

# Lessen uit Veiligheidszorg®

Evaluatie-onderzoek

Opdrachtgever: StAZ

A. Bloemendaal  
J.M. Carlier

Utrecht, november 2005

## **Prismant**

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

© Stichting Prismant, Utrecht, oktober 2005. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

© Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

### **Uitgever**

Prismant

Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht

Postbus 85200, 3508 AE Utrecht

Telefoon 030 - 2345 678

Fax 030 - 2345 677

E-mail [prismant@prismant.nl](mailto:prismant@prismant.nl)

ISBN 90-5376-!!!!

## **Prismant**



**Antwoord op uw vragen**

# Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Opzet van het onderzoek	3
2.1	Vraagstellingen en algemene opzet	3
2.2	Vragenlijstonderzoek onder projectleiders	3
2.2.1	De vragenlijst	3
2.2.2	Respons op de vragenlijst	3
2.3	Verdiepingsonderzoek: Case studies in vier ziekenhuizen	3
2.4	Regionale netwerkbijeenkomsten	3
2.5	Status van het rapport en leeswijzer	3
3.	Samenvattende conclusies	3
3.1	Huidige stand van zaken en projectinrichting	3
3.1.1	Stand van zaken	3
3.1.2	Projectinrichting	3
3.1.3	Keuze van pilotafdelingen	3
3.1.4	Plan van aanpak en beleidsmaatregelen	3
3.2	Uitvoering van het beleid: concrete maatregelen	3
3.2.1	OBE maatregelen	3
3.2.2	Opstellen van gedragsregels	3
3.2.3	Handhavingsbeleid en convenant	3
3.2.4	Melding, registratie en terugkoppeling	3
3.3	Verbreiding en verankering van Veiligezorg®	3
3.3.1	Verbreiding van het project Veiligezorg®	3
3.3.2	Verankering van Veiligezorg®	3
3.4	Effecten van Veiligezorg®	3
3.5	Evaluatie van het project en van de ondersteuning	3
3.5.1	Tevredenheid over de resultaten en randvoorwaarden	3
3.5.2	Tevredenheid over de ondersteuning vanuit Veiligezorg®	3
4.	Aanbevelingen	3
4.1	Implementatie van het beleid	3
4.1.1	Concrete maatregelen	3
4.1.2	Randvoorwaarden	3
4.2	Aanbevelingen ten aanzien van de ondersteuning door de StAZ	3
4.2.1	Algemeen	3
4.2.2	Verankering en verbreiding	3
4.2.3	Vervolgonderzoek	3
5.	Resultaten: Implementatie van maatregelen	3
5.1	Plan van aanpak	3
5.1.1	Resultaten enquête	3
5.1.2	Resultaten cases	3
5.1.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.2	Organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen	3

5.2.1	Resultaten enquête	3
5.2.2	Resultaten case studies	3
5.2.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.3	Opstellen en invoeren van gedragsregels	3
5.3.1	Resultaten enquête	3
5.3.2	Resultaten case studies	3
5.3.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.4	Handhavingsbeleid	3
5.4.1	Resultaten enquête	3
5.4.2	Resultaten casestudies	3
5.4.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.5	Convenant	3
5.5.1	Resultaten enquête	3
5.5.2	Resultaten casestudies	3
5.5.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.6	Melding en registratie	3
5.6.1	Resultaten enquête	3
5.6.2	Resultaten case studies	3
5.6.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
5.7	Opvang en nazorg	3
5.7.1	Resultaten enquête	3
5.7.2	Resultaten cases	3
5.7.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
6.	Resultaten: Stand van zaken en projectinrichting	3
6.1	Huidige stand van zaken van Veiligezorg® in de ziekenhuizen	3
6.1.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
6.2	Projectinrichting	3
6.2.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
6.2.2	Resultaten casestudies	3
6.2.3	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
6.3	Pilotafdelingen bij de start van Veiligezorg®	3
6.3.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
6.3.2	Resultaten uit de casestudies	3
6.3.3	Resultaten uit de netwerkbijeenkomsten	3
7.	Resultaten: Verbreding, welke aanpak is gekozen en waarom?	3
7.1	Resultaten enquête	3
7.1.1	Resultaten case studies	3
7.1.2	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
8.	Resultaten: Verankering en borging	3
8.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
8.1.1	Resultaten casestudies	3
8.1.2	Resultaten netwerkbijeenkomsten	3
9.	Evaluatie van de uitvoering van het project	3
9.1	Tevredenheid over de uitvoering van Veiligezorg® en eventueel ervaren knelpunten	3
9.1.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
9.2	Randvoorwaarden, succes- en faalfactoren bij de uitvoering van het project	3

9.2.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
9.2.2	Resultaten uit de casestudies	3
9.3	Ondersteuning vanuit het landelijk steunpunt Veiligezorg®	3
9.3.1	Resultaten uit de vragenlijst	3
9.3.2	Resultaten uit de casestudies	3
9.3.3	Resultaten uit de netwerkbijeenkomsten	3
10.	Evaluatie: behaalde resultaten	3
10.1	Verwachte effecten met Veiligezorg®	3
10.2	Effecten van Veiligezorg®	3
Bijlagen	`	3
Bijlage 1	Overzicht Vragen over veiligheid/agressie uit Personeel in Beeld	3
Bijlage 2	Vragenlijst projectleiders Veiligezorg®	3
Bijlage 3	Programma netwerkbijeenkomsten	3
Bijlage 4	Implementatie van maatregelen naar startjaar	3
Bijlage 5	Tabellen	3



# 1. Inleiding

Veiligheid is één van de belangrijke thema's waar de zorg mee te maken heeft, zowel bij cliënten als medewerkers. Dit is onder andere te zien in de door Prismant uitgevoerde medewerkerstevredenheidsonderzoeken voor de algemene ziekenhuizen en de V&V-sector maar ook in de onderzoeken naar cliënttevredenheid voor de algemene ziekenhuizen. Dit impliceert dat het thema veiligheid niet alleen raakt aan het welbevinden van de individuele medewerker of cliënt, maar ook aan de wijze waarop het bestuur van de instelling invulling wenst te geven aan goed werkgeverschap en goed gastheerschap. In dat kader is het concept Veiligezorg® een belangrijke stap vooruit geweest om veiligheid binnen instellingen niet alleen bespreekbaar te maken en uit de taboesfeer te halen, maar eveneens om te komen tot een integrale aanpak van de problemen waar ziekenhuizen in dit kader mee te maken hebben. Ondermeer de verbreding van de aanpak naar politie en justitie (naast allerlei andersoortige maatregelen) lijkt daarbij voor instellingen een manier van werken, die leidt tot reële en concrete oplossingen.

Veiligezorg® is een methode om in ziekenhuizen anti-agressiebeleid te ontwikkelen en te implementeren.

Het concept is ontwikkeld in 2000/2001, waarna dit in de periode 2002/2003 in 14 ziekenhuizen verder ontwikkeld is tot de methode Veiligezorg®. In 2004 zijn nog eens 23 ziekenhuizen een project Veiligezorg® gestart, in 2005 startten nogmaals 10 nieuwe ziekenhuizen. Een project duurt ongeveer 2 jaar waarin een probleemanalyse wordt uitgevoerd door het werken met de kleurenmethode en het afnemen van een enquête bij medewerkers. In de enquête wordt gevraagd naar het voorkomen van incidenten en de veiligheidsgevoelens van medewerkers. Vervolgens wordt een plan van aanpak opgesteld met maatregelen om agressie te voorkomen en gevolgen van incidenten te beperken. Een van de maatregelen is een lik op stuk beleid, waarbij nauwe samenwerking met politie en Openbaar Ministerie noodzakelijk is. Deze samenwerking wordt vastgelegd in een Convenant. Daarnaast wordt een melding- en registratiesysteem opgezet (ZIR). In het tweede jaar wordt een begin gemaakt met de implementatie van de maatregelen uit het plan van aanpak.

Afgelopen jaren zijn verschillende procesevaluaties uitgevoerd om de voortgang van de projecten te monitoren. Deze procesevaluaties hebben globale kennis opgeleverd over het proces in de ziekenhuizen. Zowel het bestuur van de StAZ als de projectleiding van het project Veiligezorg® hebben er nu behoefte aan meer inzicht te hebben in de stand van zaken van het project Veiligezorg®, om op basis van deze informatie afgewogen beleidskeuzes te kunnen maken voor de komende periode. StAZ heeft aan Prismant opdracht verleend om dit evaluatieonderzoek uit te voeren. De algemene opdracht die aan Prismant is meegegeven is als volgt:

*Geef inzicht in de stand van zaken rond Veiligezorg® in de ziekenhuizen en destilleer hieruit zoveel mogelijk leerpunten uit de ervaringen tot nu toe. Deze leerpunten kunnen betrekking hebben op de ontwikkeling en opzet van het project Veiligezorg®, maar met name ook op de implementatie en borging van het project in de ziekenhuizen.*

In het volgende hoofdstuk staat beschreven hoe het onderzoek is opgezet.







## 2. Opzet van het onderzoek

Dit hoofdstuk geeft weer hoe het evaluatieonderzoek naar Veiligezorg® is opgezet en uitgevoerd. Eerst worden de vraagstellingen en de algemene opzet toegelicht, waarna meer specifiek wordt ingegaan op de verschillende onderdelen van het onderzoek.

### 2.1 Vraagstellingen en algemene opzet

De resultaten van het evaluatieonderzoek moeten uitwijzen wat de stand van zaken is in het project Veiligezorg®, en welke lessen er zijn te trekken uit de ervaringen tot nu toe. Belangrijke accenten daarbij zijn de succes- en faalfactoren bij de ontwikkeling en implementatie van het project in de ziekenhuizen en de vraag hoe het project in de ziekenhuizen geborgd kan worden.

Vraagstellingen die daarbij relevant zijn:

1. Vraagstellingen gericht op de huidige stand van zaken: Hoe ver is men gevorderd met Veiligezorg®, hoe is het project ingericht en welke maatregelen en instrumenten zijn geïmplementeerd?
2. Vraagstellingen gericht op de uitvoering van het beleid: Hoe werkt het concreet in de praktijk, hoe is de implementatie van maatregelen verlopen?
3. Vraagstellingen gericht op verbreding en borging: Hoe is het project verbreed en hoe is het ingebed in de organisatie?
4. Vraagstellingen gericht op de effecten van Veiligezorg®: Wat zijn de effecten op de aard en ernst van de incidenten, op de aspecten in de veiligheidsketen en op het veiligheidsgevoel van de medewerkers?
5. Vraagstellingen gericht op de evaluatie: Hoe tevreden is men over de uitvoering van het project en de ondersteuning vanuit het landelijk team Veiligezorg® en welke randvoorwaarden acht men noodzakelijk voor een succesvolle uitvoering van het project.

De eerste vraagstelling is gericht op de feitelijke stand van zaken; beantwoording hiervan leidt tot een overkoepelend beeld van de actuele stand van zaken van het veiligheidsbeleid in de ziekenhuizen die bezig zijn met Veiligezorg®. De overige vraagstellingen gaan meer in de diepte; beantwoording van deze vragen moet duidelijk maken welke lessen er zijn te trekken uit de ervaringen van de ziekenhuizen tot nu toe, zodat deze vertaald kunnen worden naar beleid voor de komende periode, zowel voor de StAZ als voor het project Veiligezorg®.

Om de bovengestelde vragen te beantwoorden is gekozen voor een onderzoeksopzet die bestaat uit drie onderdelen. Deze onderdelen zijn:

1. een vragenlijst voor projectleiders van het project Veiligezorg® in de ziekenhuizen;
2. verdiepend onderzoek door middel van casestudies in vier ziekenhuizen;
3. verdere verdieping door het voorleggen van concrete discussiepunten op een aantal netwerkbijeenkomsten.

Belangrijke algemene kanttekening bij de opzet is dat het onderzoek naar de effecten van Veiligezorg® uitsluitend kwalitatief van aard zal zijn. De verschillen in uitvoeringsfase tussen de verschillende ziekenhuizen en optredende bij-effecten van invoering van het project



Veiligezorg® (bijvoorbeeld een stijging van het aantal meldingen, door de aandacht die er aan het project wordt gegeven) maken het in deze fase van het project niet zinvol nu reeds te komen tot kwantificering van geleverde inspanning en de daarbij horende mogelijke effecten.

Oorspronkelijk was in de projectopzet tevens een analyse voorzien van gegevens uit Personeel in Beeld, het arbeidsbelevingsonderzoek in de ziekenhuizen dat in 2004 voor de tweede keer heeft plaatsgevonden. In overleg met de StAZ zijn we tot de conclusie gekomen dat vergelijking tussen de ziekenhuizen met Veiligezorg® en ziekenhuizen zonder Veiligezorg® momenteel niet opportuun is. Dit komt omdat meetbare effecten van Veiligezorg® op dit moment nog niet te verwachten zijn op ziekenhuisniveau. Onderzoek zou zich derhalve moeten richten op de pilotafdelingen en die zijn – zo bleek uit een beperkte analyse - slechts bij een zeer beperkt aantal ziekenhuizen uit te selecteren. In overleg met de StAZ is daarom besloten om de algemene analysegegevens te gebruiken en een overzicht te presenteren waarin de belangrijkste resultaten m.b.t. veiligheidsindicatoren uit de arbeidsbelevingsonderzoeken staan samengevat. Dit overzicht is opgenomen in bijlage 1.

De opzet van de drie onderdelen van het onderzoek worden in de volgende paragrafen verder beschreven.

## 2.2 Vragenlijstonderzoek onder projectleiders

Conform het projectvoorstel is een schriftelijke enquête voor projectleiders Veiligezorg® ontwikkeld om zicht te krijgen op de actuele stand van zaken in de ziekenhuizen en antwoord te krijgen op de vraag: welke maatregelen en instrumenten zijn ontwikkeld en geïmplementeerd. Meer over deze vragenlijst en over de respondenten volgt in de twee paragrafen hieronder. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

### 2.2.1 De vragenlijst

De vragenlijst bevat naast algemene gegevens over de organisatie en de respondent negen rubrieken, met in totaal 51 vragen. Het betreft concreet de volgende onderwerpen:

- a. Projectorganisatie  
Dit betreft vragen over de samenstelling van het projectteam en de stuurgroep en het aantal uren waarvoor zij vrijgesteld zijn voor het project en eventuele wijzigingen die hebben plaatsgevonden.
- b. Stand van zaken en verwachtingen  
Hierin vragen over: de fase van uitvoering, de gekozen pilotafdelingen en de verwachte effecten van het project.
- c. Uitvoering van het project  
Of er een plan van aanpak is gemaakt, hoe dit tot stand is gekomen en welke maatregelen zijn genomen. Tevredenheid over de resultaten van de fasen in het project en de eventuele knelpunten die men bij de uitvoering heeft ervaren.
- d. Implementatie van maatregelen  
Activiteiten en knelpunten bij de implementatie van organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen, de gedragsregels, het handhavingsbeleid, het convenant, de meldingsprocedure, registratie in ZIR en opvang en nazorg.

- e. **Verbreiding van het project Veiligezorg®**  
Manier waarop verbreiding heeft plaatsgevonden, eventuele knelpunten en behoefte aan ondersteuning.
- f. **Borging van het project Veiligezorg®**  
Manier waarop het project geborgd is op centraal en/of decentraal niveau, eventuele knelpunten daarbij en gewenste ondersteuning.
- g. **Randvoorwaarden voor Veiligezorg®**  
Succesfactoren bij de uitvoering van Veiligezorg®, tevredenheid over draagvlak en samenwerking en oorzaken van vertraging of stopzetting van het project.
- h. **Ondersteuning**  
Gebruik van de ondersteuning vanuit het team Veiligezorg® en de tevredenheid hierover.
- i. **Enkele afsluitende vragen, waaronder de mogelijkheid om algemene opmerkingen over het project Veiligezorg® en/of de vragenlijst te ventileren.** Hier is ook gevraagd of het team van Veiligezorg® na afloop van het project mag beschikken over de ingevulde vragenlijst.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is onder meer gebruik gemaakt van de procesevaluaties die afgelopen jaren zijn uitgevoerd door het projectteam Veiligezorg®. De vragenlijst is opgenomen als bijlage 2.

## 2.2.2 Respons op de vragenlijst

De vragenlijst is per mail verstuurd naar alle 48 projectleiders Veiligezorg®. De StAZ heeft deze mails verstuurd en eveneens de projectleiders geïnformeerd over het onderzoek. De informatiefolder die hiervoor is gemaakt is zowel ondertekend door StAZ als Prismant.

Na een periode van 3 weken is aan de respondenten die nog niet hadden gereageerd een reminder gemaïld. Vanwege de achterblijvende respons is na vier weken opnieuw gemaïld waarbij de inzendtermijn van de vragenlijst is verlengd met 10 dagen.

Onderstaande tabel laat de feitelijk behaalde respons zien.

Tabel 2.1 Respons op schriftelijke enquête

	<b>Verstuurde lijsten</b>	<b>Ontvangen lijsten</b>	<b>Respons %</b>
Projectleiders Veiligezorg®	48	28	58%
Uitgesplitst naar startjaar:			
2003	15	7	47%
2004	23	14	61%
2005	10	7	70%

Hoewel de respons voor een vragenlijstonderzoek vrij goed is te noemen, is hij lager dan verwacht; de respons bij de procesevaluaties in de voorgaande jaren was steeds hoger. Door de relatief kleine N is de mogelijkheid tot partialiseren van de data (bijvoorbeeld naar startjaar) beperkt.



De vraag werpt zich uiteraard op in hoeverre de gevonden resultaten bij deze steekproef representatief zijn voor de populatie. Kijkend naar het startjaar van de ziekenhuizen, dan is de respons redelijk gelijk verdeeld. De respondenten zijn wat dit betreft representatief voor de totale groep ziekenhuizen die bezig zijn met Veiligezorg®.

Verder is een beperkte non-respons analyse uitgevoerd. Redenen voor ziekenhuizen om de vragenlijst niet in te vullen waren gelegen in vakantie en bezwaar tegen de lengte van de vragenlijst. Voor de ziekenhuizen uit de eerste groep gold daarnaast dat voor hen de vragen soms lastig in te vullen waren; immers in de beginfase was de methodiek nog niet zo uitgekristalliseerd.

## 2.3 Verdiepingsonderzoek: Case studies in vier ziekenhuizen

De case studies beogen de belangrijkste effecten van het project Veiligezorg® en de belangrijkste leerpunten in beeld te brengen. Weliswaar is de insteek kwalitatief, maar de bedoeling was te komen tot uitspraken die projectleiding en StAZ inzicht geven in de relatie tussen geleverde inspanning en (gepercipieerd) effect in de praktijk van een aantal ziekenhuizen.

Er zijn vier casestudies uitgevoerd. De selectie van deze vier cases heeft plaatsgevonden op basis van door de onderzoekers vastgestelde criteria. In verband met de krappe tijdsplanning, heeft deze selectie plaatsgevonden voordat de enquête onder de projectleiders was afgerond; er kon derhalve geen rekening worden gehouden met de uitkomsten van de enquête.

Bij de selectie van geschikte cases is rekening gehouden met een aantal aspecten. Belangrijk in dit verband was dat geselecteerde instellingen enigszins gevorderd moesten zijn met de implementatiefase van het project. Daarnaast wilden we, in verband met verwachte verschillen in het aantal agressie-incidenten, zowel ziekenhuizen in de Randstad als buiten de Randstad bevragen. Omdat beleidsontwikkeling en beleidsvoering vaak verschilt tussen grote en middelgrote ziekenhuizen, was ook dit een selectie criterium.

De verdeling van de casestudies was als volgt:

- twee middelgrote ziekenhuizen, waarvan een in een grote stad in de Randstad en een daarbuiten;
  - twee grote ziekenhuizen, waarvan één in de Randstad (academisch) en één daarbuiten.
- Alle vier ziekenhuizen zijn vergevorderd met de implementatie van Veiligezorg®, twee zijn gestart in 2003 en twee in 2004.

De StAZ heeft de geselecteerde ziekenhuizen benaderd en om medewerking gevraagd.

Per ziekenhuis zijn 5 à 6 (groeps) interviews gehouden; in totaal is met 28 mensen gesproken. De gesprekken zijn gepland door de projectleiders in de ziekenhuizen. In overleg met de projectleider in het betreffende ziekenhuis is bepaald wie geïnterviewd zou worden. In alle ziekenhuizen is gesproken met:

- de projectleider;
- afdelingshoofden van pilotafdelingen;
- een beleidsmaker;
- een medewerker die een incident heeft meegemaakt.

Daarnaast is per ziekenhuis met andere betrokkenen gesproken zoals een politieagent, afdelingshoofden van vervolgafdelingen, een OR-lid en een medewerker van een vervolgafdeling, en een hoofd receptie en beveiliging.

De onderwerpen die in de interviews aan de orde zijn gesteld zijn dezelfde die ook in de vragenlijst zijn opgenomen. De projectleiders van de ziekenhuizen hebben voorafgaand

aan de interviews de ingevulde vragenlijst geretourneerd, zodat deze als uitgangspunt kon worden gebruikt bij de interviews.

Thema's die in de interviews een accent hebben gekregen zijn:

- implementatie van maatregelen en succes- en faalfactoren daarbij;
- verbreding naar andere afdelingen;
- verankering van het beleid;
- resultaten en effecten van het project.

Daarnaast is per ziekenhuis gesproken met één medewerker die een incident heeft meegemaakt. Aan de hand van dit incident is zo concreet mogelijk de gang van zaken besproken: Wat was de aard en ernst van het incident? Wie waren erbij betrokken? Hoe is het afgehandeld? Welke nazorg is geboden?

## 2.4 Regionale netwerkbijeenkomsten

De tussentijdse resultaten, zowel uit de enquête als uit de casestudies in de vier ziekenhuizen, zijn voorgelegd aan de deelnemers aan regionale netwerkbijeenkomsten. Doel hiervan was om de tussentijdse resultaten te toetsen en op een aantal terreinen nog tot verdere verdieping te komen.

In totaal zijn drie regionale netwerkbijeenkomsten gehouden, te weten in het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen, het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg en het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam.

In totaal hebben bijna 40 deelnemers (projectleiders Veiligezorg® en andere betrokkenen bij het project) de regiobijeenkomsten bijgewoond. De opkomst was per regio zeer verschillend, variërend van vijf deelnemers tot meer dan twintig.

De regionale netwerkbijeenkomsten waren reeds gepland door het landelijk team Veiligezorg®. Het programma is vastgesteld in overleg met de StAZ en het team Veiligezorg® en is opgenomen in bijlage 3. Discussie heeft plaatsgevonden over de volgende thema's:

- gedragsregels en de wijze waarop deze opgesteld worden (centraal of decentraal);
- melding van incidenten en de manier waarop de meldingsdiscipline kan worden vergroot;
- handhavingsbeleid en de aangiftebereidheid bij medewerkers;
- verschillende vormen voor de verbreding van het project naar andere afdelingen;
- manieren van borging van het project.

## 2.5 Status van het rapport en leeswijzer

Dit rapport is in eerste instantie geschreven voor de StAZ. Het betreft hier derhalve een intern rapport, waarvan de kern wordt gevormd door de hoofdstukken 1 tot en met 4. Hierin beschrijven we de inleiding, opzet van het onderzoek, conclusies en aanbevelingen. De overige hoofdstukken en de bijlagen zijn de concrete uitkomsten van het onderzoek.

De opbouw van het rapport is als volgt.

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek kort toegelicht en verantwoord. Daarna volgen eerst de conclusies en aanbevelingen voor de StAZ in hoofdstuk 3 en 4, waarna in de hoofdstukken 5 tot en met 10 de resultaten worden beschreven.



De resultatenhoofdstukken (5 tot en met 10) zijn per onderwerp gerangschikt. Daarbij staat steeds per onderwerp eerst de resultaten uit de vragenlijst beschreven, waarna eventuele aanvullende resultaten uit de casestudies en de netwerkbijeenkomsten worden beschreven.

## 3. Samenvattende conclusies

In dit hoofdstuk staan de conclusies samengevat aan de hand van de vraagstellingen, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

### 3.1 Huidige stand van zaken en projectinrichting

#### 3.1.1 Stand van zaken

Vanaf de start van Veiligezorg® in 2002 is veel bereikt. Drie ziekenhuizen die zijn gestart in 2003 hebben het project inmiddels afgerond. De meeste andere ziekenhuizen uit 2003 zijn in de afrondende fases van Veiligezorg®.

De voortgang van ziekenhuizen die zijn gestart in 2004 varieert tussen fase 2 en fase 7. Ongeveer de helft van hen is met de implementatie, verbreding en verankering bezig. Gegeven de voortgang die het project te zien geeft in de ziekenhuizen uit de eerste twee groepen (2003 en 2004) kan worden geschat dat een doorlooptijd van minstens tweeënhalf tot drie jaren nodig is om het project te doorlopen.

#### 3.1.2 Projectinrichting

De projectgroepsamenstelling is zeer gevarieerd in de deelnemende ziekenhuizen. Vaste deelnemers zijn de projectleider, de afdelingshoofden van pilotafdelingen en het hoofd van de beveiliging. Belangrijke succesfactoren lijken te zijn:

- Intensieve deelname van een communicatiemedewerker aan de projectgroep, met name als deze in alle fasen van het project de vertaling naar informatie voor het gehele ziekenhuis (of extern) kan maken.
- Vaste deelname van het hoofd of een medewerker technische dienst, vooral wanneer deze in staat is om voorgestelde technische maatregelen direct te toetsen op haalbaarheid en in te passen in de door de technische dienst gehanteerde plannen.

De omvang van de projectgroep is niet bepalend voor het succes. Succes is in de startfase eerder afhankelijk van het enthousiasme en de betrokkenheid van de projectgroepleden. Vervolgens is de vergaderdiscipline en daadkracht van de groep als geheel een belangrijke succesfactor.

#### 3.1.3 Keuze van pilotafdelingen

In de ziekenhuizen komen veelal dezelfde afdelingen als pilotafdeling terug. Dat is logisch omdat het om risicoafdelingen voor agressie gaat. Meestgekozen afdelingen zijn de SEH (in bijna alle ziekenhuizen), de receptie, de paaz en de beveiliging. Daarnaast zijn andere (risico)afdelingen gekozen waar eveneens draagvlak bij de leidinggevende en de medewerkers was voor het project.



### 3.1.4 Plan van aanpak en beleidsmaatregelen

Vrijwel alle deelnemende ziekenhuizen hebben een plan van aanpak gemaakt of zijn er mee bezig.

Ziekenhuizen kiezen voor een breed pakket aan maatregelen, waarbij aan alle onderdelen van Veiligezorg® aandacht wordt besteed. 'Opvang en nazorg' is in veel gevallen al voorafgaand aan het project Veiligezorg® gerealiseerd. Uit de cases en netwerkbijeenkomsten komt naar voren dat ziekenhuizen wel verschillende accenten leggen: De nadruk ligt in het ene ziekenhuis op gedragsmatige aanpassingen terwijl bij andere ziekenhuizen de bouwkundige en elektronische maatregelen meer centraal staan.

Het door Veiligezorg® ontwikkelde stappenplan wordt door de ziekenhuizen gebruikt niet als protocol maar als een checklist waarbij aanpassingen worden gemaakt die samenhangen met de cultuur en mogelijkheden van het ziekenhuis.

## 3.2 Uitvoering van het beleid: concrete maatregelen

### 3.2.1 OBE maatregelen

Uit de enquête blijkt dat de meeste ziekenhuizen activiteiten ontplooiën op het gebied van de organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen. Vijf ziekenhuizen zijn hier nog niet mee bezig maar deze zijn er waarschijnlijk qua planning nog niet aan toe.

Uit de cases blijkt dat de instrumenten en methodes uit het stappenplan (enquête en kleurenmethode) goed werken om te komen tot een overzicht van de gewenste OBE maatregelen. De methodes blijken ook bruikbaar als hulpmiddelen om bewustwording van eigen houding en eigen handelen bij agressie te bevorderen.

De uitkomsten van de enquête geven aan dat de ontwikkeling van organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen op zich op weinig problemen stuit. Gebrek aan budget is de belangrijkste.

### 3.2.2 Opstellen van gedragsregels

Ziekenhuizen hebben over het algemeen weinig moeite met het opstellen van gedragsregels. Het nut ervan ligt zowel in het proces van opstellen als in het hebben van een set van gedragsregels. Het gezamenlijk opstellen zorgt voor het bespreekbaar maken van agressie en speelt als zodanig een belangrijke rol bij de bewustwording bij medewerkers over hun eigen houding t.a.v. agressie. In de netwerkbijeenkomsten kwam naar voren dat er sprake moet zijn van één set gedragsregels die voor het hele ziekenhuis geldt. Als de set van gedragsregels eenmaal is opgesteld dan kunnen medewerkers hierop terugvallen en ernaar verwijzen. Het levend houden van de gedragsregels stelt eisen aan de communicatie erom heen.



### 3.2.3 Handhavingsbeleid en convenant

Uit het onderzoek blijkt dat de ziekenhuizen het convenant serieus nemen en er mee aan de slag zijn. Het biedt de mogelijkheid om tot goede afspraken te komen met politie en justitie. Ziekenhuizen die het belang van het Convenant relativeren onderstrepen wel de noodzaak van goede afspraken met politie en justitie. Deze zijn voor alle ziekenhuizen, of er nu een Convenant is of niet, voorwaarde voor de handhaving in het ziekenhuis.

Het aantal ziekenhuizen dat een handhavingsbeleid heeft ontwikkeld en geïmplementeerd, is relatief klein. Het zou samen kunnen hangen met het feit dat er in de praktijk veel vragen en onduidelijkheden zijn van juridische aard.

De relatie tussen de medewerkers van het ziekenhuis, de beveiliging en de politie lijkt in veel ziekenhuizen verbeterd te zijn door het project. Door afspraken en regelmatig overleg weet men elkaar te vinden en te betrekken als dat nodig is.

De aangiftebereidheid blijkt in alle ziekenhuizen een punt van aandacht. De projectteams proberen deze aangiftebereidheid op allerlei wijzen te stimuleren. De netwerkbijeenkomsten leverden hiervoor tal van voorbeelden. Over de juridische juistheid ervan ontstonden nogal eens discussies.

Er lijken regionale verschillen te zijn in regels en procedures rondom aangifte doen. De projectleiders benadrukken het belang van landelijk geldende regels. Zij zien hierin ook een taak voor de projectleiding Veiligezorg®.

### 3.2.4 Melding, registratie en terugkoppeling

De uitkomsten uit de enquête geven aan dat vrijwel alle ziekenhuizen werken aan de ontwikkeling en implementatie van de meldingsprocedure.

De projectleiders zijn het erover eens dat de meldingsbereidheid aandacht behoeft. Zij hebben niet altijd voldoende zicht op de meldingsdiscipline. Ziekenhuizen blijken op allerlei manieren het melden te stimuleren. Hierbij spelen communicatie en het afdelingshoofd een centrale rol. Daarnaast zijn tevens van belang: feedback bij niet-melden, terugkoppeling na melding, de lengte en soort formulier en de verbeteringen die naar aanleiding van het incident of de incidenten worden aangebracht.

De onderzoekers kregen in de cases en in de netwerkbijeenkomsten ideeën aangereikt hoe terugkoppeling na een individueel incident het beste kan verlopen. Wat in de discussie ontbrak was een helder beeld hoe terugkoppeling zou kunnen plaatsvinden van meerdere incidenten op afdelings- en instellingsniveau in het kader van verbetering van de organisatie. Het ZIR lijkt hiervoor niet het geëigende instrument.

Uit het relatief grote aantal ziekenhuizen dat werkt met een ander meldingsformulier blijkt dat ziekenhuizen niet tevreden zijn met het bestaande formulier. De invulling vraagt veel tijd. Met name het navragen van extra informatie bij de melder ervaart men als lastig. Ook wil een aantal ziekenhuizen de koppeling leggen met het MIM. De procedure rondom het invullen van het meldingsformulier en de wijze waarop daarbij de verantwoordelijkheden



zijn toebedeeld, zou met behulp van de onderzoeksresultaten nog meer geëxpliciteerd kunnen worden.

Een aspect dat uit de cases naar voren komt is de vertrouwelijkheid waarmee wordt omgegaan met de melding. Dit zal een punt van aandacht dienen te zijn als de gedragscode ook gaat gelden voor de medewerkers en management onderling.

In de cases noch in de netwerkbijeenkomsten is aan bod gekomen of en hoe de ziekenhuizen de meldingen gebruiken als instrument om op afdelings- of instellingsniveau verbeteringen aan te brengen. Ook is er weinig zicht op het aantal meldingen. Dit aspect zou in het kader van verbreding en borging meer aandacht behoeven.

### 3.3 Verbreding en verankering van Veiligezorg®

#### 3.3.1 Verbreding van het project Veiligezorg®

Een beperkt aantal ziekenhuizen dat in 2003 en 2004 is gestart, heeft het project reeds verbreed naar vervolgafdelingen. De ziekenhuizen die plannen hebben voor verbreding van het project kiezen voor verschillende aanpakken, van 'langzaam de methodiek uitrollen over andere afdelingen' tot 'alleen de ziekenhuisbrede beleidsaspecten verbreden naar het gehele ziekenhuis'.

Bij de vraag 'hoe te verbreden?' speelt de tijd die en het budget dat het kost om alle afdelingen op dezelfde wijze het project te laten doorlopen een rol. Een andere belemmerende factor is het ontbreken van draagvlak om mee te doen bij andere (niet risico-)afdelingen. De belangrijke vraag die beantwoord moet worden en die nog niet tot een bevredigend antwoord heeft geleid is de volgende: 'Hoe creëer je draagvlak voor de gedragsregels, het melden van incidenten en voor de andere maatregelen op de afdelingen die het project Veiligezorg® niet zelf hebben doorlopen?'

#### 3.3.2 Verankering van Veiligezorg®

Beleid naar aanleiding van Veiligezorg® heeft raakvlakken met verschillende vormen van algemeen beleid in de ziekenhuizen. Dat is terug te zien in de manier waarop ziekenhuizen Veiligezorg® (willen) verankeren. Meest genoemde verankeringsmethoden op centraal niveau zijn de opname van Veiligezorg® in het kwaliteitsbeleid, het integrale veiligheidsbeleid en het AVR-beleid. Het succes van deze verankering hangt af van het succes van het beleid waaraan Veiligezorg® wordt opgehangen.

De verankering van Veiligezorg® in deelnemende ziekenhuizen is vooral vormgegeven op centraal niveau. Op afdelingsniveau lijkt nog veel winst te boeken met name omdat werken aan Veiligezorg® tevens betekent het werken aan een omslag in houding en gedrag. De basis hiervoor ligt in het concrete gedrag van medewerkers op de werkvloer.

## 3.4 Effecten van Veiligezorg®

Hoewel er geen effectmetingen hebben plaatsgevonden melden alle respondenten uit de casestudies dat Veiligezorg® de nodige resultaten heeft opgeleverd. Naast de directe resultaten van de maatregelen zoals weergegeven in de vorige paragrafen signaleert men verbeteringen op de volgende terreinen:

- het veiligheidsgevoel van medewerkers;
- bewustwording van eigen grenzen en eigen rol bij agressie;
- samenwerking met de politie;
- geïntegreerde beleidsontwikkeling rondom veiligheid;
- veilige nieuwbouw.

## 3.5 Evaluatie van het project en van de ondersteuning

### 3.5.1 Tevredenheid over de resultaten en randvoorwaarden

De ziekenhuizen zijn tevreden over de resultaten van verschillende onderdelen van de methodiek Veiligezorg®. Dit geldt vooral voor de eerste fasen van het traject en in iets mindere mate voor de implementatie-, verbreding- en verankeringfase.

Het belangrijkste uitvoeringsknelpunt dat men noemt en dat in elke fase naar voren komt is 'tijd van de projectleider'. Andere vaker genoemde knelpunten zijn 'tijd van de afdelingshoofden' en 'draagvlak bij management en medewerkers'.

Met het budget wordt pragmatisch omgegaan, het wordt door de meeste ziekenhuizen niet voorafgaand aan het plan van aanpak vastgesteld maar op basis van het plan van aanpak wordt gekeken wat op korte termijn wenselijk en haalbaar is en wat in de lange termijnplannen kan en moet worden meegenomen. Bij de medewerkers blijkt begrip voor deze aanpak. Gebrek aan budget gaat pas tegenwerken als na een enthousiaste start helemaal geen maatregelen getroffen kunnen worden. De houding van de leidinggevende is hierbij erg belangrijk.

### 3.5.2 Tevredenheid over de ondersteuning vanuit Veiligezorg®

De deelnemende ziekenhuizen hebben alle gebruik gemaakt van ondersteuning vanuit het landelijk team Veiligezorg®. Daarbij hebben zij veelal alle ondersteuningsmogelijkheden benut en zijn zij hierover tevreden tot zeer tevreden. Meest tevreden is men over het Handboek en de 'op maat' ondersteuning door de adviseurs van Veiligezorg®.

Alleen het discussieplatform (forum) op de website blijft enigszins achter qua tevredenheid. Dit is opmerkelijk omdat uit de andere reacties blijkt dat juist de behoefte aan uitwisseling groot is.

De meeste ziekenhuizen hebben nu of in de toekomst behoefte aan ondersteuning bij de verbreding en verankering van het project. Zij denken daarbij met name aan 'op maat' ondersteuning en netwerkbijeenkomsten.





## 4. Aanbevelingen

### 4.1 Implementatie van het beleid

#### 4.1.1 Concrete maatregelen

De aanbevelingen voor de implementatie van beleid zijn gericht op de concrete beleidsmaatregelen en de knelpunten waar men bij de implementatie tegenaan loopt.

##### *Gedragsregels*

Wanneer de gedragsregels worden omgezet in een gedragscode die ook gaat gelden voor de medewerkers onderling dan behoeven de privacy en juridische aspecten nader aandacht.

##### *Handhavingsbeleid*

Uit de cases en uit de netwerkbijeenkomsten blijkt dat er over het algemeen veel onduidelijkheden bestaan over de juridische aspecten van het handhavingsbeleid. Ook lijken er regionale verschillen te zijn in wat justitie en politie accepteren. De projectleiding Veiligezorg® zou de projectleiders kunnen ondersteunen door de vragen op dit gebied te verhelderen en landelijk en regionaal aan de orde te stellen.

##### *Melding en registratie*

Het meldingsformulier dat Veiligezorg® heeft ontwikkeld wordt in de praktijk vaak vervangen door een eigen formulier. Ook de procedure van melden, aanvullen van het formulier en het terugkoppelen wordt door de ziekenhuizen op heel verschillende wijze ingevuld. Onderzoekers geven de projectleiding in overweging om deze aspecten nog eens nader onder de loupe te nemen en te bezien hoe ze de projectleiders op dit gebied kunnen adviseren.

Bij diverse ziekenhuizen bestaat de behoefte om informatie van de meldingen te koppelen aan het MIM of aan een ander (meer geïntegreerde) registratie. Dit beantwoordt aan de vraag binnen ziekenhuizen naar integraal AVR- of veiligheidsbeleid en het terugdringen van administratie op deze terreinen. Ook op Intranet verdient het voorkeur te werken met één formulier dat op handige wijze doorlinkt naar verschillende soorten meldingen. De onderzoekers bevelen de projectleiding Veiligezorg® aan om dit in de vorm van een ontwikkelproject nader te onderzoeken.

Systematische terugkoppeling van incidenten vindt momenteel niet of nauwelijks plaats. Het verdient aanbeveling om aandacht te besteden aan de vorm en inhoud van de terugkoppeling en de manier waarop de resultaten kunnen worden besproken.



#### 4.1.2 Randvoorwaarden

Uit het onderzoek zijn enkele knelpunten naar voren gekomen die bij de uitvoering van Veiligezorg® in meerdere fasen een rol spelen. Dit vraagt mogelijk om het aanscherpen van deze randvoorwaarden. Het betreft:

- uren en (interne) ondersteuning van de projectleiding;
- verantwoordelijkheid van afdelingshoofden.

Gezien de centrale rol die de afdelingshoofden spelen bij het succes van het project op afdelingsniveau verdient het aanbeveling om expliciet aandacht te besteden aan de taakverdeling tussen projectleiders en afdelingshoofden en zo mogelijk niet alleen de projectleiders te ondersteunen, maar ook de afdelingshoofden.

Ook het organiseren van workshops waar ondersteuning/uitwisseling gericht op specifieke afdelingen en hun leidinggevenden kan plaatsvinden kan voor een impuls zorgen.

### 4.2 Aanbevelingen ten aanzien van de ondersteuning door de StAZ

#### 4.2.1 Algemeen

Ondersteuning van de ziekenhuizen bij de uitvoering van het project Veiligezorg® blijft gewenst. Reeds bestaande ondersteuningsvormen die de ziekenhuizen graag gecontinueerd zien, zijn:

- netwerkbijeenkomsten voor uitwisseling van ervaringen tussen ziekenhuizen;
- 'op maat' ondersteuning door de adviseurs van Veiligezorg®;
- (blijven) vervullen van de rol van vraagbaak door het team Veiligezorg®/StAZ wat betreft de ondersteuning door externe adviseurs, bijvoorbeeld voor een specifieke training e.d.

Daarnaast is er behoefte aan dat inhoudelijke kennis op specifieke terreinen zoals juridische zaken, politieprocedures, etc. behouden blijft en verder wordt ontwikkeld.

Verder kan de StAZ een rol vervullen bij;

- Veiligezorg® op de agenda houden bij het management van ziekenhuizen;
- uit (laten) voeren van steekproeven, enquêtes, audit;
- Veiligezorg® op de agenda houden bij de overheid.

#### 4.2.2 Verankering en verbreding

Er zijn enkele terreinen waar extra ondersteuning van de ziekenhuizen gewenst lijkt. Dit betreft de verbreding en de verankering van het project. Bij de verbreding gaat het met name om de beantwoording van de vraag 'welke vorm van verbreding in het betreffende ziekenhuis de meest geëigende is'. Daarnaast is het aan te bevelen om afdelingshoofden van vervolgafdelingen als aparte groep te ondersteunen.

Borging op afdelingsniveau zou verder versterkt kunnen worden. Wezenlijke instrumenten daarbij, waar instellingen ondersteuning bij kunnen gebruiken, zijn:

- terugkoppeling van incidenten;
- elkaar aanspreken op naleven van afspraken Veilige Zorg®;
- analyse van incidenten teneinde nieuwe maatregelen te kunnen nemen;
- afdelingshoofd een duidelijke verantwoordelijkheid t.a.v. melden van incidenten patiënten/familie;
- jaarplannen;
- opname in Arbobeleid op afdelingsniveau.

Mogelijkheden voor verdere instrumentontwikkeling:

- checklist voor zelfstandig schouw houden in ziekenhuizen;
- ontwikkelen van ZIR tot integraler instrument;
- procesinstructies voor leidinggevenden (bijv. tav leiden discussie over gedragsregels, incidenten bespreken etc.).

#### 4.2.3 Vervolgonderzoek

Naast de aanbevelingen die eerder in dit hoofdstuk zijn beschreven is er op diverse punten aanleiding om verdiepingsonderzoek te doen. Dit kan ten dele op basis van het materiaal uit dit onderzoek, bijvoorbeeld door middel van het uitvoeren van secundaire analyses op de data uit het vragenlijstonderzoek of door het selecteren van bepaalde ziekenhuizen die specifieke knelpunten hebben. Relevante vragen daarbij zijn onder meer:

- In welke mate worden knelpunten die ziekenhuizen hebben ervaren veroorzaakt door de gevolgde aanpak?
- In welke mate wordt succes bepaald door het aantal uren dat de projectleider voor het project heeft?
- Op welke manier is de aanpak bepalend voor het draagvlak voor het project in de organisatie?







## 5. Resultaten: Implementatie van maatregelen

In dit hoofdstuk staat beschreven welke activiteiten de ziekenhuizen concreet hebben uitgevoerd en welke knelpunten ze daarbij hebben ondervonden. Waar dat relevant is wordt ingegaan op verschillen tussen de ziekenhuizen van verschillende startjaren. De resultaten, gesplitst naar startjaar vindt u in bijlage 4.

### 5.1 Plan van aanpak

#### 5.1.1 Resultaten enquête

Ongeveer de helft van de ziekenhuizen (15) heeft een plan van aanpak gemaakt voor de implementatie van maatregelen. Dit betreft de ziekenhuizen uit de eerste twee groepen. Elf ziekenhuizen hebben dit (nog) niet gedaan. Ziekenhuizen geven aan dat het plan van aanpak als volgt tot stand is gekomen waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren:

Tabel 5.1 Activiteiten Plan van aanpak

<b>Activiteiten PVA (N=15)</b>	<b>Aantal</b>
De projectgroep heeft maatregelen op afdelingsniveau opgesteld	12
De projectgroep heeft maatregelen op centraal niveau opgesteld	10
De medewerkers hebben maatregelen op afdelingsniveau opgesteld	9
Prioriteiten zijn samen met de medewerkers gesteld	8
De projectgroep heeft prioriteiten gesteld	5
Het management heeft de prioriteiten gesteld	4
Eerst is budget vastgesteld en daarna is het plan van aanpak gemaakt	2
Een haalbaarheidsstudie is uitgevoerd naar de haalbaarheid van maatregelen	1

Ter voorbereiding op de daadwerkelijke uitvoering van de maatregelen is door 12 van de 26 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, een 'uitvoeringsplan' gemaakt. Veertien ziekenhuizen gaven aan dat dit 'nog niet' gedaan is.

Alvorens we in de paragrafen 4.2 en volgende beschrijven welke specifieke activiteiten door de ziekenhuizen zijn ondernomen, geven we eerst een overzicht van de verschillende maatregelen.

Voor dit overzicht is aan de ziekenhuizen gevraagd om per maatregel aan te geven wat de status is van de maatregelen.



Er wordt onderscheid gemaakt tussen maatregelen die:

1. al voor de start van het project gerealiseerd waren;
2. opgenomen zijn in het plan van aanpak voor Veiligezorg® maar nog niet in uitvoering zijn;
3. in uitvoering zijn;
4. al geïmplementeerd zijn in het kader van Veiligezorg®;
5. 'geen prioriteit' hebben gekregen binnen Veiligezorg®.

Tabel 5.2 Maatregelen

Maatregelen (N=21)	Status van de maatregel					
	1	2	3	4	5	totaal
Technische/elektronische maatregelen	5	6	5	4	1	20
Bouwkundige maatregelen	4	7	4	5		20
Organisatorische maatregelen	3	6	5	7	1	22
Invoeren van en werken met de gedragsregels	2	6	6	5	1	20
Handhavingprotocollen,	2	7	3	6	2	20
Opvang, begeleiding en nazorg,	12	4	3	3		22
Invoeren convenant met politie en justitie,	3	6	2	8	2	21
Meldingsprocedure t.b.v. ZIR	2	5	6	8	1	22
Registratie in ZIR	2	5	5	9	1	22
Voorlichting	3	5	7	6	1	22
Kwaliteit van dienstverlening (preventie agressie)	3	7	7	2	2	21

Opvallend is dat de ziekenhuizen allen lijken te kiezen voor een breed pakket aan maatregelen. Het komt weinig voor dat maatregelen geen prioriteit hebben gekregen binnen het project. Het invoeren van het convenant, de meldingsprocedure t.b.v. het ZIR en de registratie in het ZIR lopen qua invoering voor op de andere maatregelen

Verder vallen de maatregelen voor de opvang, begeleiding en nazorg op; in veel gevallen waren deze al voorafgaand aan het project gerealiseerd.

### 5.1.2 Resultaten cases

De cases laten dezelfde diversiteit zien als in de enquête tot uitdrukking komt. De ziekenhuizen volgen in grote lijnen het stappenplan maar maken aanpassingen afhankelijk van de cultuur van het ziekenhuis en de mogelijkheden op dat moment.

Zo lijkt er in geen van de ziekenhuizen een budget te zijn vastgesteld voorafgaand aan het plan van aanpak. Redenen daarvoor verschilden per ziekenhuis:

- Het is niet gebruikelijk "als er budget nodig is dan komt dat wel".
- Toon maar eerst aan dat er budget nodig is.
- Er moet bezuinigd worden.

In dit laatste geval bleek gebrek aan budget echter geen reden om het project niet te starten. In dit ziekenhuis ging men uit van het idee dat de gedragscomponent in het omgaan met agressie centraal zou staan en niet de technische maatregelen. Voor sommige afdelingen in dit ziekenhuis was gebrek aan budget een excuus om niets te doen. De clustermanagers en meeste afdelingen in dit ziekenhuis ervoeren echter geen gebrek aan budget. Zij hadden de indruk dat als maatregelen echt nodig werden geacht er wel budget voor zou worden vrijgemaakt.

De maatregelen zijn wel in alle ziekenhuizen op basis van onderzoek op een aantal pilotafdelingen opgesteld. De prioritering was een zaak van de pilotafdelingen en de projectgroep. In enkele ziekenhuizen kwamen uit de inventarisatie op de pilotafdelingen ook aanbevelingen voor maatregelen die voor het hele ziekenhuis van toepassing waren. Zoals ook blijkt uit de enquête voerden de ziekenhuizen uit de cases geen formele haalbaarheidsstudie uit. In de meeste gevallen bekijkt de projectgroep de haalbaarheid. Het bleek te helpen als medewerkers van het facilitair bedrijf participeren in de projectgroep. Zij kunnen bepalen of een maatregel op dat moment haalbaar is, of en waar hij kan worden ingepast in de planning, of dat hij beter kan worden opgenomen in de renovatie of nieuwbouwplannen.

### 5.1.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

In de netwerkbijeenkomsten is dit onderwerp niet apart aan de orde geweest.

## 5.2 Organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen

### 5.2.1 Resultaten enquête

Tabel 5.3 Activiteiten in het kader van OBE-maatregelen in absolute aantallen

<b>Activiteiten (N=21)</b>	<b>Aantallen</b>
Schouwronde om bouwkundige en technische maatregelen vast te stellen	13
Medewerkers hebben vastgesteld welke OBE maatregelen genomen moeten worden	10
Accordering van de voorgestelde maatregelen door MT en directie	8
Budgetreservering t.b.v. voorgenomen maatregelen	6
Geen	5

Vrijwel alle deelnemende ziekenhuizen geven aan dat ze bezig zijn met organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen.

Tabel 5.4 Knelpunten OBE

<b>Knelpunten OBE (N=18)</b>	<b>Aantal</b>
Te weinig budget	8
Te weinig tijd	3
Gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen	2
Gebrek aan samenwerking met diverse partijen	2

Bij het uitvoeren van activiteiten in het kader van OBE- maatregelen komen 3 ziekenhuizen geen knelpunten tegen. Van de genoemde knelpunten wordt gebrek aan budget het vaakst genoemd, namelijk 8 keer.



### 5.2.2 Resultaten case studies

In alle ziekenhuizen zijn organisatorische, bouwkundige en technische aanpassingen gedaan. Projectleiders geven aan dat het helpt als de medewerkers snel kleine resultaten zien zoals het ophangen van spiegels, het schilderen en plezieriger aankleden van een wachtruimte zodat hij minder vandalisme uitlokt, of het aanbrengen van noodknoppen.

Voorbeelden van aanpassingen:

- Omdat de wachttijden in een Spoed Eisende Hulp vaak aanleiding zijn tot agressie, heeft een ziekenhuis in de wachtkamer een video geïnstalleerd met informatie over de wachttijden en waarop wordt uitgelegd waarom sommige patiënten, terwijl ze later binnenkomen, toch eerder geholpen worden.
- Ook is er een airconditioning aangebracht in een wachtruimte die te warm was om te voorkomen dat de gemoederen oververhit raken.

Naast bouwkundige en technische aanpassingen kunnen gedragsmatige aanpassingen effect hebben. In een ziekenhuis wil men bijvoorbeeld op de poli psychiatrie in de spreekkamer van de psychiater een tweede deur maken waardoor hij kan ontsnappen als een patiënt gewelddadig wordt. Dit is een dure aanpassing die zal worden meegenomen in de nieuwbouw. Medewerkers hebben een tussentijdse oplossing gevonden door tijdens het spreekuur zo te gaan zitten dat ze zich tussen de patiënt en de deur bevinden in plaats van achterin de kamer waar geen vluchtweg is.

In alle ziekenhuizen uit de cases worden cursussen 'omgaan met agressie' gegeven. Soms gebeurt dit afdelingsgewijs, soms met afdelingen samen waardoor het indirect ook de samenwerking bevordert.

Op het gebied van beveiliging zijn organisatorische maatregelen genomen zoals:

- Het instellen van een eigen bewakingsdienst.
- De bewakingsdienst is nu ook overdag en s' avonds aanwezig en niet alleen s'nachts.
- Overdag is er geen beveiliging aanwezig maar is er een telefoonnummer geopend dat medewerkers kunnen bellen als ze acuut hulp nodig hebben. Niet de beveiliging maar (iemand van) het projectteam, speciaal geschoold in conflicthantering en in het omgaan met agressie, komt dan te hulp.

In de cases komt het gebrek aan budget wel aan de orde in dit verband maar het blijkt niet zo te zijn dat het een knelpunt vormt. "Als er aanpassingen nodig zijn dan komt er wel budget" is de redenering. In de meeste ziekenhuizen is sprake van renovatie en nieuwbouw. Omvangrijke veiligheidsadviezen worden vaak in deze plannen meegenomen. De ervaring is dat het gemakkelijker is om een aanpassing mee te nemen in de renovatieplannen dan om hem meteen aan te pakken. In dat geval wordt er vooraf budget gereserveerd terwijl anders de noodzakelijke gelden ergens anders moeten worden gevonden. Medewerkers blijken hier in de praktijk begrip voor te hebben.

### 5.2.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

De resultaten van de enquête en casestudies over dit onderwerp zijn wel gepresenteerd maar vormden geen punt van discussie.

## 5.3 Opstellen en invoeren van gedragsregels

### 5.3.1 Resultaten enquête

Op de vraag of het ziekenhuis al bezig is met het invoeren van en het werken met gedragsregels, blijkt dat 19 van de 28 ziekenhuizen hiermee bezig zijn. Twee ziekenhuizen hebben ze al voor de start van het project gerealiseerd, bij 6 is het opgenomen in het plan van aanpak, bij 6 is het in uitvoering en bij 5 zijn de gedragsregels al geïmplementeerd.

Tabel 5.5 Activiteiten gedragsregels/gedragscode

<b>Activiteiten gedragsregels (N=21)</b>	<b>Aantal</b>
Gedragsregels zijn opgesteld voor het gehele ziekenhuis	11
Activiteiten zijn ontwikkeld om bepaalde aspecten van de eigen dienstverlening te verbeteren	8
Gedragsregels zijn opgesteld voor de pilotafdelingen	7
De gedragscode is verspreid over de pilotafdelingen	7
De gedragscode is verspreid over het ziekenhuis	7
Er is voorlichting gegeven over de gedragscode	7
De vastgestelde gedragsregels zijn schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure	6
Er is een training georganiseerd hoe om te gaan met de afgesproken gedragsregels	6
Protocollen zijn doorgesproken met de politie/justitie/de gemeente (onderstrepen wat van toepassing is)	5
De gedragscode is verspreid over de risicoafdelingen	2
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over de gedragsregels	2

Tabel 5.6 Knelpunten gedragsregels

<b>Knelpunten gedragsregels (N=13)</b>	<b>Aantal</b>
Gebrek aan samenwerking met diverse partijen	3
Te weinig tijd	2
Gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen	2
Te weinig budget	1
Gedragsregels zijn te vaag of te weinig specifiek gebleken	1
Gedragsregels zijn te beperkt gebleken	1

De meeste ziekenhuizen (20) ondervinden geen knelpunten bij het opstellen van de gedragsregels.



### 5.3.2 Resultaten case studies

De ziekenhuizen hebben allen gedragsregels opgesteld. Dit gebeurde meestal door de projectgroep zelf al dan niet op basis van een waarden- en normen discussie op de pilotafdelingen. De ervaring van deze ziekenhuizen was dat het bespreken ervan op de afdelingen bij de medewerkers leidt tot meer bewustwording van de eigen houding tegenover agressie. Medewerkers hebben vaak veel begrip voor agressief gedrag van patiënten of bezoekers en beschouwen het als hun taak om hiermee om te gaan. In alle ziekenhuizen gelden de gedragsregels voor het hele ziekenhuis. In alle ziekenhuizen uit de cases worden gedragsregels breed gecommuniceerd ook naar buiten het ziekenhuis. Zo zijn de gedragsregels meestal opgehangen op strategische plekken in het ziekenhuis en verspreid via de nieuwsbrief en het intranet. Ze sturen de gedragsregels toe aan de huisartsen met het verzoek om ze op te hangen in de wachtkamer. In een ziekenhuis werden ze zelfs gepresenteerd op een grote bijeenkomst voor alle medewerkers, georganiseerd door de Raad van Bestuur, waarbij ook de burgemeester aanwezig was. Ook de plaatselijke en landelijke media besteedden er aandacht aan. Ziekenhuizen verwachten van de verspreiding een preventief effect. De ziekenhuizen uit de cases melden over het algemeen geen knelpunten bij het opstellen van de gedragsregels.

Dit is niet het geval bij het opstellen van een ziekenhuisbrede gedragscode. Niet alle ziekenhuizen zijn hier nog mee bezig. Het ligt gevoeliger. Het stelt zowel eisen aan de samenstelling van de werkgroep die de gedragscode uitwerkt, als aan het proces waarlangs het gebeurt. In een ziekenhuis heeft men alle geledingen uitgenodigd om deel te nemen. Regels worden bedacht aan de hand van concrete voorbeelden. Zo komt men langzaam maar zeker verder.

### 5.3.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

In de netwerkbijeenkomsten zagen onderzoekers de discussiepunten uit de cases terugkomen. Aanwezigen dachten verschillend over de vraag of de gedragsregels centraal of per afdeling opgesteld moeten worden. De meeste projectleiders benadrukten de noodzaak om ze op afdelingsniveau op te stellen om zo draagvlak te krijgen. Men was het erover eens dat het uiteindelijk resultaat moet bestaan uit een set gedragsregels die voor het gehele ziekenhuis geldt. De ervaring leert dat in de ziekenhuizen waar gedragsregels op afdelingsniveau worden opgesteld, veel overeenstemming bestaat tussen de afdelingen over de gedragsregels. "Sommige dingen vindt iedereen" stelden de deelnemers.

'Wil je de regels kracht geven, intern en extern dan moeten ze (uiteindelijk) centraal worden vastgesteld. " Balans tussen het resultaat en de weg ernaartoe, procedure en proces is hierbij cruciaal.

#### *Resultaat: één set van gedragsregels*

Wat betreft het resultaat staat het doel en nut van de gedragsregels voor sommige projectleiders ter discussie. Niet iedereen gelooft erin' iemand gaat niet anders doen door een paar regels'. Anderen zijn van mening dat gedragsregels laten zien wat je als ziekenhuis belangrijk vindt; het biedt de mogelijkheid voor medewerkers om op terug te vallen en naar te verwijzen.

Een ziekenhuis heeft de regels voorzien van illustraties wat ze nog duidelijker en ook voor anderstaligen begrijpelijk maakt.

### *De weg waarlangs*

Het samen discussiëren over gedragsregels wordt door aanwezigen van belang gevonden. Het is een middel om agressief gedrag ter discussie te stellen. Het zorgt ervoor dat je gezamenlijk nadenkt over wat normaal is en waar je grenzen liggen zodat de uiteindelijke regels ook gedragen worden.

De weg om te komen tot deze centrale regels verschilt. Grofweg kwamen drie manieren ter sprake.

- De manier die het meest weerklank vond was het op de pilotafdelingen vaststellen van de gedragsregels waarbij ze op de andere afdelingen steeds weer ter discussie worden gesteld om ze nader te preciseren en te operationaliseren. Men zag als gevaar van dit proces dat er verschillende sets ontstaan. Als procesbegeleider bij de discussie zou je hierop kunnen sturen. Een mogelijkheid die daarbij werd geopperd was de discussie op de andere afdelingen te richten op het eventueel toevoegen van gedragsregels specifiek voor die afdeling.
- Een andere methode die wordt gebruikt is het centraal opstellen van gedragsregels door een werkgroep en daarna op afdelingen preciseren en betekenis geven. Belangrijke factor bij het bespreken van de gedragsregels is de factor tijd. Discussie op vervolgafdelingen heeft geen zin als daar geen interesse is omdat er geen agressie is of omdat men zich niet bewust is dat er een probleem is. Het scheelt tijd om de discussie pas aan te zwengelen als de interesse gewekt is. Dat gebeurt vanzelf op het moment dat er een incident heeft plaatsgevonden of op het moment dat via de wandelgangen (door een incident op een naburige afdeling) de interesse is gewekt.
- Een derde manier was het ontwikkelen van gedragsregels op pilotafdelingen of centraal en vervolgens de discussie te integreren in een cursus 'omgaan met agressie' welke breed wordt aangeboden aan de medewerkers.

### *Toepassen van de regels*

Lastig bij de toepassing van de regels is dat iemand politieagent moet zijn. Niemand wil dat graag. Het vraagt veel discussie en voorlichting hoe de medewerkers ermee om kunnen gaan. Verwijzing naar de regels die overal aan de muur hangen, lijkt wel te werken. Ook wijzen sommige projectleiders op de preventieve werking die er van uitgaat.

### *Gedragscode*

Net als in de ziekenhuizen in de cases, is ook een aantal ziekenhuizen in de netwerken bezig met het ontwikkelen van een gedragscode voor het gedrag van medewerkers onderling. De noodzaak hiervoor wordt gevoeld. De aanwezigen in de netwerken bevestigen dat het opstellen veel tact vraagt en een andere aanpak dan het opstellen van de gedragsregels. Ook noemden ze in dit verband de rol van vertrouwenspersonen en het opbouwen van een dossier als er sprake is van herhaaldelijke onheuse bejegening.



## 5.4 Handhavingsbeleid

### 5.4.1 Resultaten enquête

Tweederde van de ziekenhuizen heeft nog helemaal geen activiteiten ondernomen op dit gebied. Een derde geeft aan een handhavingprotocol voor het hele ziekenhuis te hebben opgesteld en in de meeste gevallen is dit ook goed afgestemd en doorgesproken met de politie.

De ziekenhuizen die een protocol hebben, deelden inmiddels ook al toegangszetgevingen en/of officiële waarschuwingen uit.

De voorlichting over de handhavingprotocollen blijft achter. Ook is er nog weinig aandacht voor de beroepsprocedure.

Tabel 5.7 Activiteiten handhavingsbeleid

<b>Activiteiten handhavingsbeleid (N=14)</b>	<b>Aantal</b>
Er zijn inmiddels waarschuwings- en/of ontzeggingskaarten uitgedeeld, namelijk:	11
Er is een handhavingprotocol voor het hele ziekenhuis opgesteld	9
De werkwijze zoals beschreven in de handhavingprotocollen is goed afgestemd en doorgesproken met de politie	7
Er is een klachtenprocedure vastgesteld (om in beroep te gaan tegen waarschuwing of ontzegging)	4
Er is breed voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen	3
Het handhavingprotocol is schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure	3
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen	2

Tabel 5.8 Knelpunten handhavingsbeleid

<b>Knelpunten handhavingsbeleid (N=6)</b>	<b>Aantal</b>
Te weinig tijd	4
Gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/afdelingshoofden/politie	4
Te weinig budget	1
Gebrek aan samenwerking met...	1

Van de 10 ziekenhuizen die al activiteiten op dit gebied hebben ontplooid, gaven 6 ziekenhuizen aan knelpunten te ondervinden bij de implementatie van het handhavingsbeleid. Gebrek aan tijd en gebrek aan draagvlak werden het meest genoemd.



## 5.4.2 Resultaten casestudies

Niet in alle 4 de ziekenhuizen uit de cases is het handhavingsbeleid aan de orde geweest. In de 2 ziekenhuizen waar het geïmplementeerd is, zijn ook reeds toegangsontzeggingen en officiële waarschuwingen uitgedeeld. De wijze waarop ziekenhuizen het handhavingsbeleid hebben ontwikkeld verschilt:

- In een ziekenhuis is het vaststellen van de regels, wanneer een rode of een gele kaart mag worden uitgereikt en hoe dit moet plaatsvinden, voorafgegaan door een diepgaande en fundamentele discussie in de stuurgroep. Specialisten gaan er vanuit dat iedere patiënt bij het ziekenhuis moet kunnen aankloppen voor behandeling. Weigeren of wegsturen wordt moeilijk gevonden. Ook werd in dit ziekenhuis benadrukt dat het geven van de rode kaarten in een keer goed moet gaan omdat anders in een beroepszaak de dader in het gelijk kan worden gesteld.
- Het ontwikkelen van de regels op basis waarvan een rode of gele kaart wordt uitgereikt is in een ander ziekenhuis gedaan door middel van discussies in de pilotafdelingen. Hierbij zijn geen diepgaande discussies geweest maar is pragmatisch aan de hand van voorbeelden gekeken welke maatregel erop van toepassing zou moeten zijn namelijk: niets doen, een gele kaart geven of een rode kaart geven.

Het uitdelen van rode en gele kaarten gaat niet in alle ziekenhuizen op dezelfde manier:

- In een ziekenhuis deelt de politie de kaarten uit. Er is sprake van een tweetrapsraket. Dat wil zeggen dat bij bepaalde incidenten de beveiliging wordt ingeroepen. Zij bepalen of de politie erbij moet komen en deze deelt vervolgens de kaarten uit.
- In een ander ziekenhuis deelt de projectgroep de rode en gele kaarten uit.

Wie neemt uiteindelijk de beslissing om de toegang te ontzeggen? Ook dit is niet in alle ziekenhuizen hetzelfde:

- In het ene ziekenhuis beslist de behandelend specialist uiteindelijk of de agressieve patiënt de toegang wordt ontzegd.
- In een ander ziekenhuis wordt dit door de projectgroep of door het management bepaald. Ook de mate waarin een medewerker werk wil maken van een incident lijkt in het ene ziekenhuis zwaarder mee te wegen in de beslissing om een rode of gele kaart uit te reiken dan in het andere ziekenhuis.

Het handhavingsbeleid lijkt onder de medewerkers pas te gaan leven op het moment dat er een incident is geweest en een kaart wordt uitgereikt. Dan pas dringt het goed door en is men het wel of niet eens met de beslissing en met de regels die aan de beslissing ten grondslag liggen.

In alle 4 de ziekenhuizen uit de cases valt op dat er een goede band bestaat met de politie en een goede samenwerking met de beveiliging of deze nou eigen is of ingehuurd.

Dit blijkt uit de volgende factoren:

- In 2 ziekenhuizen vindt periodiek overleg plaats tussen (leden van) de projectgroep, beveiliging en politie om incidenten te bespreken en af te stemmen.
- De politie is in alle ziekenhuizen over het algemeen snel ter plekke als er een melding is.
- In een ziekenhuis is er ook persoonlijk informeel contact met de politie op de SEH wat het contact vergemakkelijkt als er echt wat aan de hand is. Ook werkt de aanwezigheid van politie in uniform op de SEH preventief. Het hoofd beveiliging in dit ziekenhuis waakt ervoor dat de samenwerking met de politie goed blijft door ze niet onnodig op te roepen.



De bereidheid om aangifte te doen is in de ziekenhuizen uit de cases niet erg groot. Over het algemeen is er angst voor represailles door de dader. Uit de interviews blijkt dat het voor medewerkers die het overkomt een grote stap is om aangifte te doen. "ik heb maanden geen boodschappen durven doen in het dorp uit angst dat ik de man tegen zou komen" meldt een medewerkster. Ook de tijd die het inneemt schrikt de medewerkers af. Ziekenhuizen proberen de bereidheid om aangifte te doen te verhogen.

### 5.4.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

#### *Rode en gele kaarten*

Het uitreiken van rode en gele kaarten is niet uitgebreid aan de orde geweest.

#### *Aangiftebereidheid*

Uit de netwerkbijeenkomsten komt, net als uit de cases, naar voren dat de bereidheid om aangifte te doen bij de medewerkers te wensen over laat. Angst voor represailles en de tijd die het kost, lijken hierbij de belangrijkste factoren.

Er worden in de discussies veel mogelijkheden aangedragen om de aangiftebereidheid te verhogen maar er blijkt veel onduidelijkheid te bestaan over de juridische kant ervan.

De volgende mogelijkheden worden genoemd:

- Bij aangifte wordt het adres van het ziekenhuis gebruikt.
- Aangifte wordt gedaan op naam van het ziekenhuis, hoofd beveiliging. De naam van de medewerker, die de aangifte betreft, wordt alleen bekend als hij moet getuigen.
- Aangifte wordt gedaan door een functionaris van het ziekenhuis die met die taak is belast. Dit is ook degene die getuigt als een medewerker daartoe wordt opgeroepen.
- In plaats van aangifte doen kan een medewerker het delict melden. Hierbij hoeft de melder geen naam en adres te noemen maar de politie maakt wel een aantekening van de melding. Deze kunnen vervolgens weer gebruikt worden als er wel een keer aangifte wordt gedaan tegen de dader. Er bestaat dan altijd nog de mogelijkheid om achteraf aangifte te doen.
- Politie komt in burger om medewerker mee te nemen naar het bureau voor aangifte.
- De medewerker hoeft niet naar het politiebureau toe voor aangifte maar de politie komt naar het ziekenhuis.
- Aangifte doen hoeft niet s'nachts te gebeuren.
- De medewerker krijgt persoonlijke ondersteuning bij het doen van aangifte.
- Heldere procedures en werkafspraken die duidelijk maken wat te doen in welke situatie (stroomdiagrammen bij diefstal, als de politie voor de balie staat, etc.).
- Heldere procedure voor afhandeling.
- Snelle en accurate terugkoppeling naar de melder over hoe het verder gaat.
- Afspraak tussen ziekenhuis en politie/OM dat de dader erop wordt gewezen dat contact zoeken met het slachtoffer strafverzwaring betekent.
- Verantwoordelijkheid medewerker meer onderstrepen door te wijzen op het belang van een veiliger ziekenhuis.
- Raad van bestuur moet het stimuleren bijvoorbeeld door het voor de medewerker aantrekkelijker te maken door af te spreken dat eventuele schade vooruitlopend op de veroordeling meteen door het ziekenhuis wordt vergoed als de medewerker aangifte doet.
- Niet teveel meegaan met angst voor mogelijke represailles maar aangeven dat uit onderzoek blijkt dat represailles vrijwel nooit plaatsvinden.
- 24 uur per dag is er een opvangteam beschikbaar.

Over de volgende onderwerpen blijkt onduidelijkheid te bestaan:

- Kan er op personeelsnummer aangifte worden gedaan in plaats van op naam?
- Wat is het verschil tussen een “gewone” dader en een dader waarbij agressie samenhangt met het ziektebeeld?
- Wat is precies het verschil tussen een melding doen en aangifte doen?
- Mag je als ziekenhuis een zwarte lijst of “smoelenboek” aanleggen?

## 5.5 Convenant

### 5.5.1 Resultaten enquête

Tabel 5.9 Stand van zaken convenant in absolute aantallen

Stand van zaken	Aantal
Gaan convenant ondertekenen model Veiligezorg	7
Getekend convenant volgens model Veiligezorg	5
Gaan convenant eigen model ondertekenen	5
Al voor de start van het project getekend	4
Getekend convenant eigen model	3
Gaan geen convenant ondertekenen	1

Uit de resultaten blijkt dat bijna de helft van de ziekenhuizen een ondertekend convenant heeft en dat de andere 12 dit gaan doen. 7 van deze 12 ziekenhuizen verwachten dit binnen nu en 9 maanden te doen. Niet alle ziekenhuizen gebruiken het convenant zoals gebruikt in Veiligezorg®. 5 Hebben een eigen model en het ligt voor de hand dat ook de ziekenhuizen die al voor de start een convenant hadden getekend een ander model hanteren.

Tabel 5.10 Knelpunten convenant

Knelpunten convenant (N=18)	Aantal
Te weinig tijd	5
Onduidelijkheid bij de medewerkers hoe om te gaan met het medisch beroepsgeheim	5
Gebrek aan terugkoppeling van informatie door de politie naar het ziekenhuis	4
Gebrek aan samenwerking met justitie	3
Gebrek aan draagvlak	2
Gebrek aan samenwerking met politie	2
Problemen in samenwerking met de jurist van het ziekenhuis	2
Weinig begrip bij de politie voor geheimhoudingsplicht van medewerkers	2
Te weinig budget	1

22 van de 28 ziekenhuizen kwamen geen knelpunten tegen bij dit onderwerp van Veiligezorg®. Bij de 5 overige ziekenhuizen kwamen “onduidelijkheid bij de medewerkers hoe om te gaan met het medisch beroepsgeheim” en “te weinig tijd” het vaakst als probleem naar voren (ieder 5 keer).

Overleg met de politie is in 4 gevallen niet optimaal.



### 5.5.2 Resultaten casestudies

Drie van de vier ziekenhuizen onderschrijven het belang van het ontwikkelen en het bestaan van een convenant. In het vierde ziekenhuis speelt het geen rol omdat de contacten met politie en justitie toch al goed zijn. Een van de ziekenhuizen heeft er behoefte aan om de uitgangspunten goed te definiëren en de houding van het ziekenhuis tegenover agressieve patiënten te bepalen en juridisch helder te krijgen. In dit geval werd er ook vanuit de gemeente druk op het ziekenhuis uitgeoefend om iets te doen aan de veiligheid. In een ander ziekenhuis is er al wel een convenant opgesteld maar is het nog onvoldoende uitgewerkt om in de praktijk bruikbaar te zijn. In het derde ziekenhuis heeft de projectgroep ervoor gezorgd dat er een convenant kwam. Met de politie liep het overleg goed. Met justitie was het moeilijker. Er was kort daarvoor overleg geweest tussen ziekenhuis en justitie over een ander convenant; justitie zag het nut van een nieuw convenant niet in. Justitie kampte bovendien met een grote werkdruk waardoor zij niet zat te wachten op zaken die sneller afgehandeld moesten worden.

### 5.5.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

De uitkomsten van de enquête en casestudies zijn kort gepresenteerd maar zijn, in verband met de speciaal rondom dit onderwerp georganiseerde bijeenkomst in het najaar, geen punt van discussie geweest.

## 5.6 Melding en registratie

Wat hebben de ziekenhuizen gedaan aan de ontwikkeling en implementatie van de meldingsprocedure?

### 5.6.1 Resultaten enquête

Tabel 5.11 Activiteiten in het kader van de meldingsprocedure in absolute cijfers

<b>Activiteiten (N=22)</b>	<b>Aantallen</b>
Eigen meldingsformulier ontworpen en verspreid	13
Meldingsprotocollen opgesteld	11
Meldingsformulier voor intranet gemaakt	10
Terugkoppeling van resultaten aan MT en of afdelingen vindt regelmatig plaats	10
Er wordt jaarverslag gemaakt	9
Brede voorlichtingscampagne over melding en registratie uitgevoerd	8
Centraal meldnummer ingesteld en breed gecommuniceerd in de instelling	8
Meldingskaartjes Veiligezorg® zijn verspreid	7
Leidinggevende heeft verantwoordelijkheid over de melding	6
Periodieke voorlichting over de meldingsprocedure	5
Leidinggevende neemt altijd contact op met het slachtoffer van een incident	5
Melding verplicht gesteld	3
Terugkoppeling registratieresultaten heeft geleid tot nieuwe preventieve maatregelen	3

Tabel 5.12 Knelpunten meldingsprocedure

<b>Knelpunten meldingsprocedure (N=21)</b>	<b>Aantal</b>
Geen knelpunten	9
Er is weerstand tegen melding bij medewerkers/leidinggevenden	6
Gebrek aan draagvlak bij MT/leidinggevenden	4
Er worden geen resultaten teruggekoppeld	4
Te weinig tijd van projectleider	2
Te weinig budget	1
Gebrek aan samenwerking met	1

Een derde van de ziekenhuizen komt bij de meldingsprocedure geen knelpunten tegen. Zes projectleiders noemden weerstand tegen melden bij medewerkers en leidinggevenden als knelpunt. Twee andere minder voorkomende knelpunten zijn: het niet terugkoppelen van resultaten en gebrek aan draagvlak bij MT/leidinggevenden.

Tabel 5.13 Activiteiten registraties

<b>Activiteiten registraties (N=20)</b>	<b>Aantal</b>
ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd over wettelijke (privacy)eisen, protocollen e.d.	16
Er is een plaatsvervanger voor de ZIR-beheerder aangesteld	13
De plaatsvervangende ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd	11
Er is een protocol opgesteld voor het beheren en registreren van incidenten	9
Er wordt een jaarverslag gemaakt	7
Er vindt regelmatig terugkoppeling plaats van resultaten	6
Er zijn preventieve maatregelen getroffen naar aanleiding van de terugkoppeling van de registratie	2

Enkele respondenten hadden bij deze vraag nog andere activiteiten opgegeven namelijk:

- er is een eigen registratiesysteem ontwikkeld;
- er wordt al lang naar tevredenheid een eigen registratie gebruikt;
- er zijn twee mensen aangewezen voor registratie en zij hebben de training gehad (2).

Tabel 5.14 Knelpunten registraties in ZIR

<b>Knelpunten registraties (N=15)</b>	<b>Aantal</b>
Invoeren kost teveel tijd	9
Er zijn vaak problemen met de bereikbaarheid van ZIR	4
Te weinig tijd van	3
Het programma is te traag	3
Werkwijze van ZIR levert problemen op	2
Er is weerstand tegen registratie bij medewerkers	2
De helpdesk reageert niet adequaat genoeg op vragen	1
Er is weerstand tegen registratie bij leidinggevenden	1



Als extra knelpunten werden genoemd:

- het programma is weinig praktisch;
- er zijn te weinig analysemogelijkheden;
- incidenten worden te veel onder 1 nummer geschaard;
- meldingskaartjes en ZIR komen niet overeen.

### 5.6.2 Resultaten case studies

Hoewel de meldingsbereidheid in de ziekenhuizen toeneemt, blijkt er in de praktijk een aantal belemmeringen te zijn. Ziekenhuizen verschillen in het formulier wat ze gebruiken bij melding. Het is een afweging tussen effectiviteit en efficiëntie. De lengte van het formulier schrikt medewerkers af om het in te vullen. In een ziekenhuis bleek dat medewerkers en hoofden het niet eens waren over de definitie wat een incident is en wat er dus gemeld moet worden. In alle ziekenhuizen is de projectgroep zich bewust van het belang van terugkoppeling na een melding om de meldingsbereidheid te vergroten.

In de ziekenhuizen zijn verschillende functionarissen belast met het verwerken van de meldingformulieren:

- De meldingen worden geopend door de medewerker van de administratie die ze doorgeeft aan degene die de meldingen registreert.
- In het facilitair bedrijf is een preventiemedewerker aangesteld die de meldingen behandelt en registreert.
- Leden van de projectgroep registreren. Dit ziekenhuis hecht veel belang aan de vertrouwelijkheid. Twee leden van de projectgroep openen samen de brievenbus waar de meldingen in komen. Ook heeft de projectgroep in de voorlichting aan de medewerkers benadrukt dat zij nooit informatie over een melding naar buiten zullen brengen zonder medeweten van de melder. Andere ziekenhuizen vinden deze vertrouwelijkheid veel minder belangrijk.

### 5.6.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

Projectleiders weten niet goed hoe het precies zit met de meldingsdiscipline. Ze hebben wel de indruk dat het aantal stijgt als een afdeling actief betrokken wordt bij Veiligezorg® maar het wordt niet als indicator gebruikt om het resultaat van het project aan af te meten. De meldingsbereidheid lijkt gering gezien het aantal meldingen. De projectleiders vinden het aantal meldingen belangrijk omdat het ook aan de Raad van Bestuur laat zien dat veiligheid een probleem is dat aandacht blijft behoeven.

Opvallend in de netwerken was het grote aantal projectleiders dat werkt met een eigen formulier. De achtergrond hiervoor is dat ze het huidige formulier niet zomaar kunnen intoetsen in het ZIR; zij moeten hiervoor meer informatie vragen bij de melder. Dit wordt vaak als obstakel gezien omdat de melder door diensten etc. niet altijd snel te bereiken is. Een van de ziekenhuizen lost dit op door de melder te vragen zijn emailadres te vermelden op het formulier zodat onmiddellijk contact mogelijk is. Ook bestaat bij verschillende ziekenhuizen de behoefte om het meldingsformulier te koppelen aan het MIM.

Ziekenhuizen verschillen in de manier waarop, na melding, meer informatie wordt gevraagd aan de melder:

- In een aantal ziekenhuizen meldt de medewerker rechtstreeks naar een lid van de projectgroep of naar een daartoe aangestelde functionaris binnen het facilitair bedrijf of personeelszaken.
- In andere gevallen krijgt het afdelingshoofd de melding binnen en vult met de melder het formulier in om het vervolgens door te sturen naar de functionaris.

Er is discussie over de vraag of een incident waarbij de beveiliging wordt betrokken het beste kan worden gemeld door de beveiliging of door de afdeling. Voorstanders door melding door de afdeling hebben als argument dat het afdelingshoofd op die manier oog houdt op het aantal en de soort incidenten. Voorstanders voor de beveiliging geven aan dat melden bij hun werk hoort en het de werkdruk van de afdelingshoofden vermindert. Net als in de cases al duidelijk werd verschillen ook de andere ziekenhuizen in wie de registratie in het ZIR uitvoert. De volgende mogelijkheden worden genoemd: de projectleider, een preventiemedewerker, de receptionisten (omdat zij het meeste aanwezig zijn). De registratie in het ZIR ervaren veel projectleiders als lastig. Het vraagt veel tijd en laat weinig ruimte voor gewenste aanpassingen. In de netwerken is weinig gezegd over het nut van het ZIR voor bijvoorbeeld terugkoppeling op individueel, afdeling- of organisatieniveau.

De projectleiders brengen de volgende verklaringen voor de lage meldingsbereidheid naar voren:

- Medewerkers zijn zich nog te weinig bewust van hun eigen houding ten aanzien van agressief gedrag.
- Het is onvoldoende bekend wat een incident is dat gemeld moet worden.
- Het doel van de melding is te weinig bekend; het wordt nog erg als een individuele zaak gezien terwijl de link met het belang van het ziekenhuis niet wordt gelegd door de medewerkers noch door het management.
- Medewerkers willen incidenten liefst snel vergeten; het is gebeurd en daarmee is het klaar; lang niet altijd willen ze nog contact met degene die het ZIR formulier moet invullen.
- Medewerkers zijn bang dat ze daarna aangifte zullen moeten doen.
- Lange formulieren maken het voor de potentiële melder minder aantrekkelijk om te melden "we schrijven al zoveel".
- Het afdelingshoofd zit er te weinig bovenop.
- Het nut wordt niet duidelijk, er is nog erg weinig ervaring met gerichte terugkoppeling naar de individuele melder, naar de afdeling en naar de organisatie als totaliteit.

In de praktijk proberen de projectleiders op de volgende manieren de meldingsbereidheid te vergroten:

- Presentatie over melden in het kader van het project Veiligezorg® richting de medewerkers en richting de afdelingshoofden.
- Een projectleider neemt een incident dat gemeld is bij de beveiliging maar niet via het meldingsformulier als voorbeeld mee naar de betreffende afdeling. "we hebben afgesproken dit soort dingen te melden waarom is er geen formulier ingevuld"? Blijkt dat aan de hand van concrete voorbeelden aan de medewerkers duidelijker wordt wat de bedoeling is.
- Het formulier kort houden.
- Melden gemakkelijk maken door het formulier via intranet snel toegankelijk te maken eventueel gekoppeld aan het MIM formulier waarbij net als bij het belastingformulier telkens vragen die niet van toepassing zijn kunnen worden overgeslagen. Hierdoor is invullen aantrekkelijker.
- Terugkoppeling serieus ter hand nemen richting de individuele melder.
- Melding via het afdelingshoofd laten lopen; het afdelingshoofd heeft in dat geval de taak om de melder om meer informatie te vragen en vervolgens het uitgebreide ZIR-formulier in te vullen.
- Een ziekenhuis heeft op de afdeling een journaal liggen waarin de medewerkers ook opschrijven als er een incident heeft plaatsgevonden. Het afdelingshoofd kan vervol-



gens besluiten of een melding nodig is of er in het afdelingsoverleg aandacht aan schenken.

- Een ziekenhuis heeft op elke afdeling twee medewerkers Veiligheidszorg® aangewezen; zij moeten zorgen dat er gemeld wordt.
- In afdelingsoverleg de meldingen en hetgeen ermee gebeurd is naar iedereen terugkoppelen waarbij wel aandacht is voor de privacy van de melder.
- Duidelijk maken wat voor verbeteringen op een afdeling zijn aangebracht als antwoord op meldingen.
- Duidelijk maken welke maatregelen naar aanleiding van de meldingen zijn genomen en dit communiceren via het ziekenhuisblad ed.

## 5.7 Opvang en nazorg

### 5.7.1 Resultaten enquête

Tabel 5.15 Activiteiten opvang e.d.

<b>Activiteiten opvang e.d. (N=26)</b>	<b>Aantal</b>
Geen, want er was reeds beleid tav opvang, begeleiding en nazorg	12
Geen, want dit had geen prioriteit	2
Er is materiaal ontwikkeld over de opvang in het ziekenhuis	7
Er zijn andere activiteiten uitgevoerd ter verbetering van de opvang	5
Incidenten worden nabesproken	4
Er is een brede voorlichtingscampagne over de opvang uitgevoerd	2
Er wordt periodiek voorlichting over opvang gegeven	2
Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de werkwijze of de samenstelling van het bestaande opvangteam	2
Er heeft voorlichting plaatsgevonden over de terugkoppeling	1

Veel ziekenhuizen blijken reeds een vorm van opvang en nazorg in het ziekenhuis te hebben afgesproken in het kader van de Arbo zorg. Er lijkt niet veel voorlichting over de opvang te zijn.

Meer dan de helft van de ziekenhuizen ervaart geen knelpunten bij de opvang en nazorg. De mogelijke knelpunten namelijk: gebrek aan budget, te weinig tijd, gebrek aan draagvlak of gebrek aan samenwerking worden door geen enkel ziekenhuis ervaren.

### 5.7.2 Resultaten cases

In een van de ziekenhuizen uit de cases is het reeds bestaande protocol “opvang bij schokkende ervaringen” op basis van Veiligheidszorg® aangepast.

De eerste opvang na een schokkende ervaring is in de ziekenhuizen de taak van de directe collega's en de leidinggevende. De opvang met name door de leidinggevende wordt door degenen die in de cases hun incident vertelden, buitengewoon belangrijk gevonden. Een ziekenhuis had aanvankelijk op elke afdeling een medewerker geschoold voor de taak van bedrijfsopvang. Na een evaluatie bleek dat de opvang door collega's en leidinggevende



zo goed ging dat het aantal bedrijfsopvangsters is teruggebracht waardoor een soort bedrijfsopvangteam is ontstaan. Andere ziekenhuizen hadden meteen een bedrijfsopvangteam ingesteld.

### 5.7.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

Tijdens de netwerkbijeenkomsten komt herhaaldelijk naar voren dat het afdelingshoofd de nazorg moet doen; hij weet het beste wat er op de afdeling gebeurt. Een afdelingshoofd van een Spoed Eisende Hulp heeft een journaal op de afdeling liggen waar medewerkers opvallende gebeurtenissen in schrijven van die dag. Zo blijven collega's en het hoofd op de hoogte en kan het hoofd indien nodig actie ondernemen. Hij geeft aan dat hij het beste de medewerker kan begeleiden omdat hij de situatie kent; een SEH is heel anders dan bijvoorbeeld een interne afdeling en vraagt een andere aanpak.





## 6. Resultaten: Stand van zaken en projectinrichting

In dit hoofdstuk worden de algemene resultaten gepresenteerd. Achtereenvolgens gaan we in op de huidige status van het project Veiligezorg® in de ziekenhuizen en de fase van uitvoering waar de ziekenhuizen zich bevinden (paragraaf 3.1) en enkele algemene aspecten van de projectinrichting, zoals de projectorganisatie en de gekozen pilotafdelingen (paragraaf 3.2 en 3.3).

### 6.1 Huidige stand van zaken van Veiligezorg® in de ziekenhuizen

#### 6.1.1 Resultaten uit de vragenlijst

Op de vraag wat de algemene stand van zaken van het project Veiligezorg® is in het ziekenhuis heeft driekwart van de ziekenhuizen aangegeven dat het project nog loopt. In drie ziekenhuizen is het project afgerond; deze zijn alledrie gestart in 2003.

In vier ziekenhuizen ligt het project tijdelijk stil, dit zijn zowel ziekenhuizen uit de eerste als uit de tweede ronde.

In tabel 3.1 is te zien in welke fase van het project Veiligezorg® de ziekenhuizen zijn. Logischerwijs, in verband met de verschillende startjaren, is dit voor de totale onderzoeksgroep zeer verdeeld.

Tabel 6.1 Fase van Veiligezorg® waarin de ziekenhuizen zijn

Fasen	Totaal	2003	2004	2005
Fase I: organisatorische voorbereiding	3			3
Fase II: probleemanalyse	7		3	4
Fase III: beleidsontwikkeling	1		1	
Fase IV: convenant	3		3	
Fase V: implementatie van het beleid	2	1	1	
Fase VI: verbreding	3	1	2	
Fase VII: verankering	5	2	3	

Kijkend naar de verschillende startjaren is te zien dat deze grote variatie terugkomt bij de groep ziekenhuizen die in 2004 zijn gestart. In deze groep zijn zowel ziekenhuizen die bezig zijn met de probleemanalyse (fase 2) als ziekenhuizen die in de afrondende borgingsfase zijn (fase 7).

De ziekenhuizen die als eerste zijn gestart en het project nog niet hebben afgerond, zijn bezig met fase 5 (de implementatie van maatregelen) of met verbreding en verankering (fase 6 en 7); de ziekenhuizen die zijn gestart in 2005 zijn bezig met de eerste en tweede fase.



## 6.2 Projectinrichting

In het Handboek Veiligezorg® wordt gesteld dat het project staat of valt met een goede projectorganisatie. Daarom zijn hiervan een aantal belangrijke aspecten opgenomen in de vragenlijst. Het betreft:

- de samenstelling van de projectgroep en de stuurgroep;
- het aantal uren per week dat de projectgroepleden zijn vrijgesteld voor het project.

### 6.2.1 Resultaten uit de vragenlijst

Van de 28 ziekenhuizen hebben 25 ziekenhuizen de vraag over de vaste projectgroepsamenstelling beantwoord, 20 ziekenhuizen hebben eveneens aangegeven dat er tijdelijke deelnemers aan het project waren.

#### *Samenstelling projectgroep en tijdsbesteding*

Zoals tabel 3.2 laat zien zijn de projectgroepen in de ziekenhuizen niet allemaal gelijk van samenstelling. De 25 ziekenhuizen die deze vraag hebben ingevuld hebben allemaal een projectleider.

Tabel 6.2 Samenstelling van de vaste projectgroep Veiligezorg® en de tijdelijk toegevoegde functionarissen

Leden projectteam	Aantal ziekenhuizen	
	Vast (n=25)	Tijdelijk (n=20)
Projectleider	25	3
Hoofd pilotafdeling 1	19	6
Hoofd beveiliging	16	3
Hoofd pilotafdeling 2	12	7
Communicatie	11	7
Projectmedewerker	9	3
P&O adviseur	8	2
Vertegenwoordiger MT&directie	7	1
Hoofd facilitaire zaken	6	1
Jurist	5	4
Politie	4	6
Patiëntenorganisatie	2	2
Stagiaire	1	12

In de meeste projectgroepen zijn de hoofden van 2 pilotafdelingen opgenomen. Ook het hoofd beveiliging maakt meestal deel uit van de projectgroep.

Een jurist maakt in 4 gevallen vast deel uit van het team; in 4 gevallen is deelname tijdelijk. Een medewerker van communicatie maakt in 11 ziekenhuizen vast en in 7 ziekenhuizen op tijdelijke basis deel uit van het projectteam.

Het hoofd facilitaire zaken is in 6 gevallen vast projectgroeplid en in 1 geval tijdelijk.

De hoofden van de pilotafdelingen en de politie zijn niet altijd vast in het projectteam opgenomen maar nemen vaak op tijdelijke basis deel.

De tijd die een projectleider aan het project kan besteden varieert van 2 tot 20 uur per week, met een gemiddelde van 9,5 uur.

De vaste projectgroep is in de helft van de ziekenhuizen (14) niet gewijzigd in de loop van het project. In de andere ziekenhuizen hebben ongeveer net zo vaak marginale als omvangrijke wijzigingen plaatsgevonden.

Bij de omvangrijke wijzigingen ging het om de vervanging van de projectleider lopende het project en het opheffen van de projectgroep.

#### *Rol van de jurist, medewerker communicatie en facilitaire zaken*

In de 4 ziekenhuizen waar de jurist tijdelijk lid is van het projectteam speelt hij het vaakst een rol in de fase waarin het convenant wordt opgesteld. De inzet is verder min of meer gelijk verdeeld over de verschillende fasen.

In de ziekenhuizen waar een communicatiemedewerker tijdelijk deel uitmaakte van de projectgroep maakt men het meest gebruik van deze functionaris in de fase van organisatorische voorbereiding (18) en daarna het meest in de fase dat het convenant wordt opgesteld. Ziekenhuizen maken het minst gebruik van communicatie in de fase van probleemanalyse, verbreding en verankering. Dat deze laatste twee fasen het minst worden genoemd kan komen doordat ziekenhuizen aan deze fasen nog maar beperkt zijn toegekomen.

Facilitaire zaken is het meest betrokken bij de probleemanalyse en de implementatie van maatregelen.

Tabel 6.3 Rol van de jurist, communicatie en facilitaire zaken

<b>Fase</b>	<b>jurist (n=13)</b>	<b>medewerker communicatie (n=21)</b>	<b>hoofd facilitaire zaken (n=15)</b>
I. Organisatorische	6	18	5
II. Probleemanalyse	7	8	10
III. Maken plan van aanpak	6	12	9
IV. Convenant opstellen	12	14	8
V. Implementatie van beleid	6	12	12
VI. Verbreding	3	8	9
VII. Verankering	5	7	10

#### *Samenstelling stuurgroep*

De beantwoording van de vraag hoe de stuurgroep is samengesteld is hier niet opgenomen. Deze vraag blijkt door de projectleiders verschillend te zijn geïnterpreteerd (zowel als stuurgroep en klankbordgroep als werkgroep op afdelingsniveau) waardoor de invulling weinig betrouwbare gegevens oplevert.

## 6.2.2 Resultaten casestudies

In de verschillende casussen lijkt de omvang, samenstelling en werkwijze van de projectgroepen van belang voor het welslagen van het project. Een te grote projectgroep leidt gemakkelijk tot absentie bij vergaderingen. Dit blijkt in de praktijk te voorkomen door goede afspraken vooraf en een goede vergaderdiscipline.



Deelname van de facilitaire dienst, en dan met name de technische dienst, in de projectgroep vergroot in een projectgroep de kans dat er adviezen worden gegeven die haalbaar zijn in de praktijk. Bijkomend voordeel is dat de gekozen maatregelen direct in de planningen van de technische dienst meegenomen kunnen worden.

Bewustzijn van het probleem en draagvlak bij het management, bijvoorbeeld via deelname in de stuurgroep, vergroot de kans op succes.

### 6.2.3 Resultaten netwerkbijeenkomsten

De uitkomsten van enquête en casestudies over de projectorganisatie zijn in de netwerkbijeenkomsten wel gepresenteerd maar niet besproken.

## 6.3 Pilotafdelingen bij de start van Veiligezorg®

### 6.3.1 Resultaten uit de vragenlijst

Alle ziekenhuizen, op 3 na, hebben ervoor gekozen om te starten met het project op de SEH. Daarna is de receptie de meest gekozen afdeling namelijk 12 van de 28. De Paaz en beveiliging zijn respectievelijk 7x en 6x genoemd. Op afstand volgen de kinderafdeling en de kraam, de poliklinieken en de trauma afdeling.

13 Ziekenhuizen hebben aangegeven nog andere afdelingen als pilot te hebben gekozen. Daarbij zijn genoemd:

- de röntgenafdeling (2x);
- andere verpleegafdelingen (3x);
- GAAZ;
- hostesses;
- ICU;
- huisartsenpost;
- avond-, nacht- en weekeindhoofden.

### 6.3.2 Resultaten uit de casestudies

In de casestudies komen dezelfde afdelingen als pilotafdelingen naar voren. Deze afdelingen zijn gekozen als pilot omdat zij worden gezien als risicoafdeling. Draagvlak bij zowel de leidinggevende als de medewerkers van de risicoafdelingen was een belangrijke voorwaarde om ook daadwerkelijk op deze afdelingen van start te gaan.

### 6.3.3 Resultaten uit de netwerkbijeenkomsten

De uitkomsten van enquête en casestudies over de projectorganisatie zijn in de netwerkbijeenkomsten wel gepresenteerd maar niet besproken.

## 7. Resultaten: Verbreding, welke aanpak is gekozen en waarom?

### 7.1 Resultaten enquête

Van de 28 ziekenhuizen die de enquête hebben ingevuld, zijn er vier waarbij verbreding al heeft plaatsgevonden. Twee daarvan verbreden het project naar twee andere afdelingen, twee anderen verbreden naar drie volgende afdelingen. Bij acht ziekenhuizen bestaan plannen om te verbreden. Drie daarvan kiezen voor eenzelfde traject en één voor een beperkter traject.

Van de ziekenhuizen die reeds hebben verbreed zijn twee afkomstig uit de eerste groep ziekenhuizen en twee uit de groep die in 2004 is gestart. De resultaten uitgesplitst naar startjaar staan vermeld in bijlage 5.

Tabel 7.1 Verbreding in absolute aantallen (N=25)

Wel of geen verbreding	Aantal	Soort traject	Aantal
Verbreding heeft plaatsgevonden naar vervolgafdelingen	4	Eenzelfde traject	3
		Beperkt traject	1
Plannen en afspraken zijn gemaakt	8		
Nog geen plannen of afspraken	11		
Er wordt niet verbreed	1		
Anders	1		

Vijf van de acht ziekenhuizen die nog niet hebben verbreed, maar daar al wel plannen of afspraken over hebben gemaakt, hebben de vraag beantwoord voor welke vorm van verbreding zij kiezen. Elk van hen kiest voor een andere vorm.

Het ziekenhuis dat aangeeft niet te gaan verbreden geeft als reden aan dat verbreding op de andere afdelingen niet zo noodzakelijk wordt geacht omdat daar duidelijk minder agressie is.

Bij de verbreding hebben vijf ziekenhuizen knelpunten aangegeven. Drie van hen hebben het knelpunt toegelicht. Het betreft:

Ziekenhuis 1: tijd;

Ziekenhuis 2: problemen rond de discussie over normen en waarden;

Ziekenhuis 3: matige respons op de enquête, geen deelname van de artsen en wisseling van leidinggevenden.

Tien ziekenhuizen geven aan dat ze behoefte hebben aan ondersteuning via advisering door Veiligezorg® (7), cursusdagen (5) voorlichting aan hoofden van nieuwe afdelingen (3) of netwerkbijeenkomsten (6).



Tot slot is hier gevraagd welke tips de ziekenhuizen elkaar kunnen geven voor verbreding.

- Budget, mankracht, stimuleren draagvlak.
- Aansluiten bij incidenten. Niet teveel afdelingen tegelijk, het groepsinterview levert veel informatie op.
- Het allerbelangrijkste is vooraf draagvlak creëren bij directie en management, maar vooral bij middenkader. Systematisch terugkoppeling naar alle partijen is zeer van belang inzake preventie.
- Ga niet te ver op in normen en waardendiscussie, want anders kom je nooit tot een gezamenlijke indeling! Daarnaast is de indeling van incidenten eigenlijk al vastgesteld (op kaartje en in het ZIR).

### 7.1.1 Resultaten case studies

De ziekenhuizen in de casestudies verschillen in de wijze waarop ze vorm geven aan de verbreding. We zien hier dezelfde breedte terug die we ook zagen bij de resultaten uit de vragenlijst.

De vier ziekenhuizen verbreden als volgt:

- Langzaam uitrollen over alle afdelingen. Dit vindt men belangrijk onder meer vanwege de bewustwording die het project stimuleert onder de medewerkers over de eigen grenzen en eigen gedrag ten aanzien van agressie.
- Een paar nieuwe afdelingen betrekken en de methode volgen en daarnaast de ziekenhuisbrede aspecten inbedden in een integraal veiligheidsbeleid. Omdat het een groot ziekenhuis is signaleert de projectgroep het gevaar dat de aandacht voor het project wegebt bij de niet betrokken afdelingen.
- Afdelingen betrekken die willen en een aangepast traject doorlopen.
- Geen nieuwe afdelingen betrekken maar werken aan verbeterpunten die het hele ziekenhuis betreffen. Het ziekenhuis maakt deze keuze om de volgende redenen: deze afdelingen zijn minder geïnteresseerd omdat agressie er niet zo'n grote rol speelt; de pilotafdelingen hebben al veel ziekenhuisbrede adviezen ter verbetering opgeleverd; de ziekenhuisbrede gedragsregels zijn al opgesteld. De andere afdelingen worden wel geprikkeld om meldingen te doen door te laten zien dat op basis van meldingen op andere afdelingen aanpassingen worden gedaan.

### 7.1.2 Resultaten netwerkbijeenkomsten

Met verbreding blijkt in de praktijk nog niet zo erg veel ervaring te zijn opgedaan. Bij de vorm die men voor de verbreding kiest of voornemens is te kiezen spelen de volgende overwegingen een rol:

- tijd: het is heel veel werk om alle afdelingen te doen;
- budget, idem;
- bestaan van meer risicoafdelingen of afdelingen die interesse hebben: zonder draagvlak is meedoen niet efficiënt;
- visie van het ziekenhuis.

Een belangrijke vraag daarbij is: Hoe creëer je draagvlak voor de gedragsregels, melding van incidenten, etc. als je de methode niet op alle afdelingen op dezelfde manier uit hebt gevoerd.



De volgende vormen komen voor:

- Uitrollen van het project over de afdelingen waarbij eenzelfde traject wordt gevolgd. Zoals een projectleider toelicht : "mensen moeten hun zegje kunnen doen over wat er op hun afdeling onveilig is; ze komen met oplossingen waar jezelf nooit aan gedacht zou hebben". Sommige ziekenhuizen hanteren hierbij een strak tijdschema.
- Afdelingen worden geclusterd in: afdelingen waar nooit iets gebeurt; afdelingen met dezelfde bouwkundige vorm. Deze worden als cluster benaderd.
- Na de pilotafdelingen worden andere afdelingen betrokken via de agressietrainingen; tijdens deze trainingen komen in sommige ziekenhuizen de gedragsregels aan de orde om draagvlak hiervoor te vergroten.
- Na de pilotafdelingen krijgen de andere afdelingen informatie en voorlichtingsbijeenkomsten maar de verbeterpunten uit de pilotafdelingen zijn al ziekenhuisbreed toepasbaar en hoeven niet meer per afdeling geïnventariseerd te worden.
- Als vervolgafdelingen door een incident bewust worden van het probleem dan kunnen ze alsnog meedoen met het project.
- Voor het vinden van vervolgafdelingen worden de resultaten uit het arbeidsbelevingsonderzoek (Personeel in Beeld) gebruikt.
- Bij vervolgafdelingen wordt een versneld traject doorlopen.
- In een ziekenhuis mogen de afdelingen zelf kiezen of ze een uitgebreide aanpak danwel een ingekorte versie wensen.
- Het komt ook voor dat ziekenhuizen meerdere locaties hebben waarbij verbreding inhoudt dat dezelfde afdelingen op een andere locatie aan de beurt komen voor een pilot.





## 8. Resultaten: Verankering en borging

Het is de bedoeling dat het project Veiligezorg® op een gegeven moment wordt ingebed in de structuur van het ziekenhuis en onderdeel gaat uitmaken van de beleidscyclus.

### 8.1 Resultaten uit de vragenlijst

#### *Borging op centraal niveau*

Uit de enquête blijkt dat 12 ziekenhuizen nog niet zijn toegekomen aan borging op centraal niveau. Toch geven 20 ziekenhuizen aan dat zij wel specifieke borgingsmaatregelen genomen hebben. Bij 10 ziekenhuizen maakt het veiligheidsbeleid onderdeel uit van de beleidscyclus. In 12 gevallen is het integraal onderdeel van het arbo-, verzuim en reïntegratiebeleid in de ziekenhuizen. Bij 13 ziekenhuizen is het opgenomen in de RI&E. Minder vaak komt voor dat er een meerjarenbeleid is geformuleerd of dat het veiligheidsbeleid is opgenomen in het kwaliteitsbeleid /certificeringtraject of in het breder veiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Nog minder vaak zie je dat het is opgenomen in het inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers. Resultaten uitgesplitst naar startjaar van de ziekenhuizen vindt u in bijlage 5.

Tabel 8.1 Borgingsmaatregelen centraal

<b>Borgingsmaatregelen centraal (N=20)</b>	<b>Totaal</b>
Borging op het centraal niveau heeft nog niet plaatsgevonden	12
Is opgenomen in de RI&E	13
Is integraal onderdeel van het arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid	12
Het beleid maakt onderdeel uit van de beleidscyclus	10
Is onderdeel geworden van het integraal veiligheidsbeleid	9
Er wordt regelmatig (bijv. jaarlijks) geëvalueerd en bijgesteld	8
Is als structureel aandachtspunt ondergebracht bij een functionaris	8
Is opgenomen in het bredere veiligheidsbeleid voor patiënten en medewerkers	6
Is opgenomen in het bredere beleid 'omgaan met schokkende ervaringen'	5
Er is een meerjarenbeleid geformuleerd, met daaraan gekoppeld specifiek budget	4
Is toegewezen aan een van de directieleden als specifiek aandachtspunt	3
Wordt meegenomen in een breder certificeringtraject	1
Overleg met de opleiding tot verpleegkundige geweest over aandacht voor veiligheidsbeleid	0
Anders, namelijk	2

De functionaris waar dit beleid als structureel aandachtspunt is ondergebracht is de arbo-coördinator (2x), de preventie medewerker, of een functionaris van beveiliging (2x).

#### *Borging op afdelingsniveau*

Voor wat betreft de borging van het veiligheidsbeleid op afdelingsniveau antwoorden 16 ziekenhuizen (van de 24 die deze vraag hebben beantwoord) dat dit nog niet plaatsvindt.



Wel geven 12 ziekenhuizen aan dat er activiteiten op dit terrein plaatsvinden. Zeven van hen geven aan dat veiligheid structureel agendapunt is in het afdelingsoverleg.

De overige resultaten staan vermeld in tabel 6.2. Resultaten uitgesplitst naar startjaar van de ziekenhuizen vindt u in bijlage 5.

Tabel 8.2 Borgingsmaatregelen op afdelingsniveau

<b>Borgingsmaatregelen afdeling (N=12)</b>	<b>Aantal</b>
Veiligheid is structureel agendapunt op het afdelingsoverleg	7
Het veiligheidsbeleid met de daarbij behorende maatregelen maakt onderdeel uit van de beleidscyclus op afdelingsniveau	4
Medewerkers wijzen elkaar op het niet naleven van afspraken, gedragsregels, etc.	4
De maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en aangepast	3
Agressie en geweld is structureel onderwerp tijdens jaar- of functioneringsgesprekken	3
Structurele evaluatie van incidenten vindt plaats	3
Veiligheid is structureel onderdeel van de afdelingsjaarplannen	2
Per afdeling arbo-contactpersoon waaronder agressie en geweld	1

Een van de ziekenhuizen gaf aan de vraag niet te kunnen beantwoorden omdat de aandacht voor veiligheidsbeleid in het kader van Veiligezorg® en de wijze waarop het verankerd wordt per cluster en afdeling verschillend is.

Vier ziekenhuizen merken op dat ze knelpunten ervaren bij de borging van het veiligheidsbeleid.

Ze lopen tegen de volgende knelpunten aan:

- alleen ernstige incidenten worden besproken en geëvalueerd. Ook de jaarrapportage wordt besproken. Het zou echter ook structureel op de afdelingsagenda's terecht moeten komen hetgeen niet het geval is;
- budget;
- het belang wordt pas ingezien bij incidenten, uitwisseling van ervaringen is minimaal;
- gebrek draagvlak.

Achttien ziekenhuizen geven aan dat ze ondersteuning zouden willen bij het vormgeven aan borging bijvoorbeeld door advisering op maat (7), cursusdagen of netwerkbijeenkomsten (ieder 4).

Eén ziekenhuis heeft de vraag naar 'tips voor borging' ingevuld. Zij stellen voor het veiligheidsbeleid onder te brengen in het arbozorgsysteem en te integreren in de risicoinventarisatie.

### 8.1.1 Resultaten casestudies

Hoewel de ziekenhuizen het project Veiligezorg® nog niet hebben afgesloten wordt al wel gewerkt aan en nagedacht over de verankering van het project. Hoe het project op de agenda gehouden kan worden, zowel centraal als decentraal is daarbij een belangrijke vraag. De ziekenhuizen kiezen voor verschillende borgingsinstrumenten'.

In alle vier ziekenhuizen is het aandachtsgebied Veiligezorg® ondergebracht bij een dienst of medewerker. Het betreft hier tweemaal de facilitaire dienst en tweemaal een Arbo-gerelateerde medewerker.

Op centraal niveau worden de volgende borgingsmaatregelen genomen:

- opname in de jaarplannen op ziekenhuis- en clusterniveau;
- evaluatie van het gehele beleid of onderdelen daarin;
- activiteiten worden opgenomen in een integraal veiligheidsplan;
- onderdeel van functioneringsgesprekken met managers;
- koppeling van enquête uit Veiligezorg® aan de RI&E (periodieke toetsing);
- meenemen van Veiligezorg® in de brede 'security audit';
- meenemen van veiligheid bij NIAZ-accreditatie;
- projectgroep blijft tweemaal per jaar bij elkaar komen om het project te evalueren en actiepunten vast te stellen voor het volgende jaar.

Op afdelingsniveau zijn de volgende borgingsmaatregelen genomen:

- opname in de jaarplannen op afdelingsniveau;
- afdelingshoofd als trekker van het (arbo)beleid op de afdeling;
- elke afdeling heeft een handboek gekregen met achtergrondgegevens, procedures en afspraken.

Hierbij wordt meerdere keren aangegeven dat het lastig is om op afdelingsniveau de aandacht voor dit onderwerp levend te houden. De tijd die het kost wordt daarbij als belangrijke belemmerende factor benoemd.

### 8.1.2 Resultaten netwerkbijeenkomsten

Bij de verankering moet onderscheid worden gemaakt in verankering op afdelingsniveau en verankering ziekenhuisbreed. Bij verbreding en verankering speelt communicatie een heel belangrijke rol.

#### *Afdelingsniveau*

Het regelmatig bespreken van meldingen en ander aspecten van Veiligezorg® is een middel om het onderwerp levend te houden. Gezien het grote aantal onderwerpen dat in het werkoverleg de revue moet passeren zou dit volgens aanwezigen maar 2 of 3 keer per jaar haalbaar zijn.

In een ziekenhuis maken leidinggevenden elk jaar een Arbo voortgangsverslag met behulp van het RI&E. Door nu de enquête Veiligezorg® op te nemen in het RI&E, is het beleid gemakkelijk structureel te maken. Op basis van de uitkomsten kunnen afdelingen een actueel plan van aanpak maken daarbij eventueel geholpen door de arbocoördinator. Daarbij kan dan geput worden uit het instrumentarium en de materialen uit Veiligezorg®.

#### *Ziekenhuisniveau*

In verschillende ziekenhuizen komt de voortgang in het project Veiligezorg® regelmatig terug op de agenda van de OR en het MT.

In de netwerkbijeenkomsten wordt enkele malen naar voren gebracht dat ziekenhuizen verplicht zouden worden gesteld om een risicomanager aan te stellen. Deze zou dan de integratie moeten verzorgen tussen de veiligheidsmaatregelen op de verschillende terreinen. Veiligezorg® zou hier dan ook in opgenomen kunnen worden. Niemand wist er het fijne van.



Ziekenhuisbrede procedures en stroomschema's over wat er gedaan moet worden bijvoorbeeld bij agressie, wapens, verslaving, diefstal etc. Deze worden opgenomen in het documentbeheersysteem en toegankelijk via intranet.

Veiligheid moet onderdeel van het jaarverslag worden.

In de netwerkbijeenkomsten komt naar voren dat er over het algemeen nog weinig wordt geleerd van meldingen; ze worden nog erg individueel behandeld en er wordt nog weinig gekeken welke aanpassingen zouden kunnen worden gemaakt om het incident de volgende keer te voorkomen. Een mogelijkheid zou zijn om ze in klinische lessen te bespreken.

Andere mogelijkheden die zijn genoemd, zijn:

- Elke afdelingsarbocontactpersoon, die nu een rol heeft bij allerlei preventiebeleid, zou deze rol ook kunnen vervullen t.a.v. het veiligheidsbeleid.
- Maandelijks info verzorgen over incidenten naar MT.

## 9. Evaluatie van de uitvoering van het project

Eerst wordt beschreven hoe projectleiders terugkijken op de uitvoering van de verschillende activiteiten in het project. In welke mate is men tevreden over de behaalde (deel)resultaten, bij welke onderdelen zijn knelpunten ondervonden en wat was de oorzaak daarvan. Dit wordt beschreven in paragraaf 9.1. Vervolgens wordt ingegaan op belangrijke randvoorwaarden en de redenen van eventuele stagnaties van het project (892). We sluiten af met de evaluatie van de ondersteuning bij de uitvoering door het landelijk team Veiligheidszorg® (paragraaf 9.3).

### 9.1 Tevredenheid over de uitvoering van Veiligheidszorg® en eventueel ervaren knelpunten

#### 9.1.1 Resultaten uit de vragenlijst

In de vragenlijst is aan de projectleiders gevraagd in welke mate zij tevreden zijn over de resultaten van de verschillende onderdelen en of men bij de uitvoering van de verschillende activiteiten knelpunten heeft ondervonden. Daarnaast is gevraagd waar de ontevredenheid of knelpunten aan te wijten waren. Daarbij konden de projectleiders per fase aangeven waar het aan schortte. De keuzemogelijkheden daarbij waren:

- de samenwerking met vier verschillende partijen;
- ondersteuning door drie partijen, waaronder het team Veiligheidszorg®;
- tijd van vier (groepen) betrokkenen;
- draagvlak en betrokkenheid van drie verschillende partijen;
- andere oorzaken, vrij in te vullen door de projectleider.

Hieronder staan de resultaten beschreven per fase. Voor de bijbehorende tabellen verwijzen we u naar bijlage 5.

#### *Fase 1. Organisatorische voorbereiding*

Men is grotendeels tevreden/zeer tevreden over de resultaten van fase 1.

Respectievelijk 4 en 2 projectleiders zijn ontevreden over de 'voorbereiding van de intentieverklaring' en het 'opstellen van het communicatieplan'. Ook bij 'instellen van projectorganisatie' zijn door enkele ziekenhuizen knelpunten ondervonden. De knelpunten bij de uitvoering van deze fase werden vooral veroorzaakt door: 'samenwerking en ondersteuning intern', 'ondersteuning vanuit intern' en 'tijd van de projectleider en de afdelingshoofden', 'draagvlak bij het management' en 'budget' (zie verder bijlage 5).

#### *Fase 2. Probleemanalyse*

Ook over de resultaten van deze fase zijn de projectleiders meestal tevreden. Ontevreden is men in twee gevallen over de resultaten van de personeelsenquête en de kleurenmethode. Voor deze fase hebben acht projectleiders samen 23 oorzaken genoemd van uitvoeringsknelpunten. 'Tijd van de projectleider (door vijf projectleiders genoemd) en van de afdelingshoofden' komen hieruit als meestgenoemde naar voren, samen met 'draagvlak bij management en bij medewerkers' (zie verder bijlage 5).



### *Fase 3. Vaststellen van een plan van aanpak*

De ziekenhuizen die in 2005 zijn gestart met het project zijn in de meeste gevallen nog niet gestart met fase 3. Voor de overige ziekenhuizen geldt dat zij over de resultaten van deze fase meestal tevreden zijn. Voor deze fase geldt echter ook dat het aantal projectleiders dat 'niet tevreden/niet ontevreden' is ook ongeveer 30% bedraagt. Drie ziekenhuizen zijn ontevreden over 'het opstellen van een handhavingsbeleid', twee over 'vaststellen van de gedragsregels/gedragscode'. Hierbij hebben ook meerdere ziekenhuizen (respectievelijk 3 en 2) knelpunten ondervonden, evenals bij 'bedenken van maatregelen'. De belangrijkste oorzaken zijn dezelfde als in fase 2 (zie verder bijlage 5).

### *Fase 4. Het convenant*

Hoewel de projectleiders over de resultaten van deze fase nog steeds grotendeels tevreden/zeer tevreden zijn, neemt hier het aandeel projectleiders dat neutraal staat tegenover de resultaten toe. Vier van de 16 ziekenhuizen zijn ontevreden of zeer ontevreden over 'het opstellen van een convenant'. Bij 'het organiseren van de ondertekening' geldt dit voor twee van de 12 ziekenhuizen. Bij de uitvoering van deze fase worden relatief veel knelpunten aangegeven. Meest genoemde oorzaken van deze knelpunten zijn 'samenwerking met justitie' en opnieuw 'tijd van de projectleider'; deze zijn door respectievelijk 5 en 4 projectleiders genoemd (zie verder bijlage 5).

### *Fase 5. Implementatie van het ontwikkelde beleid*

Ongeveer tweederde van de ziekenhuizen is tevreden/zeer tevreden over de resultaten van deze fase, ongeveer een derde is neutraal, een ziekenhuis is ontevreden. Knelpunten worden vooral gemeld bij de 'organisatorische voorbereiding van de implementatie' en het 'leiding geven aan het uitvoeringsproces'.

In deze fase benoemen zes projectleiders samen 21 oorzaken van de uitvoeringsknelpunten. Hoewel hierbij geen specifiek knelpunt prominent naar voren komt, is 'tijd van de projectleider' en 'betrokkenheid van de beveiliging' het meest genoemd (zie verder bijlage 5).

### *Fase 6. Verbreding van het project*

Van de 11 ziekenhuizen die deze vraag van toepassing achtten zijn de meeste (6) niet tevreden en niet ontevreden over de resultaten. Daarnaast is er een gelijk aantal tevredenen en ontevredenen.

De knelpunten die men bij de uitvoering heeft ervaren worden veroorzaakt door verschillende aspecten waarbij geen specifieke oorzaak prominent naar voren komt.

### *Fase 7. Verankering*

De resultaten bij fase 7 zijn vergelijkbaar met die van fase 6. Van de 11 ziekenhuizen die deze vraag van toepassing achtten zijn er vijf neutraal over de resultaten van deze fase. Omzetten van 'project naar structuur' leverde hier het vaakst knelpunten op. De belangrijkste oorzaken van de uitvoeringsknelpunten in deze fase was 'tijd van de projectleider'.



## 9.2 Randvoorwaarden, succes- en faalfactoren bij de uitvoering van het project

### 9.2.1 Resultaten uit de vragenlijst

Naast de oorzaken van specifieke (per fase) uitvoeringsknelpunten is in de vragenlijst ook aandacht besteed aan randvoorwaarden en succes- en faalfactoren voor het project Veiligezorg® als geheel.

Achtereenvolgens beschrijven we hier:

- welk belang de ziekenhuizen hechten aan bepaalde randvoorwaarden en in welke mate deze op hen van toepassing zijn (tabel 7.1);
- de mate waarin men over het algemeen tevreden is over het draagvlak bij en de samenwerking met verschillende partijen (tabel 7.2);
- de belangrijkste oorzaken van stagnatie en (tijdelijke) stopzetting van het project (tabel 7.3).

In een van de eerdere netwerkbijeenkomsten van het project Veiligezorg® zijn succesfactoren en valkuilen in kaart gebracht door de deelnemers. In onderstaande tabel zijn deze succesfactoren gerangschikt in volgorde van belangrijkheid van '1: belangrijk' tot '12: minst belangrijk'. Dit belang is door de ziekenhuizen zelf aangegeven en staat vermeld in de eerste kolom van onderstaande tabel. Van elke succesfactor is vervolgens aangegeven in welke mate de deelnemende ziekenhuizen deze van toepassing achten op zichzelf.

Tabel 9.1 Belang van succesfactoren en mate waarin die van toepassing zijn op de deelnemende ziekenhuizen

	<b>belang</b>	volledig van toepassing	gedeeltelijk van toepassing	nauwlijks van toepassing	niet van toepassing
Een grote betrokkenheid van RvB, directie en MT	<b>1</b>	4	17	3	
Er is een heldere projectorganisatie opgezet	<b>2</b>	10	11	2	
Er zijn heldere doelen geformuleerd	<b>3</b>	11	12	1	
Er zijn vooraf financiële middelen beschikbaar gesteld	<b>4</b>	5	7	6	6
Er was voldoende budget voor het project	<b>5</b>	2	9	7	5
Het project heeft tot concrete resultaten geleid	<b>6</b>	1	13		5
Na het plan van aanpak (fase 3) is een uitvoeringsplan gemaakt (fase 5)	<b>7</b>	5	4	3	9
Een goed communicatieplan	<b>8</b>	10	8	3	3
Betrokkenheid bij de medische staf	<b>9</b>	7	3	6	7
Er waren goede contacten met politie en justitie	<b>10</b>	8	12	3	
Er is aansluiting gezocht bij al bestaande activiteiten	<b>11</b>	11	8	2	2
Leuke start	<b>12</b>	15	7		1



Alle succesfactoren worden door de ziekenhuizen belangrijk gevonden. Ook bij de nummers '11' en '12' zijn slechts drie ziekenhuizen die de betreffende factor 'niet zo belangrijk' vonden.

De ziekenhuizen voldoen het best aan de volgende factoren:

- leuke start ;
- er zijn heldere doelen geformuleerd;
- er is een heldere projectorganisatie opgezet.

Hier voldoen respectievelijk 22, 23 en 21 ziekenhuizen aan.

De meeste winst lijkt nog te behalen bij:

- betrokkenheid ook bij de medische staf;
- voldoende budget voor het project, zowel vooraf als uiteindelijk.

Hier voldoen respectievelijk zes en zeven nauwelijks aan.

Acht ziekenhuizen hebben overigens aangegeven dat zij belangrijke succesfactoren missen in de hiervoor genoemde lijst. Vier van hen noemen 'tijd' als belangrijke ontbrekende factor. Daarnaast zijn genoemd: 'doorlopende communicatie', 'draagvlak van medewerkers, met name bij het hanteren van de gedragscode' en 'draagvlak bij de OR'.

Met name over draagvlak (en samenwerking) is een aanvullende vraag gesteld, omdat deze randvoorwaarden vanuit het team Veiligezorg® zeer belangrijk worden geacht voor het welslagen van het project.

In onderstaande tabel is te zien dat de ziekenhuizen over het algemeen redelijk vaak tevreden zijn over het draagvlak bij verschillende partijen. Het meest tevreden is men over 'het draagvlak bij de beveiliging' (22) en 'het draagvlak op de deelnemende afdelingen' (20). Het minst vaak is men tevreden over 'draagvlak bij de ondersteunende diensten' (13).

Tabel 9.2 Tevredenheid over draagvlak en samenwerking in het kader van Veiligezorg®

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	(nog) niet van toepassing
Het draagvlak bij de RvB	3	16	4	2		1
Het draagvlak bij het MT	2	15	7		1	1
Het draagvlak op de deelnemende afdelingen	5	15	5			1
Het draagvlak bij de ondersteunende diensten	2	11	8	1		3
Het draagvlak bij beveiliging	6	16	2			2
Het draagvlak bij de medewerkers	2	16	7			1
De samenwerking in het projectteam	10	12	3			1
De samenwerking met de afdeling communicatie	7	8	4	4		3
De samenwerking met de politie	5	13	5			2
De samenwerking met justitie	2	6	8	3		6
De aangereikte communicatiemiddelen (pr-toolkit)	6	10	8	1		1
De relatie met de pers	2	8	6			8

Wat betreft samenwerking is men meestal enthousiast over de 'samenwerking in het projectteam' en 'de samenwerking met de politie'. De 'samenwerking met justitie' is in een aantal gevallen voor verbetering vatbaar. Drie instellingen zijn hierover ronduit ontevreden, een groep van 8 ziekenhuizen is hierover neutraal. Een ander verbeterpunt lijkt de 'samenwerking met de afdeling communicatie'.

#### *Stagnaties en (tijdelijke) stopzettingen*

Omdat uit de procesevaluaties die de voorgaande jaren zijn uitgevoerd duidelijk was dat in sommige ziekenhuizen vertragingen en tijdelijke stopzettingen zijn voorgekomen, is hiernaar gevraagd in de vragenlijst.

Bijna tweederde van de ziekenhuizen (17) heeft gedurende het traject Veiligezorg® te maken gehad met dergelijke stagnaties. Opmerkelijk hierbij is dat dit voor ruim de helft (4) van de ziekenhuizen uit de eerste ronde geldt, maar voor bijna 90% van de tweede ronde.

De belangrijkste oorzaken die hiervoor zijn aangegeven staan hieronder vermeld:

Tabel 9.3 Oorzaken van stagnatie of stopzetting van het project Veiligezorg®

<b>Oorzaken stagnatie project (N=17)</b>	<b>Aantal</b>
Te weinig tijd voor de projectleider	7
Onvoldoende ondersteuning van de projectleider	5
Bezuinigingen in het ziekenhuis	5
Geen trekker op de pilotafdelingen	5
Geen besluitvorming bij het management	5
Verbouwingsplannen/verbouwingsactiviteiten	5
Veiligezorg® geen prioriteit/andere prioriteiten	4

Hierbij is een onderscheid te maken tussen oorzaken die te maken hebben met de opzet van het project Veiligezorg® en oorzaken waarvoor dat minder geldt. Belangrijkste oorzaken die te maken hebben met de opzet van het project zelf zijn 'gebrek aan tijd en ondersteuning van de projectleider' en 'geen trekker op de pilotafdelingen'.

Niet bekend is hoe instellingen weer uit de impasse zijn gekomen.

### 9.2.2 Resultaten uit de casestudies

In de casestudies is aan verschillende respondenten gevraagd wat zij als belangrijkste succesfactoren zagen. Meest genoemde succesfactoren zijn:

- draagvlak bij de directie/RvB, waardoor medewerkers zich gesteund weten en beleid gedragen wordt;
- goede projectleider (zelfstandig, initiatiefrijk, enthousiast) en hetzelfde geldt voor de projectgroep;
- voortdurende communicatie/PR.

Andere succesfactoren die meer ziekenhuisspecifiek lijken te zijn, zijn: 'accent op gedragsmatige en bewustwordingskant van Veiligezorg®' en brede samenstelling van het projectteam'.



De ziekenhuizen benutten veel verschillende communicatiemiddelen, zowel intern als extern. Voorbeelden van intern en extern gerichte activiteiten vindt u in het volgende kader.

**Communicatie, pr en voorlichting:**

- voorlichting door projectgroepleden op alle afdelingen;
- website Veiligezorg® op het Intranet;
- eigen handboek verspreid over afdelingen;
- herhaalde oproepen tot meldingen in het personeelsblad;
- gedragsregels ophangen in ziekenhuis en bij huisarts (posters) en opnemen in patiëntenvoorlichting;
- placemats met ervaringen met agressie;
- pr campagne gericht op bekendmaking alarmnummer;
- krantenartikelen bij start en intentieverklaring, tekenen convenant.

## 9.3 Ondersteuning vanuit het landelijk steunpunt Veiligezorg®

### 9.3.1 Resultaten uit de vragenlijst

Alle ziekenhuizen hebben gebruik gemaakt van ondersteuning vanuit het landelijk steunpunt Veiligezorg® (één ziekenhuis heeft de vraag niet ingevuld) . Hieronder staat aangegeven (in de eerste kolom) van welke ondersteuningsvormen gebruik is gemaakt door de ziekenhuizen.

In de tweede kolom staat vermeld hoe belangrijk de geboden ondersteuning wordt gevonden. De cijfers geven een rangorde aan waarbij '1' het meest belangrijk wordt geacht en '12' het minst belangrijk. In de derde kolom treft u aan hoe tevreden men is over de geboden ondersteuning. Het gaat hierbij om een gemiddeld rapportcijfer.

Tabel 9.4 Ondersteuningsvormen

	gebruik gemaakt van ondersteuning	mate van belangrijkheid	mate van tevredenheid
<b>Ondersteuningsvormen (n=26)</b>			
Handboek Veiligezorg® met stappenplan	26	1	8.0
Toolkit met instrumenten	25	9	7.5
Pr-toolkit	22	10	6.7
Website met informatie en instrumenten	21	8	7.1
Discussieplatform (forum) op de website	20	11	5.3
Cursusdagen voor projectleiders	18	5	7.8

**Ondersteuning door de adviseurs van Veiligezorg®, in de vorm van:**

Presentaties in de ziekenhuizen	16	3	7.7
Workshops over gedragsregels en gedragscode	10	2	7.4
Beveiligingsadvies door rondgang op de afdelingen	8	6	7.6
Beoordeling plattegronden van nieuw- of verbouw	8	7	7.5
Ondersteuning van het ziekenhuis bij registratie	6	12	7.2
Overige 'op maat' ondersteuning door adviseur van Veiligezorg®	3	4	8.0

De vraag is door 26 van de 28 ziekenhuizen beantwoord. Uit de bovenstaande tabel blijkt dat er breed gebruik is gemaakt van de ondersteuningsmogelijkheden die worden geboden vanuit het landelijk team Veiligezorg®. Het meeste gebruik is gemaakt van het Handboek, de toolkit met instrumenten en de PR-toolkit.

De ziekenhuizen vinden het Handboek Veiligezorg®, en enkele onderdelen van de persoonlijke ondersteuning door adviseurs van Veiligezorg® (presentaties en workshops) het belangrijkste. Bijna alle ondersteuningsvormen scoren 'ruim voldoende tot goed'. Een echte uitzondering hierop vormt het forum op de website; deze scoort een 5,3.

Veel ziekenhuizen (18) hebben naast de ondersteuning door het steunpunt, ook gebruik gemaakt van ondersteuning door collega-instellingen die eveneens meedoen aan Veiligezorg®.

Daarnaast is door negen ziekenhuizen gebruikt gemaakt van ondersteuning door de politie. Bij de ondersteuning door interne adviseurs betrof het juristen (3), communicatiemedewerkers (2) en een bedrijfsmaatschappelijk werker (1). De externe adviseur was een stagiaire van de opleiding Integrale veiligheid/bestuurskunde.

Tabel 9.5 Andere ondersteuningsvormen

<b>Andere ondersteuningsvormen (N=18)</b>	<b>Aantal</b>
Collega-instellingen die meedoen aan het project Veiligezorg®	16
Functionarissen vanuit de politie	9
Interne adviseurs	4
Externe adviseurs	2
Functionarissen vanuit de gemeente	2

De vragen waarmee men zich tot de 'andere' ondersteuners richtte, zijn:

- algemeen informatief;
- bij start van het project contact gezocht met ander ziekenhuis om hun ervaringen met het project te horen;
- vragen over het convenant aan een jurist en vragen over de algemene aanpak aan collega instellingen;
- het doen van aangifte, welke *maatregelen* zijn te nemen bij 'moeilijke' gevallen, hoe gaat men om met een identificatiepas, cameratoezicht, etc.

**Gewenste ondersteuning**

Naast vragen over het gebruik van ondersteuning zijn ook vragen gesteld over de gewenste ondersteuning.



Drie instellingen hebben aangegeven dat zij in het algemeen behoefte hebben gehad aan andere of meer ondersteuning. Helaas hebben zij geen toelichting gegeven bij hun antwoord.

Naast de algemene vraag over gewenste ondersteuning is ook meer specifiek gevraagd naar gewenste ondersteuning bij de verbreding (fase 6) en de verankering (fase 7).

Bij de verbreding willen 10 ziekenhuizen ondersteuning, 11 'nog niet'. Deze 11 komen bijna alle uit startjaar 2004 en 2005.

Twee ziekenhuizen hebben geen behoefte aan ondersteuning.

De resultaten hiervan staan in de volgende tabel vermeld.

Tabel 9.6 Gewenste ondersteuning bij verbreding

<b>Gewenste ondersteuning bij verbreding (N=10)</b>	<b>Aantal</b>
Advisering door adviseur Veiligezorg®	7
Netwerkbijeenkomsten	6
Cursusdagen	5
Voorlichting aan hoofden van de nieuwe afdelingen	3

Twee projectleiders hebben daarbij een specifieke vraag geformuleerd. Dit betreft:

- Ondersteuning bij het opstellen van een ziekenhuisbrede gedragscode zodat het project nieuw leven krijgt ingeblazen; dit in verband met het moeizaam verlopen van de verbreding;
- Graag het uitwisselen van ervaringen op afdelingen zonder patiëntencontact.

Bij de verankering is ondersteuning gewenst door negen ziekenhuizen en door 14 'nog niet'; ook hier gaven twee ziekenhuizen aan geen behoefte aan ondersteuning te hebben.

Tabel 9.7 Gewenste ondersteuning bij verankering

<b>Gewenste ondersteuning bij verankering (N=9)</b>	<b>Aantal</b>
Advisering 'op maat' door adviseur Veiligezorg®	7
Cursusdagen	4
Netwerkbijeenkomsten	4
Voorlichting aan hoofden van de nieuwe afdelingen	2

Hierbij zijn verder geen specifieke vragen gesteld door de projectleiders.

### 9.3.2 Resultaten uit de casestudies

De projectleiders zijn zeer tevreden over het project en de ondersteuning door de adviseurs van Veiligezorg®. Men vindt het een goed en vooral praktisch project dat een wezenlijke bijdrage levert aan de veiligheid in de ziekenhuizen. Elementen die men hierbij specifiek naar voren haalt zijn:

- kwaliteit van het Handboek;
- bruikbare instrumenten en PR materiaal;
- goede 'op maat' ondersteuning vanuit team Veiligezorg®;
- goede bereikbaarheid van het team Veiligezorg®.

Aspecten waar men verbetering in mogelijk acht zijn 'de helderheid in het onderscheid tussen centrale en decentrale maatregelen' en 'Uitbreiding van het focus naar incidenten tussen medewerkers.

### 9.3.3 Resultaten uit de netwerkbijeenkomsten

De aanwezigen op de netwerk bijeenkomsten zijn het er over eens dat de ondersteuning vanuit Veiligezorg® nodig blijft. De wijze waarop de projectleiding Veiligezorg® nu de ziekenhuizen helpt met direct op de vraag afgestemd hulpaanbod wordt erg prettig en nuttig gevonden.

Het helpt intern in het eigen ziekenhuis als verwezen kan worden naar de ervaringen in andere ziekenhuizen. Daarvoor leveren de ook nu reeds georganiseerde netwerkbijeenkomsten waar ervaringen kunnen worden uitgewisseld, een belangrijke bijdrage. Veiligezorg® zou dit kunnen blijven faciliteren.

Veiligezorg® kan zorgen dat kennis en deskundigheid wordt bewaard waar je als individuele instelling onvoldoende mee bezig bent.

In verband met de borging komt ook het ZIR aan de orde. Op dit moment ervaren projectleiders in de ziekenhuizen het nog niet als een handig systeem. Dit zou verbeterd kunnen worden.

Ook vragen de projectleiders zich af of vanuit een landelijke organisatie audits zouden kunnen worden gedaan; op die manier houd je het ook op de agenda van de raden van bestuur.







## 10. Evaluatie: behaalde resultaten

### 10.1 Verwachte effecten met Veiligezorg®

De vraag welke resultaten men wilde bereiken met Veiligezorg® is door 28 ziekenhuizen beantwoord. De meeste (85% ) verwachten dat het project het aantal agressie incidenten zal terugbrengen. 71 % verwacht dat medewerkers na een incident beter worden opgevangen. 54% verwacht een afname van de ernst van incidenten. Een slechts 32% verwacht een afname van het ziekteverzuim.

Tabel 10.1 Verwachte effecten in absolute aantallen

<b>Verwachte effecten (N=28)</b>	<b>Aantal</b>
Minder agressie incidenten	24
Betere opvang medewerkers na incident	20
Afname ernst incidenten	15
Afname ziekteverzuim na incident	9
Anders	12

Twaalf instellingen hebben nog andere gewenste effecten aangegeven. Dit betrof:

- helderder beleid en regels waar iedereen zich aan moet houden (3);
- toename van het veiligheidsgevoel bij medewerkers (2);
- beter inzicht in incidenten en een adequate reactie (2);
- veiliger werkomgeving;
- verbetering van de communicatie met de politie;
- krijgen van een keurmerk Veiligezorg®.

In de vragenlijst zijn geen vragen opgenomen over de behaalde resultaten. Deze zijn wel expliciet onderdeel geweest van de gesprekken in de casestudies.

### 10.2 Effecten van Veiligezorg®

De vier ziekenhuizen waar een casestudie is uitgevoerd hebben (nog) niet gemeten of de beoogde effecten ook worden behaald. Over het algemeen kan en wil men dan ook geen uitspraken doen over een eventuele afname van het aantal en/of de ernst van de incidenten.

Dit neemt niet weg dat alle respondenten het erover eens zijn dat het project Veiligezorg® de nodige resultaten heeft opgeleverd. Dit betreft niet alleen de ontwikkeling van beleid en instrumenten maar ook belangrijke overkoepelende resultaten.



De belangrijkste resultaten die door de respondenten (uit meerdere ziekenhuizen) worden benoemd zijn:

- het veiligheidsgevoel van medewerkers is verbeterd;
- samenwerking met politie is verbeterd;
- al bestaande beleidselementen zijn geïntegreerd waardoor integraal veiligheidsbeleid een impuls heeft gekregen;
- kennis vanuit Veiligezorg® kon direct worden meegenomen bij het ontwerp van nieuwbouw en verbouw.

Dat medewerkers zich veiliger voelen komt volgens de respondenten door het effect van verschillende elementen uit het project Veiligezorg® .

- Van belang is dat medewerkers zelf hebben kunnen aangeven hoe de werkplek veiliger kan worden gemaakt en hebben ervaren dat sommige verbeteringen meteen al doorgevoerd zijn.
- De bijeenkomsten rond het opstellen van gedragsregels leidde tot meer bewustzijn van de eigen grenzen ten aanzien van agressie.
- De medewerkers voelen zich serieus genomen door directie en leidinggevenden, waardoor zij duidelijker hun grenzen kunnen stellen. Zij weten dat de toegang kan worden ontzegd en dat ze zo geen last meer hebben van agressieve patiënten en bezoekers.
- Medewerkers weten beter wat ze moeten doen in geval van agressie. Zij zijn alerter en bellen eerder beveiliging.

# Bijlagen





## Bijlage 1 Overzicht Vragen over veiligheid/agressie uit Personeel in Beeld

Resultaten uit Arbeidsbelevingsonderzoek 2002-2004 (in%)

	Ja	Nee			
Ik heb het afgelopen jaar te maken gehad met een schokkende ervaring op de werkplek					
2004	22.1	77.9			
2002	30.8	69.2			
	<b>Agressie</b>				
Kunt u aangeven wat de aard van de schokkende ervaring was					
2004	12.2				
2002	9.5				
	<b>Volstrekt oneens</b>	<b>Oneens</b>	<b>Eens noch oneens</b>	<b>Eens</b>	<b>Volledig eens</b>
Bij (emotionele) problemen kan ik bij mijn leidinggevende terecht					
2004	4.6	10.3	20.2	53.7	11.2
2002		17.8		64.1	
Ik heb in mijn werk regelmatig te maken met emotionele situaties die mij aangrijpen					
2004	3.5	27.7	27.0	35.8	5.9
2002		27.4		48.6	
Ik heb het afgelopen jaar op mijn werk last gehad van agressie					
2004	15.6	50.4	12.0	18.8	3.1
2002		63.2		24.9	
Ik heb het afgelopen jaar te maken gehad met ongewenste intimiteiten door patiënten of bezoekers					
2004	31.4	58.9	6.2	3.1	0.5
2002		89.3		4.5	
Ik heb het afgelopen jaar te maken gehad met ongewenste intimiteiten door andere medewerkers					
2004	36.4	58.4	3.9	1.1	0.3
2002		94.8		1.6	
Ik heb het afgelopen jaar te maken gehad met ongewenste grappes met een seksuele ondertoon					
2004	31.0	51.6	6.8	6.9	0.7
2002		84.6		8.7	
Ik ben het afgelopen jaar op mijn werk slachtoffer geweest van roddels en pesterijen					
2004	33.0	55.2	6.9	3.9	1.0
Ik ben het afgelopen jaar op mijn werk gediscrimineerd					
2004	38.8	55.3	4.0	1.4	0.5
Ik maak mij vaak zorgen dat het werk mij gevoelsmatig afstompt					
2004	24.4	54.7	12.2	7.4	1.3
Ik werk onder voldoende veilige omstandigheden					



	2004	1.2	7.2	12.3	69.3	10.0
	2002		10.4		75.2	
De leiding heeft voldoende aandacht voor onze veiligheid						
	2004	1.5	8.5	23.1	60.1	6.7
	2002		12.9		62.2	
De beveiliging van de instelling is goed						
	2004	3.2	15.1	29.2	48.3	4.3
	2002		19.7		50.3	
Mijn leidinggevende controleert of er veilig wordt gewerkt						
	2004	4.0	25.0	39.5	29.3	2.2
	2002		35.9		27.3	
Collega's onderling letten erop dat er veilig wordt gewerkt						
	2004	1.3	11.5	32.2	52.1	2.8
	2002		15.0		53.6	
In de avond- en/of nachtdiensten voel ik mij wel eens onveilig						
	2004	3.6	24.3	12.5	12.1	2.0
	2002		49.9		33.3	

## Bijlage 2 Vragenlijst projectleiders Veiligezorg®

### Lessen uit het project Veiligezorg® Evaluatie-enquête voor projectleiders

#### *Inleiding*

Onlangs informeerde het team Veiligezorg® u via de mail over het evaluatieonderzoek dat Prismant uitvoert in opdracht van de StAZ. Deze enquête is het eerste deel van het onderzoek. Met behulp van deze enquête willen we inzicht krijgen in de stand van zaken en resultaten van het project Veiligezorg® in de deelnemende ziekenhuizen. Wat zijn de resultaten tot nu toe, wat zijn knelpunten en wat de succesfactoren? Wat is de bijdrage van het team Veiligezorg® geweest en hoe kan de ondersteuning nog verder worden verbeterd? Doel is om hieruit lessen te trekken, zowel voor het team Veiligezorg®, als voor de StAZ en de ziekenhuizen zelf.

De enquête is verzonden naar alle projectleiders van Veiligezorg® in de ziekenhuizen. De resultaten uit deze enquête worden ondermeer als basis gebruikt bij de workshops tijdens de regionale netwerkbijeenkomsten in oktober.

#### *Inhoud van de vragenlijst*

De voorgestructureerde vragen zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op antwoorden op eerder uitgevoerde procesevaluaties. Werken met een voorgestructureerde vragenlijst heeft als voordeel dat de stand van zaken en de resultaten tot nu toe gekwantificeerd kunnen worden. Het nadeel is dat de vragenlijst vrij lang is. Onze excuses daarvoor. De invulling van de vragenlijst zal naar schatting ongeveer 35 minuten in beslag nemen.

#### *Instructie*

Wij verzoeken u vriendelijk alle vragen in de vragenlijst, voor zover van toepassing, te beantwoorden. Bij sommige vragen wordt om een toelichting gevraagd. Mocht u daarbij te weinig ruimte hebben dan vragen we u om de toelichting te vermelden op een aparte bijlage onder vermelding van het nummer van de vraag. Dit geldt uiteraard alleen bij het invullen van de vragenlijst op papier. Voor vragen of opmerkingen naar aanleiding van deze enquête, kunt u contact opnemen met mw. I. Bloemendaal of mw. A. Carlier tel. 030 – 2345739 of [ineke.bloemendaal@prismant.nl](mailto:ineke.bloemendaal@prismant.nl)

Wilt u alstublieft de ingevulde enquête **vóór 1 september** a.s. retourneren naar mailadres [ineke.bloemendaal@prismant.nl](mailto:ineke.bloemendaal@prismant.nl). U kunt de ingevulde vragenlijst ook per post versturen. Het postadres is:

Prismant, afdeling P&A  
t.a.v. mw. drs. I. Bloemendaal  
Postbus 85200  
3508 AE Utrecht

Deze enquête wordt anoniem verwerkt. Dat betekent dat in de rapportage geen verwijzingen naar specifieke ziekenhuizen of personen worden opgenomen.
---

**Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking**

Mede namens de StAZ en het team Veiligezorg®

Ineke Bloemendaal



## Algemene gegevens

1. Dit enquêteformulier is afkomstig van:

Naam projectleider: .....

Naam instelling: .....

## Projectorganisatie

2. Wilt u in onderstaand schema met kruisjes aangeven welke functionarissen deel uit maken van het projectteam en/of de stuurgroep? En of dit structureel was of tijdelijk (in een bepaalde fase of voor bepaalde doelen in het project)?

Wilt u daarnaast, waar mogelijk, in de laatste kolom aangeven voor hoeveel uren per week de betreffende functionarissen vrijgesteld zijn voor het project?

	projectteam		stuurgroep		totaal aantal uren/week
	vast	tijdelijk	vast	tijdelijk	
projectleider					
projectmedewerker					
stagiaire					
hoofd pilotafdeling 1					
hoofd pilotafdeling 2					
hoofd pilotafdeling 3					
hoofd beveiliging					
p&o-adviseur					
jurist					
patiëntenorganisatie					
communicatie					
hoofd facilitaire zaken					
vertegenwoordiger MT/directie					
politie					
anders, nl .....					
anders, nl. ....					

3. Als u in bovenstaand schema ook een jurist, het hoofd facilitaire zaken of een vertegenwoordiger van de afdeling communicatie heeft ingevuld, wilt u dan hieronder met kruisjes aangeven in welke fase zij ingezet worden/werden?

fase	jurist	vertegenwoordiger communicatie	hoofd facilitaire zaken
I. organisatorische voorbereiding			
II. probleemanalyse			
III. maken plan van aanpak			
IV. convenant opstellen			
V. implementatie van beleid			
VI. verbreding			
VII. verankering			



4. Hebben er gedurende de looptijd van het project wijzigingen plaatsgevonden in de samenstelling van het vaste projectteam? Als dit omvangrijke wijzigingen waren wilt u deze dan kort toelichten?

- ja, marginale wijzigingen  
 ja, omvangrijke wijzigingen, namelijk .....  
 nee, geen wijzigingen

## Stand van zaken en verwachtingen

5. Wat is de algemene stand van zaken van het project Veiligezorg® in uw ziekenhuis?

- project is afgerond (ga verder naar vraag 7)  
 project loopt nog (ga verder naar vraag 6)  
 project ligt (tijdelijk) stil (ga verder naar vraag 6)  
 project is gestopt voordat het is afgerond (ga verder naar vraag 6)

6. Indien het project in uw ziekenhuis nog niet is afgerond in welke fase van het project bent u dan momenteel?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fase I: organisatorische voorbereiding | <input type="checkbox"/> fase V: implementatie van het beleid |
| <input type="checkbox"/> fase II: probleemanalyse               | <input type="checkbox"/> fase VI: verbreding                  |
| <input type="checkbox"/> fase III: beleidsontwikkeling          | <input type="checkbox"/> fase VII: verankering                |
| <input type="checkbox"/> fase IV: convenant                     |   |

7. Welke resultaten verwacht u van het project Veiligezorg® in uw ziekenhuis? (meerdere antwoorden mogelijk)

- dat er minder agressie-incidenten zullen plaatsvinden  
 dat de ernst van de incidenten zal afnemen  
 dat de medewerkers na een incident beter worden opgevangen  
 dat er een afname zal zijn van ziekteverzuim na incidenten  
 anders, namelijk .....  
 anders, namelijk.....

8. Op welke afdelingen is het project Veiligezorg® als eerste van start gegaan?(meerdere antwoorden mogelijk)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> seh            | <input type="checkbox"/> kraamafdeling | <input type="checkbox"/> afsprakenbureau  |
| <input type="checkbox"/> paaz           | <input type="checkbox"/> receptie      | <input type="checkbox"/> anders, nl ..... |
| <input type="checkbox"/> beveiliging    | <input type="checkbox"/> traumatologie | <input type="checkbox"/> anders, nl.....  |
| <input type="checkbox"/> kinderafdeling | <input type="checkbox"/> poli          | <input type="checkbox"/> anders, nl.....  |



## Uitvoering

9. Wilt u aangeven hoe *tevreden* u bent over de resultaten van de fases van het project en de verschillende onderdelen daarin? Wilt u daarnaast aangeven of u *knelpunten* heeft gevonden bij de **uitvoering** van het project (ja/nee/nvt) en zo ja, bij welke onderdelen?

	tevredenheid met resultaten						knelpunt		
	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	nvt	ja	nee	nvt
<b>fase I: organisatorische voorbereiding</b>									
demonstratie door de landelijke projectleider Veiligezorg®									
afbakenen van het begrip agressie									
voorbereiden intentieverklaring									
vaststellen risicoafdelingen									
aanstellen projectleider									
instellen projectorganisatie									
instellen stuurgroep									
opstellen projectplan									
organiseren startbijeenkomst									
tekenen intentieverklaring									
opstellen communicatieplan									
<b>fase II: probleemanalyse</b>									
oriëntatie op de problematiek en het al gevoerde beleid									
interviews met sleutelpersonen									
personeelsenquête									
kleurenmethode									
<b>fase III: vaststellen van een plan van aanpak</b>									
bedenken van maatregelen									
opstellen van het plan van aanpak									
stellen van prioriteiten									
goedkeuring krijgen van het management									
opstellen van gedragsregels/gedragscode									
vaststellen van de gedragsregels/gedragscode									
opstellen van een handhavingsbeleid									
het organiseren van opvang, begeleiding en nazorg									
anders, namelijk .....									
<b>fase IV: convenant</b>									
opstellen van een convenant Veiligezorg®									
organiseren van de ondertekening van het convenant									
<b>fase V: implementatie van het ontwikkelde beleid</b>									
organisatorische voorbereiding									
opstellen uitvoeringsplannen									
leiding geven aan het uitvoeringsproces									
anders, namelijk.....									
<b>fase VI: verbreding van het project</b>									
verbreding naar meerdere afdelingen of het hele ziekenhuis									
verbreding naar veiligheid rondom het ziekenhuis.									

**fase VII: verankering**

van project naar structuur										
integreren in bestaand veiligheidsbeleid										
opzetten van integraal veiligheidsbeleid										

10. Als u in vraag 9 knelpunten heeft aangegeven of ontevreden of zeer ontevreden was met de resultaten, wilt u dan voor de fases waar dit voor geldt hieronder aankruisen waar het aan schortte? (meerdere antwoorden mogelijk)

	fase						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
samenwerking intern							
samenwerking met politie							
samenwerking met justitie							
samenwerking met anderen							
ondersteuning vanuit intern							
ondersteuning door het team Veilige-zorg®							
ondersteuning van anderen							
tijd van de projectleider							
tijd van de afdelingshoofden							
tijd van medewerkers							
tijd van andere betrokkenen							
draagvlak bij medewerkers							
draagvlak bij management							
betrokkenheid beveiliging							
ontbreken van beveiliging							
Budget							
anders, .....							
anders, .....							

11. Is er een plan van aanpak gemaakt?

- ja
- nee (ga door naar vraag 13)
- nog niet (ga door naar vraag 13)

12. Hoe bent u dan tot het plan van aanpak gekomen?(meerdere antwoorden mogelijk)

- de projectgroep heeft maatregelen op centraal niveau opgesteld
- de projectgroep heeft maatregelen op afdelingsniveau opgesteld
- de medewerkers hebben maatregelen op afdelingsniveau opgesteld
- prioriteiten zijn samen met de medewerkers gesteld
- de projectgroep heeft prioriteiten gesteld
- het management heeft de prioriteiten gesteld
- een haalbaarheidsstudie is uitgevoerd naar de haalbaarheid van maatregelen
- eerst is budget vastgesteld en daarna is het plan van aanpak gemaakt
- anders, namelijk.....



13. Om een beeld te krijgen in welke mate in uw ziekenhuis maatregelen genomen zijn of gaan worden, vragen we u om in onderstaande tabel aan te geven wat de status is van de maatregelen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen maatregelen die:
1. al voor de start van het project gerealiseerd waren
  2. opgenomen zijn in het plan van aanpak voor Veiligezorg® maar nog niet in uitvoering zijn
  3. ring zijn
  4. in uitvoering zijn
  5. al geïmplementeerd zijn in het kader van Veiligezorg®
  6. 'geen prioriteit' hebben gekregen binnen Veiligezorg®.

Wilt u per maatregel aankruisen wat van toepassing is.

maatregelen	status van de maatregel				
	1	2	3	4	5
technisch/elektronische maatregelen					
bouwkundige maatregelen					
organisatorische maatregelen					
invoeren van en werken met de gedragsregels					
handhavingprotocollen,					
opvang, begeleiding en nazorg,					
invoeren convenant met politie en justitie,					
meldingsprocedure t.b.v. ZIR					
registratie in ZIR					
voorlichting					
kwaliteit van dienstverlening (preventie agressie)					

## Implementatie van maatregelen

14. Is er een uitvoeringsplan gemaakt?

- ja  
 nog niet  
 nee

*Hieronder (vraag 15 t/m vraag 28) staan enkele vragen over de implementatie van specifieke maatregelen. Bij deze vragen zijn steeds meerdere antwoorden mogelijk.*

### Organisatorische, bouwkundige en elektronische maatregelen (OBE)

15. Welke activiteiten zijn uitgevoerd in het kader van de implementatie van OBE maatregelen

- geen (ga door naar vraag 17)  
 medewerkers hebben vastgesteld welke OBE-maatregelen genomen moeten worden  
 een schouwronde heeft plaatsgevonden om bouwkundige en technische maatregelen vast te stellen  
 accordering van de voorgestelde maatregelen door het MT/directie  
 budgetreservering ten behoeve van de voorgenomen maatregelen  
 anders, namelijk .....

16. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de implementatie van de OBE-maatregelen?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd
- gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen, namelijk bij MT/technische dienst/medewerkers/ afdelingshoofden (onderstrepen of vet maken wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met diverse partijen namelijk.....
- anders, namelijk.....

### Gedragsregels

17. Welke activiteiten zijn uitgevoerd in het kader van de implementatie van gedragsregels?

- geen (ga door naar vraag 19)
- er zijn gedragsregels opgesteld voor het gehele ziekenhuis
- er zijn gedragsregels opgesteld voor de pilotafdelingen
- de vastgestelde gedragsregels zijn schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure
- de gedragscode is verspreid over de risicoafdelingen
- de gedragscode is verspreid over de pilotafdelingen
- de gedragscode is verspreid over het ziekenhuis
- er is voorlichting gegeven over de gedragscode
- er wordt periodiek voorlichting gegeven over de gedragsregels
- protocollen zijn doorgesproken met de politie/justitie/de gemeente (onderstrepen wat van toepassing is)
- er is een training georganiseerd hoe om te gaan met de afgesproken gedragsregels
- er zijn activiteiten ontwikkeld om bepaalde aspecten van de eigen dienstverlening te verbeteren
- anders, namelijk.....

18. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de implementatie van gedragsregels?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd
- gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen, namelijk bij MT/medewerkers/ afdelingshoofden (onderstrepen wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met diverse partijen namelijk .....
- gedragsregels zijn te vaag of te weinig specifiek gebleken
- gedragsregels zijn te beperkt gebleken
- anders, namelijk.....



## Handhavingsbeleid

19. Welke activiteiten zijn uitgevoerd bij de implementatie van het handhavingsbeleid?

- geen (ga door naar vraag 21)
- er is een handhavingsprotocol voor het hele ziekenhuis opgesteld
- de werkwijze zoals beschreven in de handhavingprotocollen is goed afgestemd en doorgesproken met de politie
- er is breed voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen
- er is een klachtenprocedure vastgesteld (om in beroep te gaan tegen waarschuwing of ontzegging)
- er wordt periodiek voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen
- het handhavingsprotocol is schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure
- er zijn inmiddels waarschuwings- en/of ontzeggingskaarten uitgedeeld, namelijk:
- (aantal) waarschuwingskaarten
- (aantal) ontzeggingen
- datum van start van het handhavingsbeleid

20. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de implementatie van het handhavingsbeleid?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd
- gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/ afdelingshoofden/politie (onderstrepen wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met.....
- anders, namelijk.....

## Convenant

21. Is er een convenant getekend met de externe samenwerkingspartners (politie, OM e.d.)?

- ja, dit was al gebeurd vóór de start met het project Veiligezorg®
- ja, dit is gebeurd, het convenant is volgens het model Veiligezorg®
- ja, dit is gebeurd, het convenant is door ons zelf ontwikkeld
- nee, maar we gaan een convenant ondertekenen volgens model Veiligezorg®, namelijk binnen
- 3 maanden  6 maanden  9 maanden  anders, nl
- nee, maar we gaan een door ons zelf ontwikkeld Convenant ondertekenen, namelijk binnen
- 3 maanden  6 maanden  9 maanden  anders, nl
- nee, en we gaan ook geen convenant ondertekenen omdat.....

22. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de invoering van het convenant en de uitvoering van de afspraken hieruit?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd
- gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/afdelingshoofden/beveiliging/politie (onderstrepen wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met de politie
- gebrek aan samenwerking met de justitie
- problemen in de samenwerking met de jurist van het ziekenhuis
- gebrek aan terugkoppeling van informatie door de politie naar het ziekenhuis
- weinig begrip bij de politie voor geheimhoudingsplicht van medewerkers
- onduidelijkheid bij de medewerkers hoe om te gaan met het medisch beroepsgeheim
- anders, namelijk .....

### Meldingsprocedure

23. Welke activiteiten en afspraken zijn uitgevoerd in het kader van de meldingsprocedure?

- geen (ga door naar vraag 25)
- meldingskaartjes van het project Veiligezorg® zijn verspreid
- een eigen meldingsformulier is ontworpen en verspreid
- een meldingsformulier voor intranet is gemaakt
- meldingsprotocollen zijn opgesteld
- melding is verplicht gesteld
- een brede voorlichtingscampagne over de melding en registratie is uitgevoerd
- periodiek voorlichting over de meldingsprocedure wordt gegeven
- een centraal meldnummer is ingesteld en breed gecommuniceerd in de instelling
- de leidinggevende heeft de verantwoordelijkheid voor de melding
- de leidinggevende neemt altijd contact op met het slachtoffer van een incident (mondeling of telefonisch)
- terugkoppeling van resultaten aan MT en/of afdelingen vindt regelmatig plaats
- terugkoppeling van de registratieresultaten heeft geleid tot nieuwe preventieve maatregelen
- er wordt een jaarverslag gemaakt
- anders, namelijk.....

24. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de implementatie van de meldingsprocedure?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd van
- gebrek aan draagvlak bij MT/leidinggevenden/medewerkers
- gebrek aan samenwerking met .....
- er worden geen resultaten teruggekoppeld
- er is weerstand tegen melding bij medewerkers/leidinggevenden omdat.....
- anders, namelijk .....



## Registratie in ZIR

25. Welke activiteiten/afspraken zijn uitgevoerd in het kader van de registratie in ZIR?

- geen (ga door naar vraag 27)
- er is een protocol opgesteld voor het beheren en registreren van incidenten
- de ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd over wettelijke (privacy)eisen, protocollen e.d.
- er is een plaatsvervanger voor de ZIR-beheerder aangesteld
- de plaatsvervangende ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd
- er vindt regelmatig terugkoppeling plaats van resultaten
- er wordt een jaarverslag gemaakt
- er zijn preventieve maatregelen getroffen naar aanleiding van de terugkoppeling van de registratie
- anders, namelijk.....

26. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de registratie in ZIR?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd van .....
- invoeren kost teveel tijd
- het programma is te traag
- er zijn vaak problemen met de bereikbaarheid van ZIR
- de cursus ZIR is onvoldoende gebleken
- de helpdesk reageert niet adequaat genoeg op vragen
- werkwijze van ZIR levert problemen op, namelijk .....
- problemen met de eigen ICT-afdeling van het ziekenhuis
- gebrek aan draagvlak bij MT/leidinggevenden/medewerkers (onderstrepen wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met .....
- er is weerstand tegen registratie bij medewerkers omdat .....
- er is weerstand tegen registratie bij leidinggevenden omdat.....
- anders, namelijk .....

## Opvang en nazorg

27. Welke activiteiten zijn er uitgevoerd ten behoeve van maatregelen voor opvang, begeleiding en nazorg (in het kader van Veiligezorg@!)

- geen, want dit had geen prioriteit (ga door naar vraag 29)
- geen, want er was reeds beleid tav opvang, begeleiding en nazorg (ga door naar vraag 29)
- er is een brede voorlichtingscampagne over de opvang uitgevoerd
- er wordt periodiek voorlichting over opvang gegeven
- er is materiaal ontwikkeld over de opvang in het ziekenhuis
- er heeft voorlichting plaatsgevonden over de terugkoppeling
- incidenten worden nabesproken
- er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de werkwijze of de samenstelling van het bestaande opvangteam, namelijk .....
- er zijn andere activiteiten uitgevoerd ter verbetering van de opvang, namelijk .....
- anders, namelijk.....



28. Welke knelpunten bent u tegengekomen bij de implementatie van maatregelen voor opvang en nazorg?

- geen knelpunten
- te weinig budget
- te weinig tijd
- gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/afdelingshoofden (onderstrepen wat van toepassing is)
- gebrek aan samenwerking met .....
- anders, namelijk .....

### Verbreding van het project Veiligezorg®

29. Hoe heeft de verbreding van het project in uw ziekenhuis plaatsgevonden?

- er heeft nog geen verbreding plaatsgevonden, en er zijn ook nog geen plannen of afspraken over. (ga door naar vraag 31)
- verbreding heeft niet plaatsgevonden, er zijn wel plannen of afspraken over gemaakt. Deze plannen sluiten het best aan bij antwoordnr.:  (vul hier het nummer in dat staat achter het antwoordalternatief dat het best past)
- er is voor gekozen om niet te verbreden omdat..... (1)
- verbreding heeft plaatsgevonden naar  (hoeveel) andere afdelingen, waar eenzelfde traject is/wordt uitgevoerd als op de oorspronkelijke afdelingen (2)
- verbreding heeft plaatsgevonden naar  (hoeveel) andere afdelingen, waar een beperkter traject is gestart als op de oorspronkelijke afdelingen (3)
- verbreding naar het gehele ziekenhuis heeft plaatsgevonden, waarbij op alle afdelingen eenzelfde traject is uitgevoerd als op de oorspronkelijke afdelingen (4)
- verbreding naar het gehele ziekenhuis heeft plaatsgevonden, waarbij op de nieuwe afdelingen een beperkter traject is uitgevoerd dan op de oorspronkelijke afdelingen (5)
- anders, namelijk.....(6)

30. Heeft u knelpunten ondervonden bij de verbreding van het project?

- ja, namelijk.....
- Nee

31. Heeft u tips voor ziekenhuizen die tot verbreding willen komen?

.....

.....

.....

.....



32. Is er in uw ziekenhuis behoefte aan ondersteuning bij de verbreding van het project?

- ja, namelijk
- advisering door adviseur Veiligezorg®
  - ursusdagen
  - voorlichting aan hoofden van de nieuwe afdelingen
  - netwerkbijeenkomsten
  - anders, namelijk .....
- nog niet
- nee

Heeft u op dit terrein specifieke vragen?

.....

.....

.....

.....

### Borging van het project Veiligezorg®

33. Op welke manier worden de resultaten uit het project geborgd op centraal niveau? (meerdere antwoorden mogelijk)

- borging op centraal niveau heeft nog niet plaatsgevonden
- het beleid maakt onderdeel uit van de beleidscyclus
- er is overleg met de opleiding tot verpleegkundige geweest over aandacht voor veiligheidsbeleid
- er is een meerjarenbeleid geformuleerd, met daaraan gekoppeld specifiek budget

#### **Beleid ten aanzien van agressie en beleid:**

- wordt regelmatig (bijv. jaarlijks) geëvalueerd en bijgesteld
- is integraal onderdeel van het arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid in onze instelling
- is onderdeel geworden van het integraal veiligheidsbeleid
- is opgenomen in de RI&E in uw instelling
- is opgenomen in het kwaliteitsbeleid in uw instelling
- is als structureel aandachtspunt ondergebracht bij een functionaris, namelijk .....
- is opgenomen in het inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers
- is toegewezen aan een van de directieleden als specifiek aandachtspunt
- is opgenomen in het bredere veiligheidsbeleid in de instelling, dat zowel patiënten als medewerkers betreft
- is opgenomen in het bredere beleid dat gericht is op 'omgaan met schokkende ervaringen'
- wordt meegenomen in een breder certificeringstraject
- anders, namelijk .....

34. Op welke manier worden de resultaten uit het project geborgd op afdelingsniveau?

- borging op afdelingsniveau heeft nog niet plaatsgevonden
- het veiligheidsbeleid met de daarbij behorende maatregelen maakt onderdeel uit van de beleids-  
cyclus op afdelingsniveau
- de maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en aangepast
- veiligheid is structureel agendapunt op het afdelingsoverleg
- veiligheid is structureel onderdeel van de afdelingsjaarplannen
- agressie en geweld is structureel onderwerp tijdens jaargesprekken/functioneringsgesprekken
- er is per afdeling een medewerker benoemd tot aandachtsfunctionaris 'agressie en geweld'
- elke (risico) afdeling heeft een vertegenwoordiger in het opvangteam
- structurele evaluatie van incidenten vindt plaats
- medewerkers wijzen elkaar op het niet naleven van afspraken, gedragsregels, melding, etc.
- anders, namelijk .....

35. Ervaart u /of voorziet u knelpunten ten aanzien van de borging van het beleid?

- ja, namelijk.....
- nee, nog niet
- nee

36. Is er in uw ziekenhuis behoefte aan ondersteuning bij de borging van het project?

- ja, namelijk
  - advisering 'op maat' door adviseur Veiligezorg®
  - cursusdagen
  - voorlichting aan hoofden van de nieuwe afdelingen
  - netwerkbijeenkomsten
  - anders, namelijk .....
- nog niet
- nee

37. Heeft u op dit terrein specifieke vragen?

.....  
.....

38. Welke tips heeft u voor andere instellingen tav de borging van het beleid?

.....  
.....



## Randvoorwaarden voor Veiligezorg®

39. In een van de netwerkbijeenkomsten van het project Veiligezorg® zijn succesfactoren en valkuilen in kaart gebracht door de deelnemers. Wilt u in onderstaande lijst aangeven welke succesfactoren op uw situatie van toepassing zijn en hoe belangrijk u de betreffende succesfactor vindt? (meerdere antwoorden mogelijk)

	volledig van toepassing	gedeeltelijk van toepassing	nauwelijks van toepassing	niet van toepassing	zeer belangrijk	belangrijk	niet zo belangrijk	onbelangrijk
er zijn heldere doelen geformuleerd								
het project heeft tot concrete resultaten geleid								
er is een heldere projectorganisatie opgezet								
een grote betrokkenheid van RvB, directie en MT								
er zijn vooraf financiële middelen beschikbaar gesteld								
er was voldoende budget voor het project								
betrokkenheid ook bij de medische staf								
een goed communicatieplan								
leuke start								
er is aansluiting gezocht bij al bestaande activiteiten								
er waren goede contacten met politie en justitie								
na het plan van aanpak (fase 3) is een uitvoeringsplan gemaakt (fase 5)								

40. Mist u in de vorige vraag randvoorwaarden die u wel van groot belang acht voor het welslagen van het project Veiligezorg® in uw instelling?

- ja, namelijk.....
- nee

*Communicatie en samenwerking, zowel intern als extern, zijn zeer belangrijke onderdelen van het project. Wilt u onderstaande vragen over de communicatie beantwoorden?*

41. Hoe tevreden bent over de volgende aspecten van het project Veiligezorg® in uw instelling?

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	(nog) niet van toepassing
het draagvlak bij de RvB						
het draagvlak bij het MT						
het draagvlak op de deelnemende afdelingen						
het draagvlak bij de ondersteunende diensten						
het draagvlak bij beveiliging						
het draagvlak bij de medewerkers						
de samenwerking in het projectteam						
de samenwerking met de afdeling communicatie						
de samenwerking met de politie						
de samenwerking met justitie						
de aangereikte communicatiemiddelen (pr-toolkit)						
de relatie met de pers						

42. Uit voorgaande procesevaluaties is gebleken dat de praktijk weerbarstig is en dat dit in verschillende deelnemende ziekenhuizen heeft geleid tot vertragingen en/of (tijdelijke) stopzettingen. Is dit ook voor uw ziekenhuizen het geval geweest? (zie ook vraag 5 uit deze enquête)

- ja, de belangrijkste oorzaken zijn
- te weinig tijd voor de projectleider
  - vertrek van de projectleider
  - onvoldoende motivatie bij de projectleider
  - onvoldoende ondersteuning van de projectleider
  - geen budget
  - bezuinigingen in het ziekenhuis
  - geormerkt budget was te krap
  - geormerkt budget is (ten dele) teruggebracht
  - planning was (veel) te krap
  - geen trekker op de pilotafdelingen
  - geen draagvlak bij directeur/RvB/MT
  - geen besluitvorming bij het management
  - verbouwingsplannen/verbouwingsactiviteiten
  - anders, namelijk.....

nee



## Ondersteuning

43. Is er bij de uitvoering van het project gebruik gemaakt van de ondersteuning vanuit het landelijk steunpunt Veiligezorg®?

ja  
 nee

44. Wilt u in onderstaande tabel aankruisen van welke ondersteuning u gebruik heeft gemaakt, hoe belangrijk u deze ondersteuning vindt (rapportcijfer van 1-10) en in welke mate u hierover tevreden bent (rapportcijfer 1-10)?

	gebruik gemaakt van ondersteuning	mate van belangrijkheid	mate van tevredenheid
ondersteuningsvormen			
handboek Veiligezorg® met stappenplan			
toolkit met instrumenten			
pr-toolkit			
website met informatie en instrumenten			
discussieplatform (forum) op de website			
cursusdagen voor projectleiders			
<b>Ondersteuning door de adviseurs van Veiligezorg®, in de vorm van:</b>			
presentaties in de ziekenhuizen			
workshops over gedragsregels en gedragscode			
beveiligingsadvies door rondgang op de afdelingen			
beoordeling plattegronden van nieuw- of verbouw			
ondersteuning van het ziekenhuis bij registratie			
overige 'op maat' ondersteuning door adviseur van Veiligezorg®			
anders, namelijk...			

45. Heeft u naast de ondersteuning vanuit Veiligezorg® nog andere ondersteuning gezocht, bijvoorbeeld bij:

collega-instellingen die meedoen aan het project Veiligezorg®  
 interne adviseurs, namelijk .....  
 externe adviseurs  
 functionarissen vanuit de gemeente  
 functionarissen vanuit de politie  
 anders, namelijk .....

Wilt u hieronder toelichten bij welke vragen/onderwerpen u andere ondersteuning heeft gezocht?

.....  
 .....

46. Had u behoefte gehad aan meer of andere ondersteuning tijdens het project?

- ja, namelijk.....
- nee

47. Heeft u zelf anderen geadviseerd over Veiligezorg®

- ja, namelijk .....
- ander ziekenhuis
- andere zorginstelling
- anders, namelijk.....
- nee

### Enkele afsluitende vragen

48. U heeft al eerder vragenlijsten ingevuld over het project Veiligezorg®. Deze waren steeds gericht op de procesevaluatie. Bent u tevreden over de wijze waarop uw eerdere opmerkingen zijn verwerkt in de aanpak en werkwijze of in het materiaal van het project Veiligezorg®?

- zeer tevreden
- tevreden
- neutraal
- ontevreden
- zeer ontevreden

Toelichting

.....

.....

.....

.....

49. Welke opmerkingen/of aanmerkingen van u zijn volgens u, onterecht, niet meegenomen in de werkwijze of in het materiaal van Veiligezorg®?

.....

.....

.....

.....

50. Heeft u nog algemene opmerkingen over het project Veiligezorg®?

.....

.....

.....

.....



51. Heeft u nog algemene opmerkingen over de vragenlijst?

.....  
.....  
.....  
.....

Het team van Veiligezorg® zou na afloop van het onderzoek graag de beschikking krijgen over alle ingevulde enquêtes, om zo de individuele ziekenhuizen nog beter te kunnen ondersteunen en adviseren.

Wij vragen u daarom hieronder aan te geven of u uw toestemming geeft voor het ter beschikking stellen van uw ingevulde vragenlijst aan het team Veiligezorg®.

ja, het team Veiligezorg® mag beschikken over mijn ingevulde vragenlijst

nee, het team Veiligezorg® mag **niet** beschikken over mijn ingevulde vragenlijst

**Hartelijk dank voor het invullen van de enquête!**



## Bijlage 3 Programma netwerkbijeenkomsten

### UITNODIGING

### NETWERKBIJEENKOMSTEN

#### WANNEERVOOR WIEWAAR

11 oktober	regio Noord/Oost	Hoogeveen: Bethesda ziekenhuis, Dr. G.H. Amshoffweg 1
12 oktober	regio Midden/ZuidTilburg:	Tweesteden ziekenhuis, Jan Weitkamplaan 4a
13 oktober	regio WestAmsterdam – Slotervaart	ziekenhuis, Louwesweg 6

#### PROGRAMMA

13.00 – 13.30	Netwerken, koffie en thee
13.30 – 15.15	Gedragcode – Gedragsregels - Melden - Handhavingsbeleid Wat zijn knelpunten, welke aanpak en oplossingen zijn gekozen? aan de hand van: - presentatie van de resultaten uit de enquête - presentatie van de resultaten uit de case studies - discussie met de aanwezigen
15.15 – 15.45	Netwerken, koffie en thee
15.45 – 16.30	Verbreding Welke aanpak is gekozen en waarom? aan de hand van: - presentatie van de resultaten uit de enquête - presentatie van de resultaten uit de case studies - discussie met de aanwezigen
16.30 – 17.00	Netwerken

Waar van toepassing wordt specifiek ingegaan op:

- hoe wordt daarbij de rol van de leidinggevende ingevuld
- hoe wordt gebruik gemaakt van communicatie?

Tussendoor worden de resultaten gepresenteerd over de volgende onderwerpen:

- Projectorganisatie, samenstelling projectgroep, projectleider
- Type maatregelen en beschikbaar budget
- Convenant
- Evaluatie en Effecten van Veiligezorg®
- Verankering





## Bijlage 4 Implementatie van maatregelen naar startjaar

	Totaal	Startjaar		
		2003	2004	2005
<b>Activiteiten OBE (n=26)</b>				
Geen	5	1	3	1
Schouwronde om bouwkundige en technische maatregelen vast te stellen	13	4	9	0
Medewerkers hebben vastgesteld welke OBE maatregelen genomen moeten worden	10	5	5	0
Accordering van de voorgestelde maatregelen door MT en directie	8	5	3	0
Budgetreservering t.b.v. voorgenomen maatregelen	6	3	2	1
Anders, namelijk...	6	3	2	1
<b>Knelpunten OBE (N=21)</b>	Aantal			
Geen	3	1	2	0
Te weinig budget	8	4	4	0
Te weinig tijd	3	1	2	0
Gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen, namelijk MT/technische dienst/medewerkers/afdelingshoofden	2	2	0	0
Gebrek aan samenwerking met diverse partijen	2	0	1	1
Anders, namelijk....	8	2	2	4
<b>Activiteiten gedragsregels (N=26)</b>	Aantal			
Geen	6	0	5	1
Er zijn gedragsregels opgesteld voor het gehele ziekenhuis	11	5	6	0
Er zijn activiteiten ontwikkeld om bepaalde aspecten van de eigen dienstverlening te verbeteren	8	4	3	1
Er zijn gedragsregels opgesteld voor de pilotafdelingen	7	2	5	0
De gedragscode is verspreid over de pilotafdelingen	7	4	3	0
De gedragscode is verspreid over het ziekenhuis	7	4	3	0
Er is voorlichting gegeven over de gedragscode	7	0	5	2
De vastgestelde gedragsregels zijn schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure	6	4	2	0
Er is een training georganiseerd hoe om te gaan met de afgesproken gedragsregels	6	2	4	0
Protocollen zijn doorgesproken met de politie/justitie/de gemeente (onderstrepen wat van toepassing is)	5	3	2	0
De gedragscode is verspreid over de risicoafdelingen	2	1	1	0
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over de gedragsregels	2	1	1	0
Anders, namelijk....	7	2	2	3
<b>Knelpunten gedragsregels (N=19)</b>	Aantal			
Geen	8	2	5	1
Gebrek aan samenwerking met diverse partijen namelijk .....	3	1	2	0
Te weinig tijd	2	1	1	0
Gebrek aan draagvlak bij verschillende partijen, namelijk bij MT/medewerkers/afdelingshoofden (onderstrepen wat van toepassing is)	2	1	1	0



Te weinig budget	1	1	0	0
Gedragregels zijn te vaag of te weinig specifiek gebleken	1	0	1	0
Gedragregels zijn te beperkt gebleken	1	0	1	0
Anders, namelijk....	7	1	3	3
<b>Activiteiten handhavingsbeleid (N=24)</b>				
Geen	10	1	6	3
Er zijn inmiddels waarschuwings- en/of ontzeggingskaarten uitgedeeld, namelijk:	11	5	6	0
Er is een handhavingsprotocol voor het hele ziekenhuis opgesteld	9	4	5	0
De werkwijze zoals beschreven in de handhavingprotocollen is goed afgestemd en doorgesproken met de politie	7	4	3	0
Er is een klachtenprocedure vastgesteld (om in beroep te gaan tegen waarschuwing of ontzegging)	4	0	4	0
Er is breed voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen	3	1	2	0
Het handhavingsprotocol is schriftelijk vastgelegd in een hand-out/brochure	3	1	2	0
Er wordt periodiek voorlichting gegeven over de handhavingprotocollen	2	1	1	0
Anders, namelijk....	0	0	0	0
<b>Knelpunten handhavingsbeleid (N=16)</b>	Aantal			
Geen	6	2	3	1
Te weinig tijd	4	1	3	0
Gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/afdelingshoofden/politie	4	1	3	0
Te weinig budget	1	0	1	0
Gebrek aan samenwerking met...	1	1	0	0
Anders, namelijk....	3	1	1	1
<b>Stand van zaken convenant</b>	Aantal			
Gaan convenant ondertekenen model Veiligezorg	7	0	5	2
Getekend convenant volgens model Veiligezorg	5	4	1	0
Gaan convenant eigen model ondertekenen	5	1	3	1
Al voor de start van het project getekend	4	0	1	3
Getekend convenant eigen model	3	1	2	0
Gaan geen convenant ondertekenen	1	0	1	0
Anders, namelijk....				
<b>Knelpunten convenant (N=22)</b>	Aantal			
Geen	5	0	4	1
Te weinig tijd	5	3	1	1
Onduidelijkheid bij de medewerkers hoe om te gaan met het medisch beroepsgeheim	5	4	0	1
Gebrek aan terugkoppeling van informatie door de politie naar het ziekenhuis	4	4	0	0
Gebrek aan samenwerking met justitie	3	1	2	0
Gebrek aan draagvlak bij het MT/medewerkers/afdelingshoofden/beveiliging/politie	2	1	1	0
Gebrek aan samenwerking met politie	2	2	0	0
Problemen in samenwerking met de jurist van het ziekenhuis	2	1	1	0
Weinig begrip bij de politie voor geheimhoudingsplicht van medewerkers	2	0	1	1
Te weinig budget	1	0	1	0
Anders, namelijk....	7	1	3	3

<b>Activiteiten meldingsprocedure (N=27)</b>	<b>Aantal</b>			
Eigen meldingsformulier ontworpen en verspreid	13	5	6	2
Meldingsprotocollen opgesteld	11	4	5	2
Meldingsformulier voor intranet gemaakt	10	5	4	1
Terugkoppeling van resultaten aan MT en of afdelingen vindt regelmatig plaats	10	4	6	0
Er wordt jaarverslag gemaakt	9	6	2	1
Brede voorlichtingscampagne over melding en registratie uitgevoerd	8	2	5	1
Centraal meldnummer ingesteld en breed gecommuniceerd in de instelling	8	3	4	1
Meldingskaartjes Veiligezorg zijn verspreid	7	4	3	0
Leidinggevende heeft verantwoordelijkheid over de melding	6	4	2	0
Periodieke voorlichting over de meldingsprocedure	5	3	1	1
Leidinggevende neemt altijd contact op met het slachtoffer van een incident	5	2	3	0
Melding verplicht gesteld	3	1	2	0
Terugkoppeling van registratieresultaten heeft geleid tot nieuwe preventieve maatregelen	3	2	0	1
Anders, namelijk...	5	3	0	2
<b>Knelpunten meldingsprocedure (N=21)</b>	<b>Aantal</b>			
Geen knelpunten	9	2	5	2
Er is weer stand tegen melding bij medewerkers/leidinggevenden	6	2	3	1
Gebrek aan draagvlak bij MT/leidinggevenden	4	2	2	0
Er worden geen resultaten teruggekoppeld	4	1	2	1
Te weinig tijd van	2	1	1	0
Te weinig budget	1	0	1	0
Gebrek aan samenwerking met...	1	0	1	0
Anders, namelijk...	0	0	0	0
<b>Activiteiten registraties (N=25)</b>	<b>Aantal</b>			
Geen	5	0	4	1
De ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd over wettelijke (privacy)eisen, protocollen e.d.	16	6	8	2
Er is een plaatsvervanger voor de ZIR-beheerder aangesteld	13	6	5	2
De plaatsvervangende ZIR-beheerder is goed geïnstrueerd	11	4	5	2
Er is een protocol opgesteld voor het beheren en registreren van incidenten	9	3	6	0
Er wordt een jaarverslag gemaakt	7	4	3	0
Er vindt regelmatig terugkoppeling plaats van resultaten	6	3	3	0
Er zijn preventieve maatregelen getroffen naar aanleiding van de terugkoppeling van de registratie	2	2	0	0
Anders, namelijk...	5	1	1	3



<b>Knelpunten registraties (N=20)</b>	<b>Aantal</b>			
Geen	7	3	2	2
invoeren kost teveel tijd	9	3	6	0
er zijn vaak problemen met de bereikbaarheid van ZIR	4	1	3	0
te weinig tijd van .....	3	1	2	0
het programma is te traag	3	1	2	0
werkwijze van ZIR levert problemen op, namelijk .....	2	1	1	0
er is weerstand tegen registratie bij medewerkers omdat .....	2	0	2	0
de helpdesk reageert niet adequaat genoeg op vragen	1	0	1	0
er is weerstand tegen registratie bij leidinggevenden omdat .....	1	0	0	1
Anders, namelijk....	21	7	10	4
<b>Activiteiten opvang e.d. (N=26)</b>	<b>Aantal</b>			
Geen, want er was reeds beleid tav opvang, begeleiding en nazorg	12	3	7	2
Er is materiaal ontwikkeld over de opvang in het ziekenhuis	7	5	2	0
Er zijn andere activiteiten uitgevoerd ter verbetering van de opvang	5	2	3	0
Incidenten worden nabesproken	4	1	3	0
Er is een brede voorlichtingscampagne over de opvang uitgevoerd	2	0	1	1
Er wordt periodiek voorlichting over opvang gegeven	2	2	0	0
Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de werkwijze of de samenstelling van het bestaande opvangteam, namelijk .....	2	1	1	0
Geen, want dit had geen prioriteit	2	0	2	0
Er heeft voorlichting plaatsgevonden over de terugkoppeling	1	1	0	0
Anders, namelijk....	6	0	3	3

## Bijlage 5 Tabellen

### Tabel behorend bij hoofdstuk 7 over verbreding

Verbreding van het project Veiligezorg®

<b>Verbreding van het project Veiligezorg® (N=25)</b>	<b>Totaal (n=25)</b>	<b>2003 (n=7)</b>	<b>2004 (n=12)</b>	<b>2005 (n=6)</b>
Nog geen verbreding, nog geen plannen of afspraken	11	2	7	2
Nog geen verbreding, wel plannen of afspraken	8	2	3	3
Er is gekozen niet te verbreden	1	1	0	0
Verbreding plaatsgevonden eenzelfde traject	3	1	2	0
Verbreding plaatsgevonden, beperkter traject				
Verbreding hele ziekenhuis, eenzelfde traject				
Verbreding hele ziekenhuis, beperkter traject	1	1	0	0
Anders namelijk.....	1	0	0	1

### Tabellen behorend bij hoofdstuk 8 over verankering en borging

Borgingsmaatregelen op centraal niveau

<b>Borgingsmaatregelen centraal (N=24)</b>	<b>Totaal</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Borging op het centraal niveau heeft nog niet plaatsgevonden	12	2	7	3
Opgenomen in de RI&E	13	5	6	2
Integraal onderdeel van het arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid	12	5	5	2
Het beleid maakt onderdeel uit van de beleidscyclus	10	6	3	1
Is onderdeel geworden van het integraal veiligheidsbeleid	9	4	5	0
Er wordt regelmatig (bijv. jaarlijks) geëvalueerd en bijgesteld	8	3	4	1
Is als structureel aandachtspunt ondergebracht bij een functionaris	8	4	4	0
Opgenomen in het bredere veiligheidsbeleid in de instelling, dat zowel patiënten als medewerkers betreft	6	3	3	0
Opgenomen in het bredere beleid tav 'omgaan met schokkende ervaringen'	5	3	2	0
Meerjarenbeleid geformuleerd, met daaraan gekoppeld specifiek budget	4	2	2	0
Toegewezen aan een van de directieleden als specifiek aandachtspunt	3	1	1	1
Wordt meegenomen in een breder certificeringstraject	1	0	1	0
Overleg met de opleiding tot verpleegkundigen geweest over aandacht voor veiligheidsbeleid				
Anders, namelijk	2	2	0	0



Borgingsmaatregelen op afdelingsniveau

<b>Borgingsmaatregelen afdeling (N=24)</b>	<b>Totaal</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Borging op de afdelingsniveau heeft nog niet plaatsgevonden	16	4	8	4
Veiligheid is structureel agendapunt op het afdelingsoverleg	7	3	3	1
Het veiligheidsbeleid met de daarbij behorende maatregelen maakt onderdeel uit van de beleidscyclus op afdelingsniveau	4	0	4	0
Medewerkers wijzen elkaar op het niet naleven van afspraken, gedragsregels, etc.	4	3	1	0
De maatregelen worden regelmatig geëvalueerd en aangepast	3	1	2	0
Agressie en geweld is structureel onderwerp tijdens jaar- of functioneringsgesprekken	3	0	3	0
Structurele evaluatie van incidenten vindt plaats	3	2	1	0
Veiligheid is structureel onderdeel van de afdelingsjaarplannen	2	0	2	0
Er is per afdeling een medewerker benoemd tot aandachtfunctionaris 'agressie en geweld'				
Elke (risico) afdeling heeft een vertegenwoordiger in het opvangteam				
Anders, namelijk.....	3	1	0	2

**Tabellen behorend bij hoofdstuk 9**

Tevredenheid over de uitvoering van de verschillende fasen en onderdelen van Veiligezorg® en de mate waarin men daarbij knelpunten heeft ondervonden.

tevredenheid met resultaten							knelpunt		
zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	Nvt	ja	nee	nvt	

**fase 1: organisatorische voorbereiding**

1. demonstratie door de landelijke projectleider Veiligezorg®	3	21	1			3	1	11	2
afbakenen van het begrip agressie		20	5			6	1	15	
voorbereiden intentieverklaring	3	16	1	3	1	2	4	11	1
vaststellen risicoafdelingen	3	23	1				2	14	
aanstellen projectleider	4	20	3				2	14	
instellen projectorganisatie	3	18	5	1			4	12	
instellen stuurgroep	2	14	4	1			1	9	5
opstellen projectplan	4	14	6	1			2	13	
organiseren startbijeenkomst	6	15	2					14	1
tekenen intentieverklaring	4	11	4				2	10	4
11. opstellen communicatieplan	4	9	8		2	3	3	11	1

**fase II: probleemanalyse**

12. oriëntatie op de problematiek en het al gevoerde beleid	2	16	4	1		1		12	
interviews met sleutelpersonen	2	17	3			2		13	1
personeelsenquête	2	13	5	2		2	1	12	1
kleurenmethode	2	11	4	2		5	1	9	3



**fase III: vaststellen van een plan van aanpak**

16. bedenken van maatregelen	1	11	6			4	3	7	3
opstellen van het plan van aanpak		12	5			5	1	8	4
stellen van prioriteiten		11	5	1		5	2	7	4
goedkeuring krijgen van het management	1	8	7	1		4	5	5	3
opstellen van gedragsregels/gedragscode	3	7	6	1		5	2	6	5
vaststellen van de gedragsregels/gedragscode	2	9	4	2		5	2	7	4
opstellen van een handhavingsbeleid		7	6	3		6	3	4	6
het organiseren van opvang, begeleiding en nazorg	5	8	4	1		4	1	9	3
anders, namelijk .....						6		1	4

**fase IV: convenant**

25 opstellen van een convenant Veiligheidszorg®	3	3	6	2	2	6	7	2	4
organiseren van de ondertekening van het convenant	3	5	2	1	1	8	4	3	6

**fase V: implementatie van het ontwikkelde beleid**

27. organisatorische voorbereiding	1	8	6			3	3	6	3
opstellen uitvoeringsplannen	1	7	4	1		4	1	7	4
leiding geven aan het uitvoeringsproces		7	4	1		4	3	5	4
anders, namelijk.....						5			5

**fase VI: verbreding van het project**

31 verbreding naar meerdere afdelingen of het hele ziekenhuis		2	6	2		7	2	3	8
verbreding naar veiligheid rondom het ziekenhuis.		2	6	3		6	4	3	7

**fase VII: verankering**

33 project naar structuur		3	5	2		6	4	2	6
integreren in bestaand veiligheidsbeleid		3	4	3		6	1	5	6
opzetten van integraal veiligheidsbeleid		4	4	2		6	1	4	7

**Oorzaken van de in de vorige tabel aangegeven uitvoeringsknelpunten, per fase.**

	Fase						
	I n=11	II n=8	III n=11	IV n=10	V n=6	VI n=13	VII n=5
samenwerking intern	3	1	2	2	2		1
samenwerking met politie							1
samenwerking met justitie	2	1	2	5			1
samenwerking met anderen	2	1	1	2	1		
ondersteuning vanuit intern	4	1	1	3	2	2	2
ondersteuning door het team Veiligheidszorg®					1		
ondersteuning van anderen	1	1	1				
tijd van de projectleider	4	5	6	4	3	1	3
tijd van de afdelingshoofden	3	3	3		2		
tijd van medewerkers	2	2	2	1	2	2	1
tijd van andere betrokkenen	2	2	3	3	1	2	1
draagvlak bij medewerkers	2	3	3		1	1	1
draagvlak bij management	3	3	3	1	1	1	2
betrokkenheid beveiliging			2		3	1	1
ontbreken van beveiliging			1	1	2		1
budget	3	2	2	1	2	2	1
Anders, .....	1	1	1				1

