



Meten van veiligheidscultuur in de Belgische ziekenhuizen

7de Limburgse Patiëntveiligheidssymposium
15 november, Atrium Heerlen

Annemie Vlayen

annemie.vlayen@uhasselt.be

UHasselt Patient Safety Group





Inhoud

- 1. Terminologie: wat is veiligheidscultuur?**
2. Veiligheidscultuur meten
3. Benchmarking en resultaten
 - Respondent kenmerken
 - Resultaten i.f.v. type ziekenhuis/ taal
 - Resultaten i.f.v. afdeling
 - Resultaten i.f.v. discipline
4. Blik op de tweede cultuurmeting
5. Conclusies

1. Terminologie

Belang van veiligheidscultuur

- De aanwezigheid van een stimulerende veiligheidscultuur wordt gezien als **essentiële voorwaarde** in het verbeteren van patiëntveiligheid (WHO, Europese Commissie, Eunetpas).
- De erkenning van het belang van culturele factoren is gebaseerd op onderzoek in **andere sectoren** (luchtvaart, petrochemie).
- Veiligheidscultuur, als onderdeel van de organisatiecultuur, kan hierbij beschouwd worden als een **organisatorische variabele** (naast leiderschap, structuur, strategie...).
- Het gericht verbeteren van patiëntveiligheid vereist **kennis (en inzicht)** van de eigen veiligheidscultuur door het ziekenhuismanagement en leidinggevenden.

1. Terminologie

- **Veiligheidscultuur**

 - < **Organisatiecultuur**

 - < **Cultuur**

 - gedeelde basisassumpties

 - leiderschap

 - percepties, attitudes, gedragingen

- **Definitie Veiligheidscultuur:**

 - 'De overtuigingen, waarden en attitudes m.b.t. patiëntveiligheid die gedeeld worden door alle medewerkers van de organisatie. Deze gedeelde waarden worden weerspiegeld in de dagelijkse praktijk van de organisatie'. (Schein, 1992)*



Inhoud

1. Terminologie: wat is veiligheidscultuur?
2. **Veiligheidscultuur meten**
3. Benchmarking en resultaten
 - Respondent kenmerken
 - Resultaten i.f.v. type ziekenhuis/ taal
 - Resultaten i.f.v. afdeling
 - Resultaten i.f.v. discipline
4. Blik op de tweede cultuurmeting
5. Conclusies

2. Veiligheidscultuur meten

- **Veiligheidscultuur als wetenschap: onderzoek**
 - **Veiligheidscultuur als aanknopingspunt**
 - = 'operationaliseren' van het begrip
 - = veiligheidscultuur **meetbaar** maken
- **kwalitatief** d.m.v. interviews, observaties, focus groups (beschrijvend)
- **kwantitatief** d.m.v. gestandaardiseerde vragenlijsten (evaluatie, mogelijkheid tot benchmarken)

2. Veiligheidscultuur meten

Federale contracten

Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid

- **Meerjarenplan (2007-2012):** additionele financiering voor ziekenhuizen (2007: 6,8 miljoen €)
- **Uitwerking van 3 pijlers**
 1. Ontwikkelen en implementeren van een VMS
 2. Analyseren en ontwikkelen van processen
 3. Samenstellen van een multidimensionale indicatorenset
- **Veiligheidscultuur als onderdeel van een VMS**
 - **2007-2008:** eerste nationale veiligheidscultuurmeting
 - **2009-2010:** implementeren van gerichte verbeteracties
 - **2011:** tweede nationale veiligheidscultuurmeting

2. Veiligheidscultuur meten

- **Instrument: Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)**
 - **Vragenlijst:** vertaling en validatie naar
 1. Nederlands (Vlaams) (ZOL, o.l.v. J. Hellings)
 2. Frans (CHU Tivoli, La Louvière & Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussel)
 3. Beschikbaar in Duits

! Aanpassingen psychiatrische ziekenhuizen
 - **Protocol** (handleiding)
 - **Tool** (Access) voor invoering en analyse van de gegevens
- **Uhasselt benchmarking cultuurmeting**
 - Baseline meting
 - Trending

Waarom een veiligheidscultuurmeting?

- **Inzicht verwerven** in de houding van alle medewerkers ten opzichte van patiëntveiligheid
- **Bewustmaking** van het zorgpersoneel én ziekenhuismanagement m.b.t. patiëntveiligheid
- Bepalen van een **patiëntveiligheidsprofiel** voor het ziekenhuis, inclusief de identificatie van de 'sterke' en 'zwakke' punten
 - **Metten van variabiliteit** (tussen ziekenhuizen, afdelingen, beroepsgroepen)
 - **Benchmarking** tussen vergelijkbare ziekenhuizen en groepen
 - **Metten van cultuurverandering** door herhaalde metingen

2. Veiligheidscultuur meten

Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ)

Veiligheidscultuur



12 dimensies



42 items

2. Veiligheidscultuur meten

HSPSC (België): 12 dimensies		COMPaZ (Nederland): 11 dimensies
• D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen	→	• 1. Verwachtingen en acties van leidinggevenden
• D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren	→	✗
• D3. Teamwerk binnen afdelingen	→	• 2. Teamwork binnen afdeling
• D4. Openheid naar communicatie	→	• 3. Open communicatie
• D5. Feedback en communicatie over veiligheid	→	• 4. Feedback en leren van fouten
• D6. Niet bestraffende respons op fouten	→	• 5. Niet-straffende reactie
• D7. Bestaffing	→	• 6. Adequate personele
• D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid	→	• 7. Steun vanuit het management
• D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen	→	• 8. Samenwerking tussen afdelingen
• D10. Overdracht en transfer	→	• 9. Goede wis
• O1. Globale perceptie over veiligheid	→	• 10. Algemene perceptie van patiëntveiligheid
• O2. Frekwentie van "event" rapportering	→	• 11. Meldingsfrequentie

1 item verplaatst naar dimensie 10

1 item verwijderd + 2 items verplaatst naar dimensie 9

1 item verwijderd

A. UW WERKOMGEVING/ AFDELING

Met werkomgeving wordt bedoeld de klinische omgeving (dienst, afdeling, ...) waarin u het grootste stuk van uw tijd werkt.

Wat is uw primaire werkomgeving (u kan slechts één antwoord geven):

- | | | |
|---|---------------------|---|
| ① Verschillende afdelingen / geen specifieke afdeling | | |
| ② Internistische afdelingen/diensten
(dagkliniek inbegrepen) | ⑦ Intensieve zorgen | ⑫ Medisch-technische dienst
(radiologie, labo, bloedafname, ...) |
| ③ Chirurgische afdelingen/diensten
(dagkliniek inbegrepen) | ⑧ Spoedgevallen | ⑬ Apotheek |
| ④ Operatiekwartier | ⑨ Revalidatie | ⑭ Andere, gelieve te specificeren:
<input type="text"/> |
| ⑤ Gynaecologie / verloskunde | ⑩ Geriatrie | |
| ⑥ Pediatrie | ⑪ Psychiatrie | |

Duid aan in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken over uw werkomgeving / afdeling.

Binnen uw werkomgeving...	Helemaal niet akkoord ▼	Niet akkoord ▼	Neutraal ▼	Akkoord ▼	Helemaal akkoord ▼
1. Medewerkers en collega's steunen elkaar in mijn werkomgeving.	①	②	③	④	⑤
2. We hebben voldoende bestaafing om de werkbelasting aan te kunnen.	①	②	③	④	⑤
3. Wanneer er veel werk op korte tijd gedaan moet worden, werken we samen als een team.	①	②	③	④	⑤
4. In mijn werkomgeving behandelen medewerkers/collega's elkaar met respect.	①	②	③	④	⑤
5. In mijn werkomgeving werken medewerkers/collega's meer uren dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt.	①	②	③	④	⑤
6. We ondernemen acties om de patiëntveiligheid te verbeteren.	①	②	③	④	⑤
7. Er worden te veel tijdelijke medewerkers ingeschakeld dan goed is voor de zorgverlening aan de patiënt.	①	②	③	④	⑤
8. Medewerkers/collega's hebben het gevoel dat fouten tegen hen gebruikt worden.	①	②	③	④	⑤
9. Fouten hebben hier al geleid tot positieve veranderingen.	①	②	③	④	⑤
10. Het is eerder toevallig dat er hier geen ernstigere fouten gebeuren.	①	②	③	④	⑤
11. Wanneer het zeer druk wordt, komen andere medewerkers/collega's ons helpen.	①	②	③	④	⑤
12. Wanneer een fout gerapporteerd wordt, hebben we het gevoel dat men zich vooral op de persoon richt en niet op het probleem.	①	②	③	④	⑤
13. Als we veranderingen doorvoeren ter verbetering van patiëntveiligheid, evalueren we achteraf steeds de effectiviteit.	①	②	③	④	⑤

2. Veiligheidscultuur meten

Doelgroep

Alle medewerkers die rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de klinische zorg*, die minstens 6 maanden zijn aangesteld en die in actieve dienst** zijn:

1. verpleegkundigen en paramedici
2. artsen: alle artsen en arts-assistenten
3. middenkader
4. medewerkers apotheek, labo, technische onderzoeken en intern patiëntentransport

*keuken- en onderhoudspersoneel;

** zorgverleners in zwangerschapsverlof of langdurig afwezig zijn behoren niet tot de doelgroep



Inhoud

1. Terminologie: wat is veiligheidscultuur?
2. Veiligheidscultuur meten
- 3. Benchmarking en resultaten**
 - Respondent kenmerken
 - Resultaten i.f.v. type ziekenhuis/ taal
 - Resultaten i.f.v. afdeling
 - Resultaten i.f.v. discipline
4. Blik op de tweede cultuurmeting
5. Conclusies

3. Benchmarking (2007-2009)

3.1 Respondent kenmerken

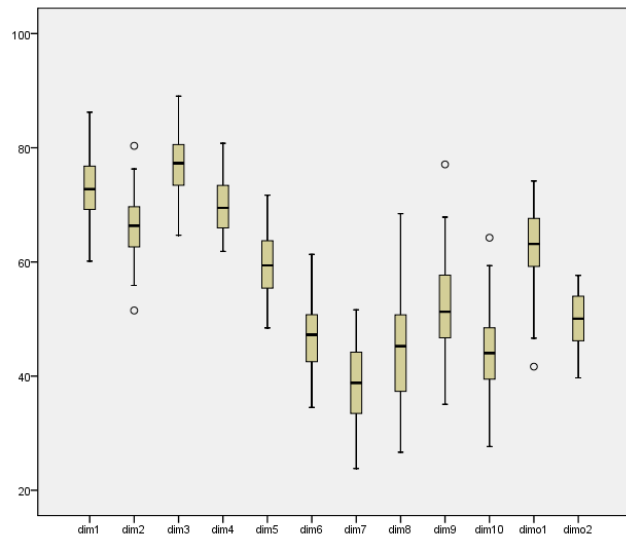
	AZ N = 90	PZ N = 42	SP ZH N = 11	Totaal N = 143
Methode bevraging				
Elektronisch	N = 15	N = 4	N = 0	N = 19
Papier	N = 68	N = 38	N=11	N = 117
Beide	N = 7	N = 0	N = 0	N = 7
Respondenten				
Vb. Artsen	4656	178	49	4883
Verpleegkundigen	28385	2826	683	31894
Apothekers	757	53	22	832
Middenkader/ stafmedewerker	1517	130	21	1668
Totale respons	47635 51,9%	6341 69,9%	1249 63,4%	55225 53.7%

3. Benchmarking (2007-2009)

3.2 Resultaten i.f.v. type ziekenhuis

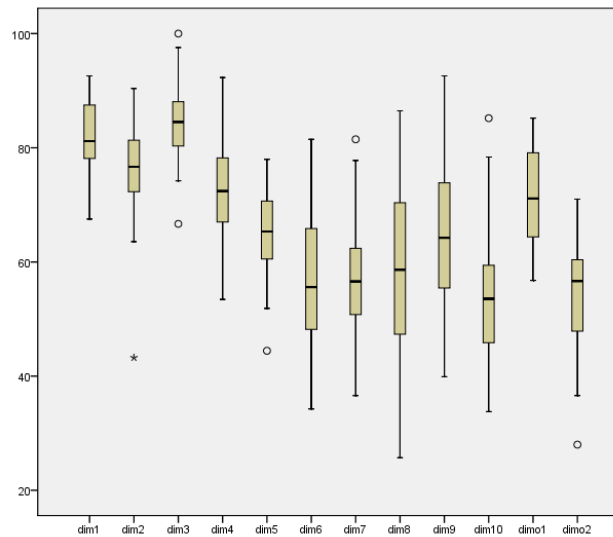
Acute Dutch speaking hospitals (n = 58)

Positive Dimensional Scores



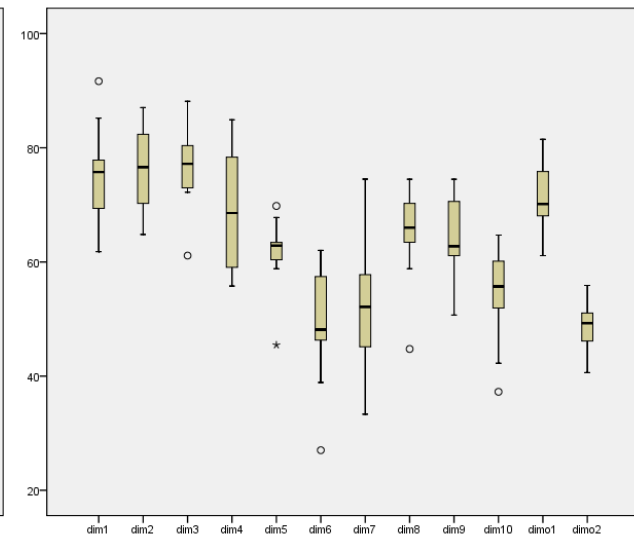
Psychiatric Dutch speaking hospitals (n = 31)

Positive Dimensional Scores



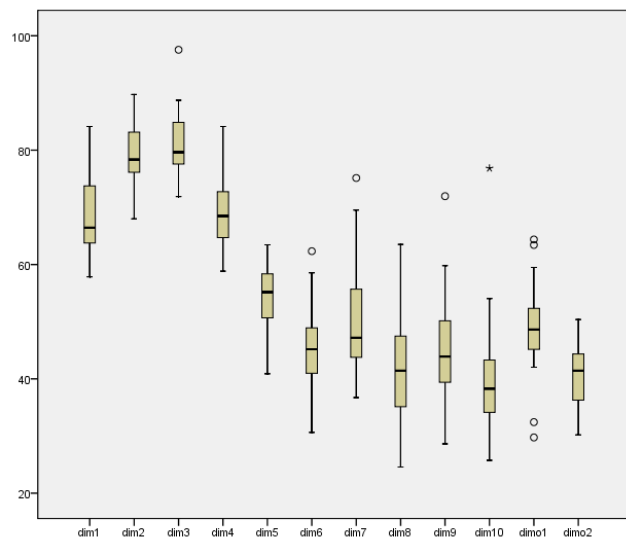
Long term care Dutch speaking hospitals (n = 9)

Positive Dimensional Scores



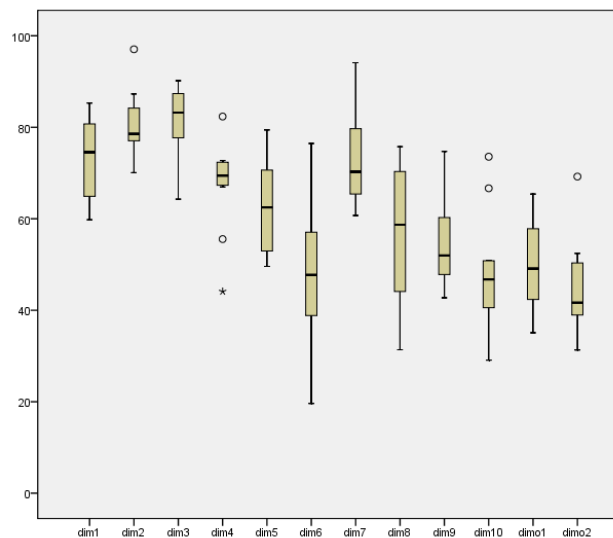
Acute French speaking hospitals (n = 32)

Positive Dimensional Scores



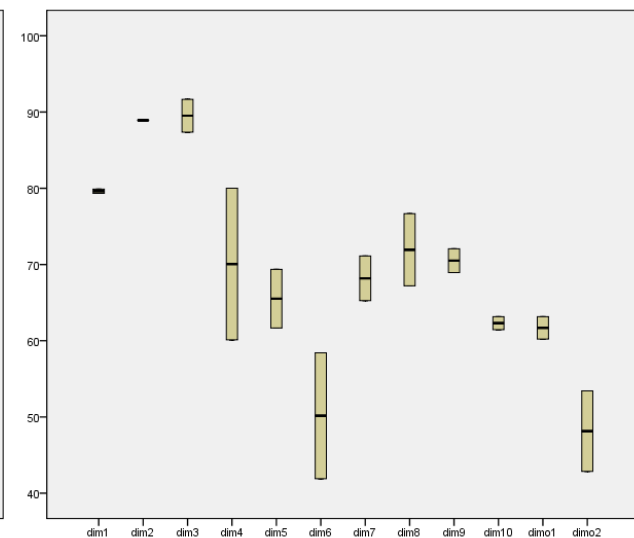
Psychiatric French speaking hospitals (n = 11)

Positive Dimensional Scores



Long term care French speaking hospitals (n = 2)

Positive Dimensional Scores



3. Benchmarking (2007-2009)

3.3 Resultaten i.f.v. afdeling

12 dimensies

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

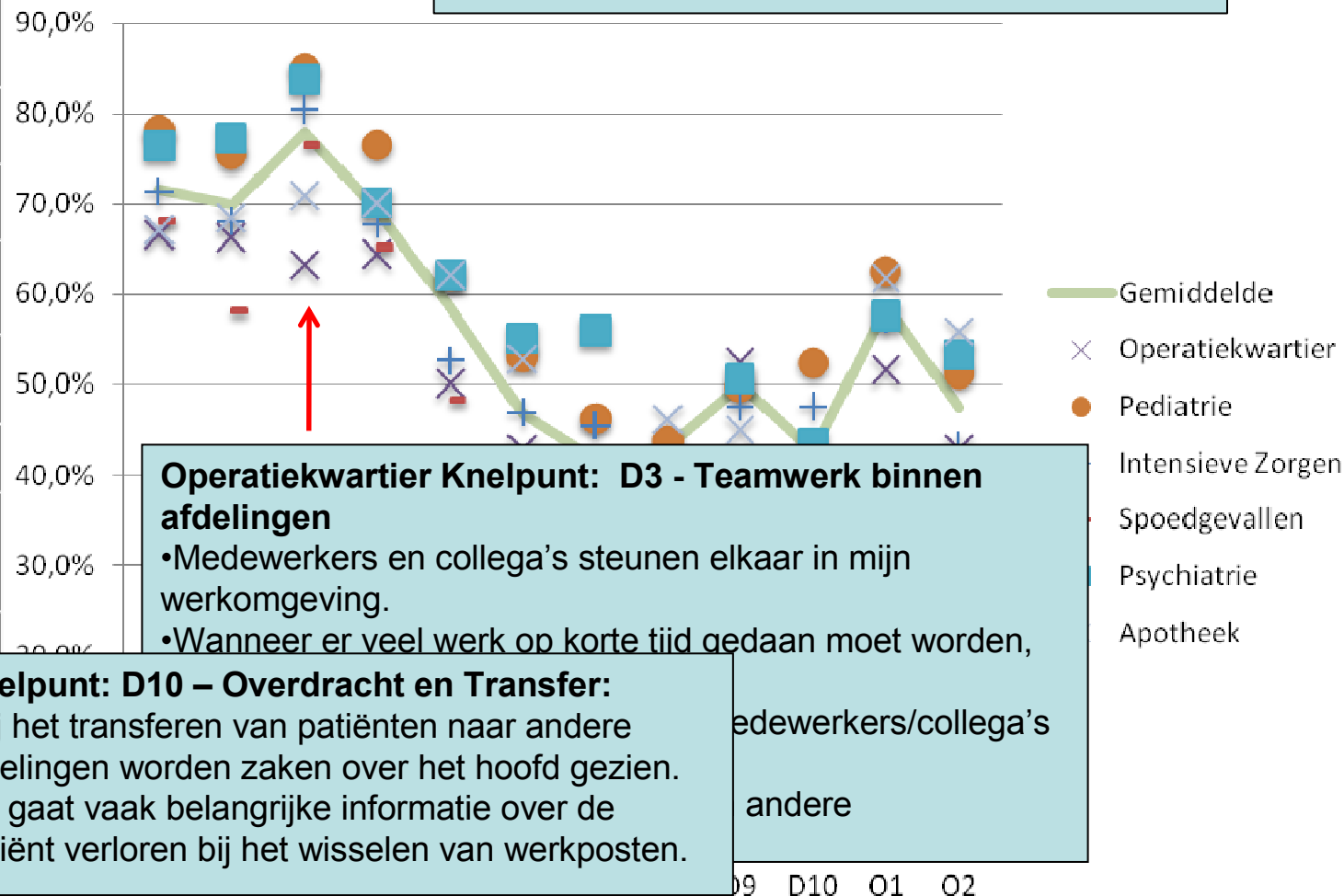
D10. Overdracht en transfer

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event rapportering"

Globale knelpunten:

- 1.D7 - Bestaffing
- 2.D10 - Overdracht en Transfer
- 3.D8 - Ziekenhuismanagementondersteuning
- 4.D6 - Niet-bestaffende respons op fouten



3. Benchmarking (2007-2009)

3.4 Resultaten i.f.v. discipline

12 dimensies

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

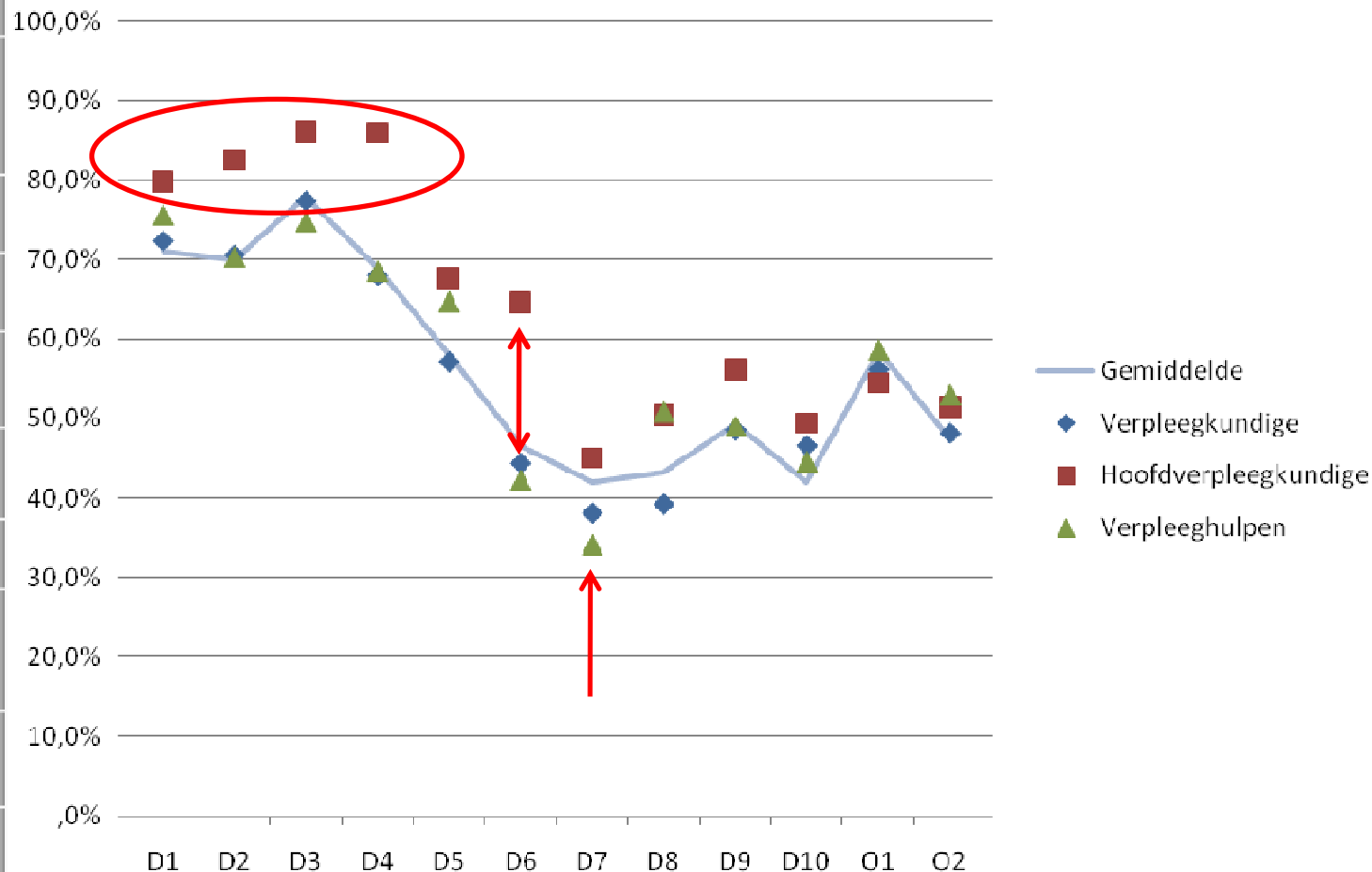
D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

D10. Overdracht en transfer

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event" rapportering



3. Benchmarking (2007-2009)

3.4 Resultaten i.f.v. discipline

12 dimensies

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

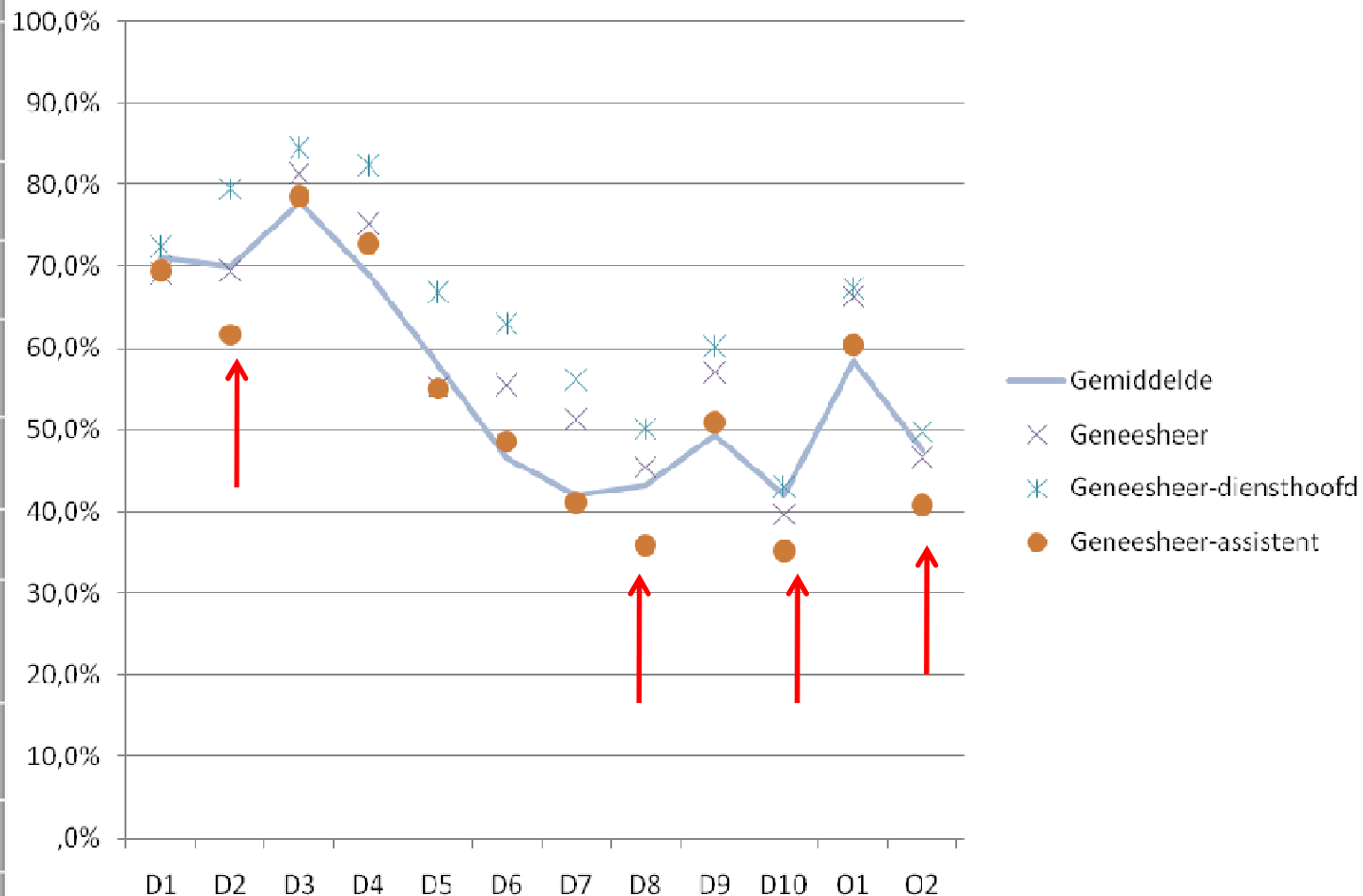
D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

D10. Overdracht en transfer

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event" rapportering



3. Benchmarking (2007-2009)

3.4 Resultaten i.f.v. discipline

12 dimensies

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

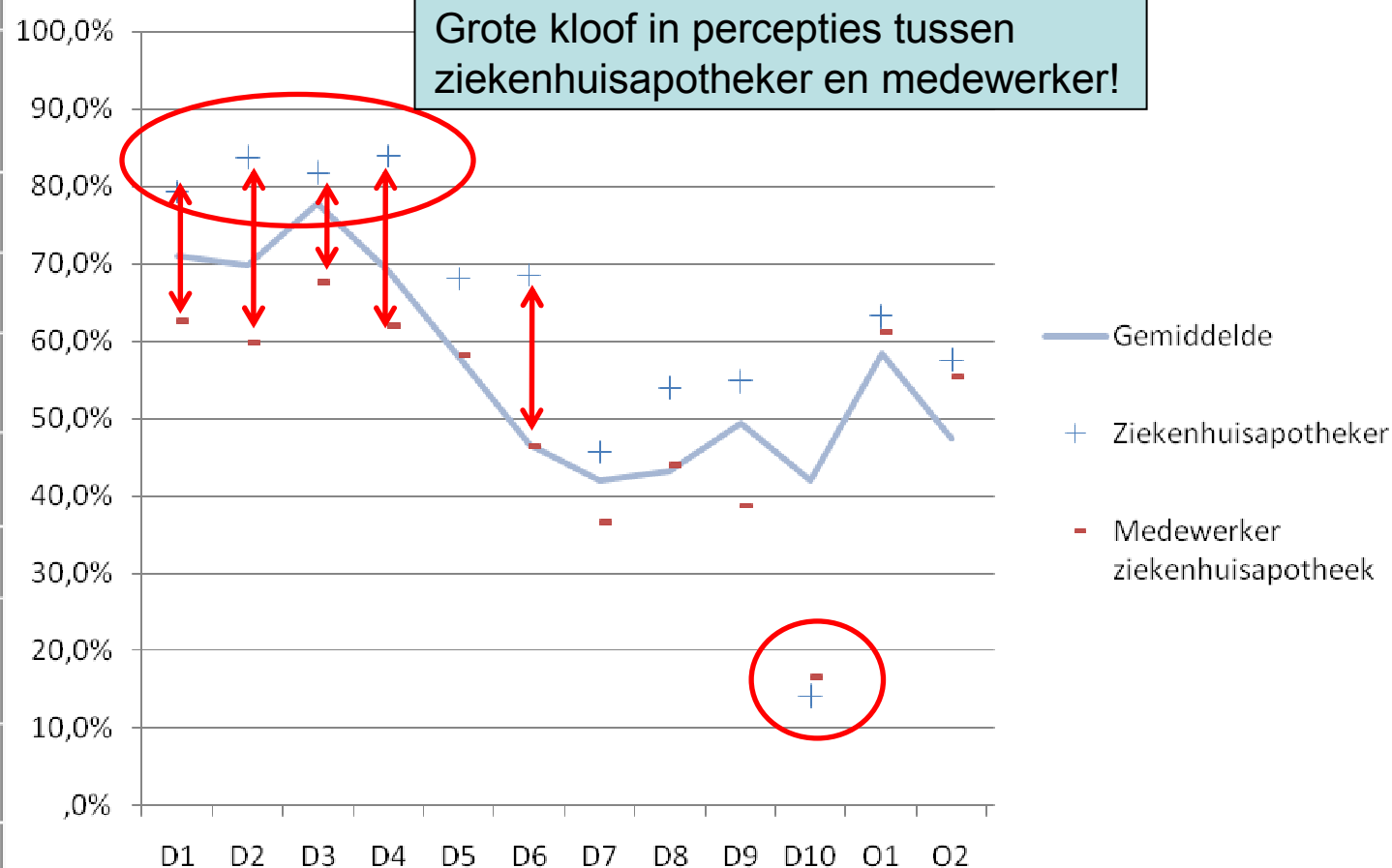
D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

D10. Overdracht en transfer

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event" rapportering



3. Benchmarking (2007-2009)

3.4 Resultaten i.f.v. discipline

12 dimensies

D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren

D3. Teamwerk binnen afdelingen

D4. Openheid naar communicatie

D5. Feedback en communicatie over veiligheid

D6. Niet bestraffende respons op fouten

D7. Bestaffing

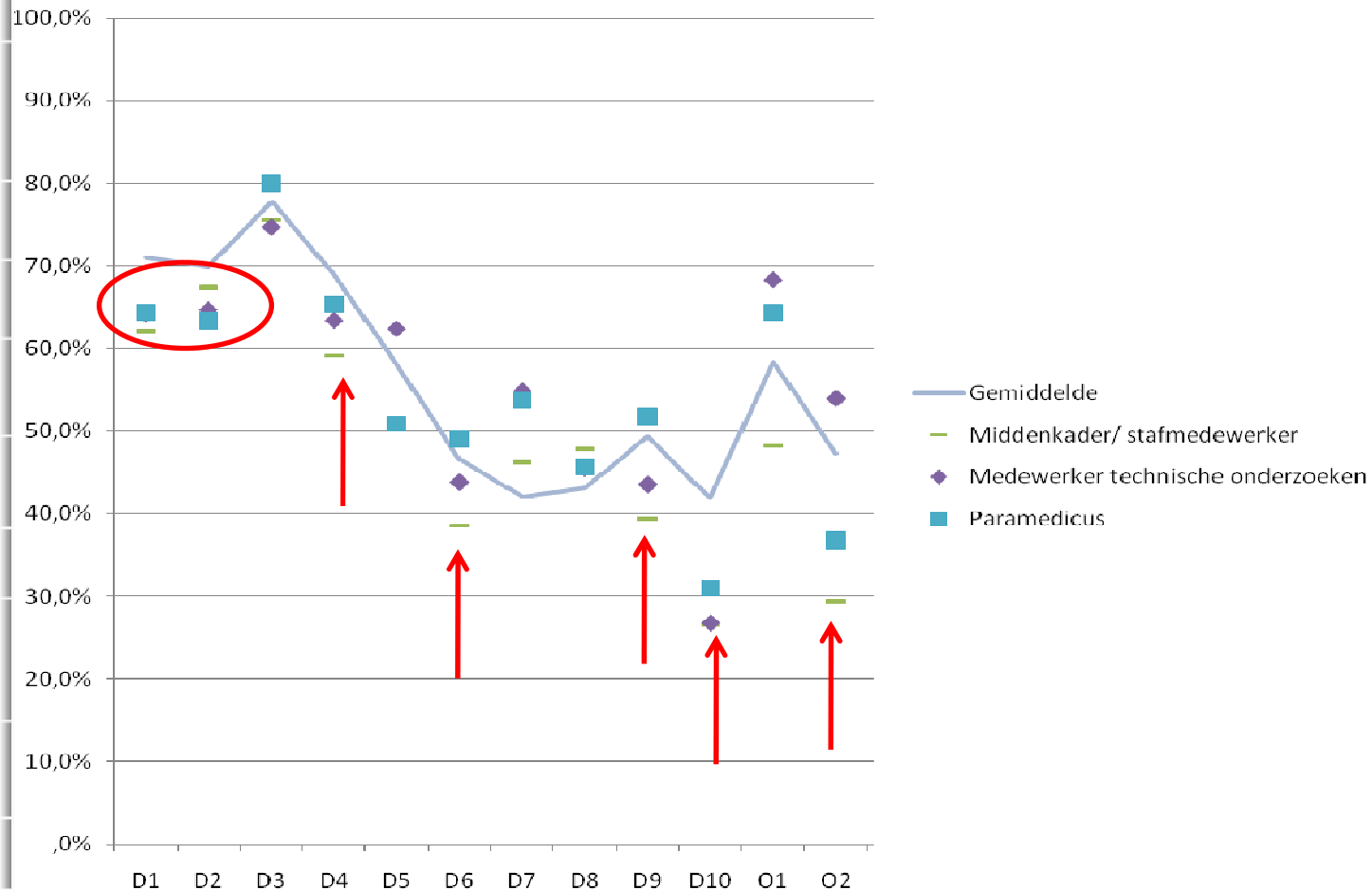
D8. Management ondersteuning voor patiëntveiligheid

D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

D10. Overdracht en transfer

O1. Globale perceptie over veiligheid

O2. Frekwentie van "event" rapportering





Inhoud

1. Terminologie: wat is veiligheidscultuur?
2. Veiligheidscultuur meten
3. Benchmarking en resultaten
 - Respondent kenmerken
 - Resultaten i.f.v. type ziekenhuis/ taal
 - Resultaten i.f.v. afdeling
 - Resultaten i.f.v. discipline
4. **Blik op de tweede cultuurmeting**
5. Conclusies

4. Blik op de tweede cultuurmeting

- Tweede nationale cultuurmeting is momenteel in uitwerking (Federale contracten 2011)
- Alle tools beschikbaar op: www.patient-safety.be
- U Hasselt voorziet:
 - Ondersteuning bij veiligheidscultuurmeting
 - Accesstool voor invoer, verwerking en interne rapportering van gegevens
 - Benchmarking van de resultaten (zomer 2012)
 - Terugkoppeling positie t.o.v. andere deelnemende ziekenhuizen
 - Evolutie t.o.v. eerste cultuurmeting
 - Terugkoppeling op niveau van afdelingen/disciplines



Inhoud

1. Terminologie: wat is veiligheidscultuur?
2. Veiligheidscultuur meten
3. Benchmarking en resultaten
 - Respondent kenmerken
 - Resultaten i.f.v. type ziekenhuis/ taal
 - Resultaten i.f.v. afdeling
 - Resultaten i.f.v. discipline
4. Blik op de tweede cultuurmeting
5. **Conclusies**

5. Conclusies

1. Grote variabiliteit in veiligheidscultuur:

Veiligheidscultuur in het ziekenhuis



Veiligheidscultuur op de afdelingen/ diensten

2. Variatie i.f.v.

- Regio (Nederlandstalige ↔ Franstalige ZH)
- Type ziekenhuis (acute, psychiatrische en SP ZH)
- Werkomgeving (high-hazard ↔ low-hazard afdelingen)
- Functie (leidinggevenden ↔ assistenten, medewerkers)

3. Globale benadering ↔ specifieke focus

Ziekenhuisbrede ↔ dimensiespecifieke focus

5. Conclusies

4. Voorzichtigheid met interpretatie van gegevens: 'suggestieve' resultaten

5. Resultaten bieden enkele concrete aanknopingspunten voor verbeteracties

- Focus op afdelingen
- Focus op discipline

6. Belangrijke verklarende variabelen niet in de dataset:

- Verder kwalitatief onderzoek noodzakelijk (interviews, observaties e.d.)
- Verder kwantitatief onderzoek noodzakelijk op het niveau van de afdeling/ professionele groepen
- Verder onderzoek noodzakelijk naar relatie veiligheidscultuur - outcomes

- Vlayen, A., Hellings, J., Claes, N., Peleman, H., Schrooten, W. **A nationwide Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan.** *BMJ Qual Saf* 2011; *bmjqs.2011.051607* Published Online First: 18 July 2011 doi:10.1136/bmjqs.2011.051607
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. **Improving patient safety culture.** *Int J Health Care Qual Assur.* 2010;23(5):489-506.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. **Challenging patient safety culture: survey results.** *Int J Health Care Qual Assur.* 2007;20(7):620-32.

Dank voor uw aandacht!