





Protocol\*

Patiëntveiligheidscultuurmeting

Februari 2023

**\* Dit protocol is gebaseerd op de oorspronkelijke versie van**

**31 januari 2005 van de werkgroep patiëntveiligheid (Ziekenhuis Oost-Limburg)**

**Deze werkgroep bestond uit de volgende leden:**

Mr. J. Hellings, algemeen directeur; Dr. H. Vandeput, medisch directeur;

Mevr. S. Indenkleef, verpleegkundig-paramedisch directeur; Dr. R. Van Loon, geriater;

Mevr. T. Postelmans, kwaliteitsadviseur en Dr. W. Schrooten, medisch beleidsadviseur



Inhoud

[1. Inleiding 3](#_Toc118449417)

[2. Objectieven 3](#_Toc118449418)

[3. Methodologie 3](#_Toc118449419)

[3.1. Vragenlijst 3](#_Toc118449420)

[3.3. Distributie en datacollectie 4](#_Toc118449421)

[3.4. Data-invoer en controle 5](#_Toc118449422)

[3.5. Analyseplan 6](#_Toc118449423)

[4. Budget 6](#_Toc118449424)

[5. Rapportering 7](#_Toc118449425)

[Referenties 8](#_Toc118449426)

## Inleiding

Het ontwikkelen van een veiligheidscultuur wordt door het Institute of Medicine beschouwd als de grootste uitdaging om een veiligere gezondheidszorg te kunnen realiseren [1](#_ENREF_1). Dit omvat immers het overschakelen naar een cultuur waarin incidenten niet langer beschouwd worden als persoonlijk falen, maar als een mogelijkheid om het systeem te verbeteren en schade in de toekomst te vermijden. Organisaties met een effectieve veiligheidscultuur stellen de continue toewijding naar veiligheid als belangrijkste prioriteit [2](#_ENREF_2). Dit omvat: de erkenning van de mogelijke risico’s en foutgevoeligheid van de organisatie, een omgeving waarin individuen de mogelijkheid hebben om (bijna) incidenten te rapporteren zonder daarvoor gestraft te worden, een collegiale samenwerking tussen de verschillende niveaus om oplossingen te zoeken voor veiligheidsrisico’s en de bereidheid van de organisatie om de nodige middelen te voorzien ter bevordering van veiligheid.

Deze meting beoogt de cultuur inzake veiligheid in het ziekenhuis in kaart te brengen.

## Objectieven meting

1. Inzicht verwerven in de houding van artsen en medewerkers ten opzichte van patiëntveiligheid; peilen naar de cultuur inzake patiëntveiligheid.
2. Inzicht verwerven in de omgang met en de bereidheid tot het melden van (bijna) incidenten door artsen en medewerkers.
3. Het opvolgen van de cultuur inzake patiëntveiligheid en de bereidheid tot melden van (bijna) incidenten door artsen en medewerkers d.m.v. een herhaalde meting na enkele jaren.

## Methodologie

### Vragenlijst

Volgend instrument werd geselecteerd: Hospital Survey on Patient Safety Culture van het Agency for Healthcare Research and Quality[3](#_ENREF_3). Deze psychometrisch gevalideerde vragenlijst bestaat uit 9 secties die samen 51 vragen omvatten. Deze vragen onderzoeken 2 outcome dimensies en 10 veiligheidscultuur dimensies:

I. Twee outcome dimensies:

1. Globale perceptie over veiligheid

2. Frequentie van “event” rapportering

II. Tien veiligheidscultuur-dimensies:

1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen

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

3. Teamwerk binnen afdelingen

4. Openheid naar communicatie

5. Feedback en communicatie over veiligheid

6. Niet bestraffende respons op fouten

7. Bestaffing

8. Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid

9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen

10. Overdracht en transfer

Documentatie over de ontwikkeling, het gebruik en de analyse van deze vragenlijst is voldoende ter beschikking [4](#_ENREF_4).

De vragenlijst werd vertaald vanuit de originele Engelstalige vragenlijst en waar nodig aangepast naar de context in België en in het ziekenhuis. Deze vertaling werd gedurende verscheidene sessies door de werkgroep patiëntveiligheid van het Ziekenhuis Oost-Limburg geëvalueerd en aangepast. Tenslotte werd de vertaling door een taalkundige nagekeken. Zowel de Nederlandstalige als de Franstalige versie werden psychometrisch gevalideerd door UHasselt.

#### D**oelgro**ep

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

* + - verpleegkundigen en paramedici,
    - artsen: alle artsen en arts-assistenten werkzaam in het ziekenhuis,
    - programmamanagers en zorgcoördinatoren,
    - medewerkers apotheek, labo, technische onderzoekingen en intern patiëntentransport.

\**keuken- en onderhoudspersoneel behoren niet tot de doelgroep*

\*\* *zorgverleners in zwangerschapsverlof of langdurig afwezigen behoren niet tot de doelgroep*

### Distributie en datacollectie

1. ***Gebruik van papieren vragenlijsten***

Bij een papieren distributie staat het ziekenhuis zelf in voor de verdeling, ophaling en data invoer. Om de responsgraad te verhogen wordt gebruik gemaakt van herinneringsberichten.

1. Eén week voor de distributie van de vragenlijst worden alle deelnemers schriftelijk op de hoogte gesteld door een brief ondertekend door de directie.
2. De vragenlijst wordt aan alle deelnemers toegestuurd, samen met een verklarende brief.
3. Twee weken later wordt aan alle deelnemers een brief gestuurd om de respondenten te bedanken en waarin tevens ook de non-respondenten worden verzocht alsnog te antwoorden.
4. Tenslotte wordt 6 weken later een laatste reminder/dankbericht uit gestuurd.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderdeel** | **Voorbereiding** | **Week 1** | **Week 2** | **Week 3** | **Week 4** | **Week 5** | **Week 6** | **Week 7** | **Week 8** | **Week 9** | **Week 10** | **Week 11** | **Week 12** | **Week 13** | **Week 14** | **Week 15** |
| **Planning** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Interne afstemming en akkoord |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vastleggen distributiesysteem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data collectie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen brief directie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen eerste vragenlijst |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opvolgen responders |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data-invoer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen reminder/dank |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen tweede reminder/dank |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data verwerking** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data analyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opstellen rapport |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tijdsplanning papieren distributie

1. ***Elektronische verspreiding van de vragenlijsten***

Bij een elektronische verdeling, krijgt elk ziekenhuis een URL en/of QR code doorgestuurd die leidt naar de veiligheidscultuurmeting in de tool qualtrics (aanvraag via[*ward.schrooten@uhasselt.be*](mailto:ward.schrooten@uhasselt.be)en/of[*marlies.claesen@uhasselt.be*](mailto:marlies.claesen@uhasselt.be)). De URL is specifiek aangemaakt per ziekenhuis, en mag enkel binnen het eigen ziekenhuis verspreid worden. Ook bij een elektronische verspreiding worden best algemene herinnerings- en bedankmails verzonden. Er is geen controle op het aantal deelnames per medewerker, al dient het in de communicatie opgenomen te worden dat er verwacht wordt dat elke medewerker slechts 1 maal deelneemt aan de bevraging. Een voorbeeldbrief voor de communicatie bij de start van de datacollectie is beschikbaar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Onderdeel** | **Voorbereiding** | **Week 1** | **Week 2** | **Week 3** | **Week 4** | **Week 5** | **Week 6** | **Week 7** | **Week 8** | **Week 9** | **Week 10** | **Week 11** | **Week 12** | **Week 13** | **Week 14** | **Week 15** |
| **Planning** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Interne afstemming en akkoord |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vastleggen distributiesysteem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data collectie** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen brief directie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uitsturen link bevraging |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sturen reminder/dank |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data verwerking** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data analyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opstellen rapport |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tijdsplanning elektronische distributie

### Data-invoer en controle

1. ***Elektronische verspreiding van de vragenlijsten***

* **Optie 1:** De data worden automatisch verzameld in qualtrics. Op aanvraag via mail ([*ward.schrooten@uhasselt.be*](mailto:ward.schrooten@uhasselt.be) of [*marlies.claesen@uhasselt.be*](mailto:marlies.claesen@uhasselt.be)) kan tussentijds een stand van zaken betreffende de responsgraad aangevraagd worden. Op diezelfde wijze wordt een afsluiting van de bevraging aangevraagd. Na afsluiting zal een rapport uiterlijk binnen 20 werkdagen na afsluiting aangeleverd worden aan het ziekenhuis.
* **Optie 2:** De bevraging kan ook elektronisch verzameld worden via een systeem eigen aan het ziekenhuis. Men bezorgt vervolgens een csv-file volgens het codeerformulier.

1. ***Gebruik van papieren vragenlijsten***

* **Optie 1:** Manueel invoeren van de resultaten via Qualtrics door een administratief medewerker.
* **Optie 2:** De gegevens worden gecodeerd volgens het codeerformulier en ingevoerd in het MS Access bestand. De IDcode van de vragenlijst wordt als unieke sleutel gedefinieerd (geef een oplopende code). Indien een gekende respondent tweemaal een vragenlijst instuurt, wordt enkel de eerste ingevoerd. De velden van het bestand worden gedefinieerd zodat enkel mogelijke antwoorden kunnen worden ingevoerd. Voor ontbrekende en onduidelijke antwoorden wordt ‘0’ ingevoerd.

Als ‘*respondenten*’ worden gedefinieerd: alle vragenlijsten die terugkomen uitgezonderd:

* + - 1. Vragenlijsten waarvoor geen enkele sectie volledig werd beantwoord (sectie I niet in beschouwing genomen)
      2. In totaal minder dan de helft van de vragen werd beantwoord (sectie I niet in beschouwing genomen)
      3. Indien ieder item van sectie A (excl. A0) , B, C, D, F dezelfde score krijgt.

### Analyseplan

1. Respondenten:

Totale respons = \* 100 (%)

***Voor de volgende vragen worden enkel de respondenten in acht genomen. Percentages worden berekend op het aantal respondenten voor het betreffende item of items.***

1. Demografie:

Verdeling vraag A0, H1, H2, H3, H4, H5, H6

1. Globaal antwoord voor het ziekenhuis:

* Iedere vraag wordt naar drie categorieën herleid: negatief antwoord (1 en 2), neutraal (3) en positief antwoord (4 en 5) (nadat de scores zijn omgekeerd voor de negatief geformuleerde vragen).

Aantal (%) wordt weergegeven.

* De score per dimensie wordt berekend a.h.v. de volgende formule:

Dimensionele score = voor de betreffende dimensie

Aantal (%) wordt weergegeven.

* De verdeling van de antwoorden op vraag E en G worden berekend: aantal (%).

D. Antwoord per subgroep:

* D.m.v. de MS Access toepassing kunnen de item- en dimensionele scores in 3 categorieën worden vergeleken, telkens voor de verschillende variabelen: A0, H1, H2, H3, H4, H5, H6

E. Opmerkingen:

Het aantal (%) van de respondenten dat een opmerking gaf wordt weergegeven. De vrije opmerkingen die in sectie I kunnen worden genoteerd, worden gegroepeerd weergegeven. De opmerkingen worden via de export naar Excel geëxtraheerd.

## Budget

De deelname aan het onderzoek is gratis, mits er gebruik gemaakt wordt van het Qualtrics systeem of, in geval van een andere methode, indien de verzamelde data in het gevraagde formaat aangeleverd worden (zie 3.4 B). Indien gegevens niet in het gewenste formaat aangeleverd worden en het ziekenhuis toch wenst deel te nemen aan de benchmark zal er een bijkomende kost aangerekend worden voor het omzetten van de data.

## Rapportering

Een uitgebreid rapport wordt ter beschikking gesteld binnen 20 werkdagen na het afsluiten van de bevraging en zal via mail aan de contactpersoon van het ziekenhuis aangeleverd worden. Vanuit de U Hasselt wordt er tevens getracht om iedere 4 jaar een algemeen rapport m.b.t. de resultaten van de veiligheidscultuurmeting op te stellen.

# Referenties

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003;12 Suppl 2:ii17-23.

2. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices; 2001:447-58.

3. <http://www.ahrq.gov>.

4. Sorra J, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.

# Contact

Ward Schrooten: [ward.schrooten@uhasselt.be](mailto:ward.schrooten@uhasselt.be)

Marlies Claesen: [marlies.claesen@uhasselt.be](mailto:marlies.claesen@uhasselt.be)