Jonge assistenten	(schriftelijk + mondeling)	vragen -Gebruik van mystery-gast
9	-Protocollen (Qualiflow) -Besprekingen (o.a. dagelijkse de nieuwe patiënten) -Statussen ad random bekijken	Nee	Nvt	-Gaaf over mensen zelf -Meer info beschikbaar (media) -Onvoldoende info gegeven	-Geven info (schriftelijk + mondeling) -Specialist-verpleegkundige	-Meer informatie geven
10	-Richtlijnen en protocollen (Qualiweb + eigen site) -Controleren ponsplaatje -Werkoverleg	-Denk van niet -Bij angstige mensen wel	Nvt	-Uitslag -Ongerustheid over ziektebeeld -Angst voor behandeling (onbekendheid)	-Goede uitleg (schriftelijk + mondeling) -Nurse practitioner -Film -Dag-voor-dag kaart -Coördinatie verpleegkundige	-Mensen tegemoet komen bij wensen over afspraken -Betere informatieverstrekking vanuit dokter
11	-Dubbel check onderzoeken -Controle brieven arts-assistenten -Overleg bij moeilijke patiënten -Uitslagen onderzoek in postvakje -MIP-melding -Op afdeling: doorspreken van alle patiënten Op polikliniek: doorspreken van alleen probleemgevallen -Bij terugkerende fout: ontwikkelen beleid	Nee, niet structureel	Nvt	-Uitslag (ziekte) -Wat eraan gedaan kan worden -Angst voor onderzoek / ingreep (afhankelijk van persoon) -Angst voor fouten overheerst door angst voor ziekte zelf	-Uitleg (mondeling en door middel van een folder) door arts en balie medewerkers (op afdeling ook verpleging)	-Kan altijd beter -Betere mondelinge info
12	-Protocollen (digitaal beschikbaar) -Klachtensysteem van patiënten -Verbetercyclus-systematiek -Werkoverleg	Nee	Nvt	-Te weinig info -Uitslag -Onbekendheid	-Afspraken goed op elkaar laten volgen -Niet lang laten wachten -Mensen open benaderen, begripvol -Goede voorbereiding arts -Gespecialiseerd verpleegkundige	-Doorlooptijd kort houden -Patiënt moet uitgangspunt zijn -Men moet beseffen dat men hier is voor de patiënt
13	-Alert op klachten van patiënten -Werkoverleg	Ja. Angst vaak deel van klacht.	Ja	-De aandoening	-Persoonlijke benadering -Goede uitleg (schriftelijk + mondeling) -Toetsing begrip van uitleg -Afspraak polikliniek mensen toesturen	Nee

14	-Checken van juiste gegevens bij juiste patiënt (vragen naam en geboortedatum) -Nakijken of je de juiste druppels gebruikt -Protocollen -Werkoverleg	Nee	Nvt	-Onwetendheid -Onvoldoende info -Uitslag -Angst voor fouten als er ooit iets mis is gegaan	-Goede benadering aan telefoon en balie -Vooral mondeling	-Kortere wachttijden -Mensen hier beter over informeren -Meer tijd voor patiënt
-----------	---	-----	-----	---	--	---

Vervolg:

	2.1 1. Welke risico's ziet u als patiënt? 2. Liever op andere poli geholpen?	2.2 Redenen voor deze risico's?	2.3 1. Voldoende inzicht in risicovolle handelingen? 2. Welke meest risicovol gezien door pat?	2.4 Maatregelen ter voorkoming van risico's?	2.5 Vindt u dat voldoende?	2.6 Verbeteringen?
1	1. Geholpen worden door onkundige dokter 2. Nee, overal hetzelfde	Onvoldoende kwaliteit van de dokters	1. Ja. Daar wordt aandacht aan gegeven. 2. Geen duidelijk antwoord op gegeven.	-Protocollen -Melden -Bespreken -Goede teamsfeer	Niet altijd	-Alert blijven -Continu aandacht aan geven; bottom-up en top-town.
2	1. -Op oncologie: 'wat staat je te wachten?' -Wachttijd voor een spoedbehandeling -In azM: 'risico' van een andere zorgverlener dan verwacht/gewild. 2. Nee, overal hetzelfde	-Onvoldoende artsen -Onvoldoende kunde specialisten	1. Ja. Anders is er iets goed mis. 2. Patiënten zijn bang voor ingreep in zijn algemeenheid (geen antwoord op de vraag)	-Goede communicatie -Goede opvang -Luisteren naar patiënten	Nee	-Luisteren naar patiënten -Meer mondelinge info geven -Meer tijd voor patiënt -betere onderlinge communicatie
3	1. -Niet prettig voelen in kleine wachtkamer. -“Wat gaat er dadelijk met mij gebeuren?” 2. Qua ruimte en sfeer wel	Nvt	1. Geen idee; we zien artsen nooit werken 2. Er vinden hier geen behandelingen plaats	Nvt	Nvt	-Samenwerking en communicatie tussen poli en artsen
4	1. -Wachttijd -Wisselende artsen 2. Nee, overal hetzelfde	-Personeelstekort -Academisch ziekenhuis (mensen worden opgeleid)	1. Ja (Door RIE) 2. Nee (staan we buiten)	-Protocollen	Ja	Nee, goed zoals het gaat.
5	1. -Zoek zijn medisch dossier -Doorgeven gegevens 2. Weet niet, denk overal hetzelfde	-Teveel mensen betrokken bij proces -Overgang naar digitaal systeem	1. Ja (Door BIG-regeling) <i>Geldt voor afdeling</i> 2. Nee	-Steggelen met dokters -Bespreken bij overleg -Contoleren poli-kaarten	Meer is niet mogelijk	-Aan afspraken houden -Alles digitaal -Echte verbeteringen niet te noemen
6	1. Identificatie van de patiënt 2. Nee, overal hetzelfde	-Geen identificatie bij inschrijfbureau	1. Ja (Door RIE) 2. Nee	-Protocollen	Het kan altijd beter	-Structureel overleg met artsen -Daartoe aanwijzen van supervisor

BIJLAGE B.2

7	1.Zoek zijn medisch dossier 2.Nee	-Slordigheid	1. Ja 2. Ja	-Geruststelling en uitleg	Ja	-Automatisering
8	1.-Identificatie patiënt -Mogelijke fouten bij alle ingrepen -Jonge assistent 2. Ja, in perifeer ziekenhuis	-Onvoldoende supervisie -Onvoldoende handvaardigheid -Snel werken -Balie denkt dat het goed is	1. Ja 2. Ja	-Goede protocollen -Goede communicatie -Leren van fouten	-Kan altijd beter	-Zaken opnieuw op agenda zetten -Meer communicatie (met name arts – verpleegkundige)
9	1.-Fragmentering van zorg -Iedereen komt bij superspecialist 2. Nee	-Fragmentering -Gebrek aan mensen met generalistische blik	1. Vinden hier geen onderzoeken of behandelingen plaats 2. Nee	-Discussie over werktijd-regeling -Audits, visitaties	-Genoeg -Niet zeker of alle fouten gemeld worden	-Meer melden -Overdracht kan beter -Elektronisch patiëntendossier -Wachttijd moet teruggedrongen worden
10	1.-Identificatie patiënt -Controle van medicijnen -Hygiëne 2. Nee	-Onoplettendheid	1. Ja 2. Ja	-Bespreekbaar maken -Wijzen op fouten -Mensen gerust stellen	-Ja	-Alert zijn -Leren uit ervaring
11	1.-Fouten met medicatie -Informatie voorziening in overdracht 2. Nee	-Onvoldoende controle en onderricht (bij fouten met medicatie) -Onvoldoende documentatie door tijdsdruk	1. Wel enig inzicht 2. Nee. Patiënt is niet deskundig. Uit ervaring weet je wel wat vervelende onderzoeken of behandelingen zijn.	-Mensen gerust stellen -Protocollen	-Wat is genoeg? -Fouten worden aangepakt	-‘Fout’ en verbetering moeten in verhouding staan -Meer aandacht voor medicatiegebruik en overdracht (door bijeenkomst en analyse probleem) -Meer caravertpleegkundigen -Verpleging neemt deel van werk caravertpleegkundigen over
12	1.-Niet weten dat afspraak gewijzigd is -Uitslagen niet aanwezig -Verkeerde uitslagen -Uitslagen verkeerd geïnterpreteerd 2.Nee	-Routine -Nonchalant -Stress	1. Denk het niet. RIE heeft geen hoge prioriteit. Mensen staan niet stil bij fouten: ‘bedrijfsblindheid’ 2. Nee	-Je moet er eerst voor open staan -Zorgverleners worden hier meteen geconfronteerd met fouten -Feedback (werkoverleg, dagelijks)	-Voldoende aandacht	-Communicatie (door ontschotting) -Maatregelen nu: wisselen werkplek en kijkdagen -P&O-consulent uit die procedure van wisseling -Risico-management onderdeel maken van leven van alledag
13	1.-Afspraak op verkeerde moment -Verwisseling dossiers -Niet beschikbaar zijn van dossiers 2. Nee	-Meerdere mensen hebben dossier nodig -Processen sluiten niet op elkaar aan -Onvoldoende toetsing	1. Geen handelingen 2. Ja	-Spreken over privacy -Patiënten vragen naar andere medicijnen	Ja	Nee
14	1.-Geven van verkeerde druppels -Onsteriel werken -Na behandeling deelname aan verkeer	-Hoge werkdruk -Verkeerd in status -Verkeerde opdracht arts	1. Ja 2. Ja	-Goede uitleg	Nee	-Meer tijd voor patiënt nemen -Inzet gespecialiseerd verpleegkundige

	door patiënten 2.Nee	-Onervarenheid van jonge arts -Eigenwijsheid patiënten				
--	-------------------------	---	--	--	--	--

B.3 Resultaten Interviews Zorgverleners in tabelvorm

Maatregelen ter voorkoming van fouten	N
a. Protocollen	14
b. Werkoverleggen	14
c. Informeel aanspreken op fouten	6
d. Melden bij MIP	4
e. Uitslagen van onderzoeken controleren	1
f. Brieven arts-assistenten checken	1
g. Zorgen dat de juiste gegevens beschikbaar zijn	1

Toetsing van angst	N
a. Nee	10
b. Geen idee	2
c. Ja	1
d. Afhankelijk van de arts	1

Oorzaken ongerustheid patiënten	N
a. Het onbekende en de onzekerheid	11
b. Fouten	4
c. Onvoldoende informatie	3
d. Onvoldoende vertrouwen	1
e. Geholpen door jonge arts of assistent	1

Geruststellen patiënten	N
a. Informatie geven	12
b. Gespecialiseerd verpleegkundige	6
c. Een zaak van de arts	2

Mogelijkheden om mensen meer gerust te stellen	N
a. Meer en betere informatievoorziening	7
b. Verbeteringen zijn niet nodig	2
c. Meer inzet gespecialiseerd verpleegkundige	2
d. Feedback vragen van patiënten	2
e. Meer tijd nemen voor patiënt	2

Risico's als patiënt zijnde	N
a. Zoekraken medisch dossier	3
b. Patiëntidentificatie	2
c. Uitslag van het onderzoek	2
d. Wachtijd	2
e. Onkundige arts	2
f. Overdracht	2
g. Fouten	1
h. Overdracht	1
i. Onsteriel werken	1
j. Therapieontrouw	1

Oorzaken van die risico's	N
a. Teveel mensen bij proces betrokken	2
b. Geen identificatie bij inschrijfbureau	1
c. Personeelstekort	1
d. Slordigheid	1
e. Overgangsfase naar digitaal systeem	1
f. Onvoldoende supervisie	1
g. Onvoldoende kwaliteit en kunde van artsen	1
h. Onoplettendheid	1
i. Onvoldoende documentatie bij overdracht	1
j. Hoge werkdruk	1
k. Fout in status	1
l. Onervarenheid artsen	1

Inzicht in risicovolle handelingen	N
a. Ja	10
b. Nee, geen handelingen op polikliniek	2
c. Nee, geen zicht op werk van artsen	1
d. Nee, zorgverleners staan er te weinig bij stil	1

Inzicht in handelingen door patiënten als risicovol gezien	N
a. Nee	11
b. Ja	3

Huidige maatregelen om risico's terug te dringen	N
a. Wijzen op (bijna) fouten	5
b. Patiënten geruststellen	5
c. Protocollair werken	4

Mogelijke verbeteringen	N
a. Niet nodig	4
b. Communicatie	4
c. Betere bewustwording van eigen werk	2
d. Meer luisteren naar patiënten	1
e. Overdracht	2
f. Elektronisch Patiënten Dossier	1
g. Meer tijd voor patiënt	1
h. Inzet gespecialiseerd verpleegkundige	1

B.4 Lijst geïnterviewde Zorgverleners

Zorgverleners van de volgende poliklinieken werden geïnterviewd:

- Polikliniek Urologie: hoofd polikliniek
- Polikliniek KNO en polikliniek Mondziekten en Kaakchirurgie: hoofd beide poliklinieken en unitleider polikliniek Mondziekten en Kaakchirurgie
- Polikliniek Interne Geneeskunde: hoofd polikliniek
- Polikliniek Neurologie / Neurochirurgie: unitleider beide poliklinieken
- Polikliniek Chirurgie: hoofd polikliniek en unitleider
- Polikliniek Revalidatie: hoofd polikliniek
- Polikliniek Dermatologie: hoofd polikliniek
- Polikliniek Orthopedie / Plastische Chirurgie: hoofd beide poliklinieken
- Polikliniek Oogheelkunde: unitleider
- Polikliniek Longziekten: hoofd polikliniek
- Polikliniek Hart- en Vaatziekten: hoofd polikliniek
- Polikliniek Psychiatrie: hoofd polikliniek

Daarnaast vonden er interviews plaats met twee artsen.

BIJLAGEN C: PATIËNTENINTERVIEWS

C.1 Interviewvragen patiënten (met toelichting)

In deze bijlage zijn de vragen vermeld die aan de patiënten zijn gesteld tijdens de interviews met het doel van de vraag en de eventuele link met de patiëntenenquête, interviews met zorgverleners en/of literatuur.

a. Aanwezigheid en mate van angstgevoelens

1.1 Welke risico's ziet u bij een onderzoek of behandeling?

- tgv de ingewikkeldheid van de ingreep?
- tgv fouten?

Wat voor risico's zien patiënten voornamelijk?

1.2 Heeft u zich op een of andere manier ongerust gevoeld bij een van uw onderzoeken of behandelingen? (Zo niet, dan ga ik verder met vraag 2.3)

Zelfde als enquête

1.3 Wanneer precies voelde u zich het meest ongerust: voor, tijdens of na gesprek, onderzoek of behandeling?

Zelfde als enquête

1.4 Voelt u zich minder ongerust, naarmate u meer behandelingen heeft ondergaan in het ziekenhuis?

Zelfde als enquête

1.5 In welke mate voelde u zich ongerust?

Zelfde als enquête

1.6 Hoe ging u met deze gevoelens van ongerustheid om?

Wat doen patiënten om zich geruster te voelen? Is hier ook een rol weggelegd voor zorgverleners?

2. Oorzaak van angstgevoelens

2.1 Kunt u aangeven waarom u zich ongerust maakt?

- a. lichamenlijk onderzoek of behandeling te moeten ondergaan en daarbij het gevoel te hebben de controle uit handen te geven;
- b. niet bekend zijn met het lichamenlijk onderzoek of de behandeling;
- c. de plaatselijke of algehele verdoving;

Wat maakt mensen bang? Waar moet de geruststelling zich in de toekomst dus op gaan richten?

- 2.2 Ontstond uw ongerustheid door de ernst van de ingreep of vanwege het idee dat er iets ernstig fout kon gaan?

Zelfde als enquête

- 2.3 Heeft u veel vertrouwen in de zorgverlening?

- Zo ja, om welke reden?
- Zo nee, waarom niet?

Vertrouwen zorgt voor een lagere risicoperceptie. Deze samenhang kan met behulp van deze vraag onderzocht worden.

- 2.4 Staat u er tijdens een bezoek aan het ziekenhuis bij stil dat ook daar fouten gemaakt kunnen worden?

Is men zich bewust van fouten? Is er een relatie tussen het bewustzijn van fouten en het daadwerkelijk zien als een risico?

- 2.5 Hoe komt het dat u hierbij wel/nooit stil staat?

3. Vergelijking risico's

- 3.1 Wat vindt u in het algemeen beangstigender?

- heel ernstige gevolgen, maar met een heel kleine kans dat het gebeurt;
- geringe gevolgen, maar met een vrij grote kans dat het gebeurt;

Zelfde als enquête

- 3.2 Als u alleen kijkt naar alledaagse risico's (bijvoorbeeld thuis van de trap vallen), denkt u dan dat u in vergelijking met anderen (van dezelfde leeftijd) minder, evenveel of meer risico loopt?

Toetsing literatuur

- 3.3 Als u kijkt naar risico's van medische zorghandelingen, denkt u dan dat u in vergelijking met anderen (van dezelfde leeftijd) minder, evenveel of meer risico loopt?

Geldt dit gegeven uit de literatuur ook voor de gezondheidszorg?

4. Informatieverstrekking

- 4.1 Voelde u zich veiliger door alle info die u kreeg?

Toetsing literatuur

- 4.2 Zou meer uitleg zorgen voor een veiliger gevoel?

Is dit een verbeterpunt?

- 4.3 Welke informatiebronnen zijn voor u het belangrijkste als het gaat om uw gevoel van veiligheid in het ziekenhuis? (bijvoorbeeld zorgverleners, media, familie, eigen ervaringen, internet, boeken of tijdschriften)

Zelfde als enquête

5. Maatregelen vanuit de zorgverlening

5.1 Had u het gevoel dat zorgverleners stil stonden bij uw ongerustheid?

- Zo ja, op welke manier?

Eventueel verbeterpunt voor de toekomst? Link met interviews zorgverleners.

5.2 Werd er tijdens het intakegesprek gevraagd naar uw ongerustheid?

Zie vorige vraag

5.3 Wat zou er volgens u beter gedaan kunnen worden om u voortaan een veiliger gevoel te geven bij een gesprek?

Zie vorige vraag

6. Sociale steun

6.1 Ontving u steun uit uw sociale omgeving? (Familie, vrienden, burens, mede-patiënten)

Hoe gaan mensen om met ongerustheid?

6.2 Kon u daardoor beter met uw ongerustheid omgaan?

Zie vorige vraag

7. Bent u ooit met spoed opgenomen geweest?

Zelfde als enquête

C.2 Patiënten- Interview Matrix

Verticaal staan de respondenten aangegeven, horizontaal de gestelde vragen.

De bijbehorende uitleg staat in bijlage C.4.

	1.1 Perceptie van risico's	1.2 Ongerust gevoeld	1.3 Wanneer ongerust	1.4 Door ervaring geruster	1.5 Mate ongerustheid	1.6 Omgang met ongerustheid
1	-Narcose -Niet luisteren naar patiënt @	Ja, -voor de uitslag #	-Voor	Ja	-Heel erg	-Steun omgeving -Steun zorgverlening
2	-Juiste chemo * -Infuus *	Ja, -op cruciale momenten #	-Voor -Tijdens	Ja	-Heel erg	Zelfverwerking
3	-Communicatie *	Ja, -voor uitslag # -door informatie	-Voor	Ja	-Erg	-Steun omgeving
4	-Verkeerde medicijnen *	Ja, -voor onderzoek #	-Tijdens	Ja	-Behoorlijk	-Zelfverwerking -Steun omgeving -Steun zorgverlening
5	-De onbekendheid @ -Tekort aan tijd van artsen &	Ja	-Voor -Tijdens	Ja	-Behoorlijk	-Zelfverwerking
6	-Hoe lang zal het wegblijven? @	Nee, ik denk niet aan fouten	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt
7	Geen, bijna geen onderzoeken of behandelingen gehad.	Nee (partner wél)	Nvt	Nvt	Nvt	Nvt
8	-Communicatie *	Ja, -voor catheterisatie #	-Voor	Nvt	-Heel erg	-Steun zorgverlening
9	-Geen -Moeilijke hartoperatie #	Ja, -voor onderzoek #	-Voor -Tijdens	Ja	-Behoorlijk	-Steun omgeving -Steun zorgverlening
10	-Communicatie *	Ja, -voor fouten *	-Voor	Ja	-Erg	-Steun omgeving -Steun zorgverlening

	2.1 Oorzaak angst	2.2 Angst voor ingreep of fouten	2.3 Vertrouwen in zorgverlening	2.4 Bewust van fouten in ZH	2.5 Waarom wel / niet	3.1 Wat is beangstigender?
1	-Uitslag -Pijn -Onbekendheid behandeling -Toekomst-perspectief -Ervaring anderen	-Ingreep -Fouten	- Niet volledig	-Ja	-Media -Eigen ervaring	A
2	-Behandeling zelf	-Ingreep	-Ja	-Ja	-Media -Ervaring anderen	A
3	-Ziekte (kanker)	-Niet ongerust tijdens ingreep	-Niet volledig	-Ja	-Eigen ervaringen -Media -Ervaring anderen	A
4	-Ziekte (kanker)	-Ingreep	-Niet volledig	-Ja	-Ervaring anderen -Media	A
5	-Ziekte (hart)	-Fouten	-Niet volledig	-Ja	-Eigen ervaring -Ervaring anderen	B
6	Nvt	Nvt	-Ja	-Nee	-Eigen ervaring	A
7	Nvt	Nvt	-Nee	-Ja	-Media	A
8	-Behandeling zelf	-Ingreep -Fouten	-Ja	-Ja	-Kritische blik -Eigen ervaring	A
9	-Toekomstperspectief	-Ingreep	-Ja	-Ja	-Eigen ervaring -Media	B
10	-Onbekendheid behandeling -Fouten	-Fouten	-Niet volledig	-Ja	-Media -Ervaring anderen	A

	3.2 Evenveel risico als anderen (alledaags)	3.3 Evenveel risico als anderen (ziekenhuis)	4.1 Veiliger door info	4.2 Meer uitleg zorgen voor een veiliger gevoel	4.3 Belangrijkste infobronnen	5.1 Aandacht ZV voor ongerustheid
1	-Ja	-Minder	-Nee	-Ja	-Zorgverleners -Literatuur	-Sommige
2	-Ja	-Ja	-Gedeeltelijk	-Ja	-Zorgverleners -Patiëntenvereniging	-Nee
3	-Meer	-Minder	-Nee	-Ja	-Zorgverleners -Eigen ervaringen -Media	-Sommige
4	-Ja	-Minder	-Nee	-Ja	-Literatuur -Patiëntenvereniging -Zorgverleners	-Ja
5	-Meer	-Minder	-Ja	-Geen idee	-Zorgverleners -Media	-Nee
6	-Ja	-Minder	-Nee	-Geen idee	-Zorgverleners	-Ja
7	-Ja	-Ja	-Nee	-Ja	-Zorgverleners -Media	-Nee
8	-Ja	-Ja	-Ja	-Ja	-Zorgverleners	-Ja
9	-Ja	-Minder	-Ja	-Ja	-Organisatie ziekenhuis -Zorgverleners	-Ja
10	-Ja	-Ja	-Ja	-Nee	-Zorgverleners -Omgeving	-Ja

	5.2 Tijdens intakegesprek naar ongerustheid gevraagd	5.3 Wat zou voor veiliger gevoel zorgen?	6.1 Sociale steun	6.2 Daardoor beter omgaan met ongerustheid	7. Ooit met spoed opgenomen geweest
1	-Nee	-Meer tijd voor patiënt	-Ja	-Ja	-Nee
2	-Nee	-Goede info	-Ja	-Ja	-Nee
3	-Ja	-Meer tijd voor patiënt	-Ja	-Ja	-Ja
4	-Nee	-Geen idee	-Ja	-Ja	-Ja
5	-Nee	-Je probeert elkaar gerust te stellen. Zorgverlener is daar te druk voor (<i>geen antwoord op vraag</i>)	-Ja	-Ja	-Ja
6	-Ja	-Niets	-Nee	-Nee	-Ja
7	-Nee	-Goede info -Patiënt én partner inlichten	-Ja	-Nee	-Ja
8	-Nvt	-Goede info	-Ja	-Ja	-Ja
9	-Ja	-Gebruik maken van ervaringsdeskundigheid van patiënten, vóór de operatie	-Ja	-Ja	-Ja
10	-Nee	-Betere communicatie	-Ja	-Ja	-Nee

C.3 Resultaten Patiënteninterviews in tabelvorm

Risico's die patiënten zien	N
a. Fouten	5
- Geven van de juiste chemokuur	1
- Fouten bij het infuus	1
- Onderlinge communicatie zorgverleners	2
- Geven van de juiste medicijnen	1
b. Gemengd risico van de ziekte zelf, de behandeling en bejegening	3
- Niet luisteren naar de patiënt	1
- Prognose van de ziekte	2
c. Gemengd angst voor ziekte en behandeling	1
- Moeilijke hartoperatie	1
d. Combinatie echte fout en bejegening	1
- Tekort aan tijd van artsen	1

Gevoelens van ongerustheid	N
a. Ja	8
- Voor uitslag	2
- Op cruciale momenten	1
- Door informatie	1
- Voor onderzoek	3
- Voor fouten	1
b. Nee	2

Wanneer ongerust	N
a. Voor	7
b. Tijdens	4
c. Nvt	2

Door ervaring geruster	N
a. Ja	7
b. Nvt	3

Mate van ongerustheid	N
a. Behoorlijk	3
b. Erg	2
c. Heel erg	3
d. Nvt	2

Omgang met ongerustheid	N
a. Steun omgeving	5
b. Steun zorgverlening	5
c. Zelfverwerking	3
d. Nvt	2

Oorzaak angst	N
a. Ziekte	3
b. Behandeling zelf	2
c. Onbekendheid behandeling	2
d. Toekomstperspectief	2
e. Fouten	1
f. Uitslag	1
g. Pijn	1
h. Nvt	2

Angst voor ingreep of fouten	N
a. Ingreep	5
b. Fouten	4
c. Niet ongerust tijdens ingreep	1
d. Nvt	2

Vertrouwen in zorgverlening	N
a. Ja	4
b. Nee	1
c. Niet volledig	5

Bewust van fouten in ziekenhuis	N
a. Ja	9
b. Nee	1

Waarom wel / niet bewust van fouten	N
a. Media	7
b. Eigen ervaring	5
c. Ervaring anderen	5
d. Kritische blik	1

Wat is beangstigender?	N
a. Grote gevolgen met en kleine kans	8
b. Kleine gevolgen met een grote kans	2

Patiënt evenveel (alledaags) risico als anderen?	N
a. Ja	8
b. Meer	2

Patiënt evenveel (ziekenhuis) risico als anderen?	N
a. Ja	4
b. Minder	6

Veiliger door verkregen informatie	N
a. Ja	4
b. Nee	5
c. Gedeeltelijk	1

Zou meer uitleg zorgen voor een veiliger gevoel	N
a. Ja	7
b. Nee	1
c. Geen idee	2

Belangrijkste informatiebronnen	N
a. Zorgverleners	10
b. Literatuur	2
c. Patiëntenvereniging	2
d. Eigen ervaringen	1
e. Media	3
f. Organisatie ziekenhuis	1
g. Omgeving	1

Aandacht van zorgverleners voor ongerustheid	N
a. Ja	5
b. Nee	3
c. Sommige	2

Tijdens intakegesprek naar ongerustheid gevraagd	N
a. Ja	3
b. Nee	6
c. Nvt	1

Wat zou voor een veiliger gevoel zorgen	N
a. Meer tijd voor de patiënt	2
b. Goede informatie	3
c. Geen idee	2
d. Niets	1
e. Patiënt én partner inlichten	1
f. Gebruikmaken van ervaringsdeskundigheid van patiënten, vóór de operatie	1
g. Betere communicatie	1

Sociale steun ontvangen	N
a. Ja	9
b. Nee	1

Door sociale steun beter met ongerustheid omgaan	N
a. Ja	8
b. Nee	2

Ooit met spoed opgenomen geweest	N
a. Ja	7
b. Nee	3

C.4 Toelichting op de Patiënten-Interview Matrix (C.2)

Deze toelichting op de patiëntenmatrix geeft meer informatie bij vragen die door patiënten tijdens de interviews op verschillende manieren zijn beantwoord.

De cijfers voor de onderwerpen geven de vraag aan in het interview zelf en in de matrix.

1.1 Perceptie van risico's

- * echte fouten
- @ gemengd risico van de ziekte zelf, van de normale behandeling en van de bejegening
- # gemengd angst voor ziekte en behandeling
- & combinatie echte fout en bejegening
- ^ puur bejegening ('lomp' behandeld)

1.6 Omgang met ongerustheid

- Steun omgeving
 - partner
 - anderen
- Steun zorgverlening
 - verpleegkundige
 - voorzitter BVN
- Zelfverwerking
 - verwerking en acceptatie
 - hopen op het beste
 - veel bezig zijn

2.1 Oorzaak

- Onbekendheid behandeling: wat gaat er gebeuren?
- Behandeling zelf:
 - pijnlijk / vervelend
 - met een vloeistof je lichaam ingaan: "dat vind ik doodeng"
- Uitslag (onzeker)
- Ziekte:
 - dat het allemaal ophoudt; de dood
 - het feit dat je kanker hebt
 - het hart heeft een bijzondere betekenis. Als daar iets mee misgaat, is het afgelopen
- Toekomstperspectief:
 - wat kan ik daarna nog?
- Fouten:
 - uitvoeren van de verkeerde behandeling.

2.2 Angst ingreep of fouten

- Ingrep:
 - word ik nog wakker uit de narcose?
 - wat gaat er gebeuren, wat treffen ze aan?
 - onderzoek was verschrikkelijk
- Fouten:
 - als je maar het goede stuk wegnemen
 - er had een andere operatie plaats moeten vinden (by-pass in plaats van dotteren)

2.3 Vertrouwen in zorgverlening

- Ja
 - goede artsen

- altijd goed geholpen
- betrouwbare arts
- goede opvang
- mensen geven veel aandacht
- mensen zijn goed opgeleid
- het is steeds goed gegaan
- Nee
 - weinig tijd artsen
 - media
 - vrijwilligerswerk
 - eigen ervaringen
- Niet volledig
 - onderschatting huisarts
 - nonchalante specialisten
 - eigenwijsheid
 - slechte info van verpleegkundige
 - geen tijd
 - onvoldoende kwalificatie
 - slechte nazorg
 - arts niet op de hoogte van mogelijkheden
 - door bezuinigingen niet de juiste medicamenten
 - vroeger wel vertrouwen in medici
 - je moet alert zijn
 - geen vertrouwen in iedere arts

2.5 Waarom wel / niet bewust van fouten

- media
- eigen ervaring
 - werkervaring
 - het gaat altijd goed
 - waar mensen werken, worden fouten gemaakt (zelf in bedrijf gewerkt, dus op de hoogte van die gang van zaken)
- ervaring anderen
 - anderen
 - patiënten
 - familie
 - bekenden

3.2 Dagelijks leven even risicovol als anderen

- Ja
- Meer
 - door minder uithoudingsvermogen
 - door ziekte

3.3 Medische zorghandeling even risicovol als een ander

- Ja
- Nee, minder door:
 - kritisch en mondig te zijn
 - al een tijd onder controle te zijn
 - alertheid

4.1 Veiliger door verkregen informatie

- Nee
 - bijna geen info gehad

- je krijgt teveel informatie (door patiëntenvereniging).
- Je leeft in een roes. Alle info gaat langs je heen
- Partner kreeg alleen info die ze niet snapte en kon verder niets vragen
- Gedeeltelijk:
 - info stelt gerust, teveel info maakt juist ongerust
- Ja:
 - op de gang waren boekjes en er was een video

4.2 Zou meer uitleg zorgen voor een veiliger gevoel

- Ja
 - een *goede* uitleg. De kwaliteit is belangrijker dan de kwantiteit
 - partner: natuurlijk, dan had ik geweten wat er aan de hand was
 - meer uitleg naar huisarts
 - informatie niet meteen na operatie geven
 - nu wordt er te snel naar literatuur verwezen
- Geen idee
 - teveel uitleg is ook niet goed. Daar word je alleen maar ongerust van
 - als je kanker hoort heb je geen veilig gevoel meer. Dan ga je dood. Dan kun je nog zoveel info krijgen
- Nee:
 - voldoende informatie gekregen

4.3 Belangrijkste informatiebronnen

- Zorgverleners
 - arts
 - verpleegkundige
- Literatuur
 - medische artikelen
 - folders uit ziekenhuis
- Media
 - internet
- Patiëntenvereniging (lotgenotencontact)
- Organisatie ziekenhuis
- Omgeving (bekenden)

5.1 Aandacht van zorgverleners voor ongerustheid

- Sommige
 - de eerste chirurg niet, degene die ik later kreeg wel
 - longarts wel, rest niet. Ze gaan ervan uit dat je alles begrijpt
- Ja
 - verpleegkundigen en chirurg
 - ze roepen er meteen een maatschappelijk werkster bij als het niet gaat
 - toen ze van mijn ongerustheid afwisten wel, anders niet
 - ze stellen je gerust door te vertellen over andere, voorgaande, patiënten
- Nee
 - ze geven je alleen algemene informatie
 - als mensen het zelf niet hebben meegemaakt, kennen ze die angst niet

5.2 Tijdens intakegesprek gevraagd naar ongerustheid

- Nee
 - zo diepgravend hebben ze de tijd niet voor
 - was toen ook niet erg ongerust, omdat ik dacht dat het een longontsteking was
- Ja

- afdelingsverpleegkundige wel, rest niet
- Bij chemokuur wel, daarna niet meer
- Door hoofdverpleegkundige, cardioloog misschien ook wel
- Nvt (geen intakegesprek gehad, met spoed opgenomen geweest)

D Begrippenlijst

- Qualiweb: De uitvoerkant of raadpleegkant van Qualiflow. Qualiflow is een elektronisch documenten management systeem dat de aanmaak, het onderhoud en de publicatie van documenten reguleert in het azM.
- MIP-commissie: MIP staat voor Melding Incidenten Patiëntenzorg.
De doelstelling van de MIP-commissie is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit en de veiligheid van de patiëntenzorg. Het is de bedoeling dat elk incident met een patiënt waarbij schade is ontstaan of kan ontstaan, gemeld wordt. Suggesties voor verbetering worden teruggekoppeld naar de melder.
- Arts-assistent: Een gediplomeerde arts, in opleiding tot specialist.
- Co-assistent: Een student die nog in opleiding is voor arts.
- Electronisch Patiënten Dossier (EPD): Zorgverleners kunnen via een EPD op een beveiligde en elektronische wijze medische patiëntgegevens van elkaar inzien als de patiënt daar geen bezwaar tegen heeft.
Patiëntgegevens kunnen zo worden uitgewisseld tussen ziekenhuizen onderling en met bijvoorbeeld verpleeghuizen, apotheken en zorgverzekeraars.