

Protocol*

Meting cultuur patiëntveiligheid

Februari 2011

*** 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
2. Objectieven
3. Methodologie
 - 3.1 Vragenlijst
 - 3.2 Doelgroep
 - 3.3 Distributie en datacollectie
 - 3.4 Data-invoer
 - 3.5 Analyseplan
4. Budget
5. Rapportering van de resultaten

Referenties

Vragenlijst

1. 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. Dit omvat immers het overschakelen naar een cultuur waarin fouten 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. Dit omvat: de erkenning van de mogelijke risico's en foutgevoeligheid van de organisatie, een omgeving waarin individuen de mogelijkheid hebben om (bijna) fouten 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.

2. Objectieven

- 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) fouten door artsen en medewerkers.
- 3) Het opvolgen van de cultuur inzake patiëntveiligheid en de bereidheid tot melden van (bijna) fouten door artsen en medewerkers d.m.v. een herhaalde meting na enkele jaren.

3. Methodologie

3.1 Vragenlijst:

Volgend instrument werd geselecteerd: Hospital Survey on Patient Safety Culture van het Agency for Healthcare Research and Quality³. 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. Frekwentie 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.

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.

3.2 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:

- verpleegkundigen en paramedici,
- artsen: alle artsen en arts-assistenten werkzaam in het ziekenhuis,
- programmamanagers en zorgcoördinatoren,
- medewerkers apotheek, labo, technische onderzoeken en intern patiënttransport.

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

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

3.3 Distributie en datacollectie :

Als distributie en datacollectie methodologie wordt deze uit de originele vragenlijst voorgesteld. Om de responsgraad te verhogen wordt gebruik gemaakt van herinneringsvragenlijsten. Om deze gericht te kunnen versturen maar de verwerking toch anoniem te houden dient de verdeling van de vragenlijsten en het ontvangen van de ingevulde enveloppen door twee verschillende diensten georganiseerd te worden. Een code wordt aangebracht op iedere individuele vragenlijst. De vragenlijsten worden op naam toegestuurd. Het verband tussen de code en de naam is enkel door de distributiedienst gekend. De ingevulde vragenlijsten met enkel de anonieme code komen toe bij de verwerkingsdienst. Zij bezorgen de lijst met non-respondenten aan de distributiedienst.

Voor artsen wordt echter een uitzondering voorgesteld. Vragenlijsten voor artsen kunnen zonder code worden toegestuurd. Alle artsen krijgen 2 herinneringsvragenlijsten toegestuurd indien nodig.

- 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) Opnieuw 2 weken later wordt een tweede vragenlijst opgestuurd naar de non-respondenten.
- 5) Tenslotte wordt opnieuw 2 weken later een laatste reminder naar de non-respondenten 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 - 12	Week 13
Planning													
Interne afstemming en akkoord	■												
Vastleggen distributiesysteem	■												
Data collectie													
Sturen brief directie		■											
Sturen eerste vragenlijst			■										
Opvolgen responders				■									
Data-invoer				■									
Sturen reminder/dank					■								
Sturen tweede vragenlijst								■					
Sturen tweede reminder										■			
Data verwerking													
Data analyse													
Opstellen rapport													■

Tijdsplanning

3.4 Data-invoer en controle:

De gegevens worden gecodeerd volgens het codeerformulier en ingevoerd in het MS Access bestand. De IDcode van de vragenlijst wordt als unieke sleutel gedefinieerd. Voor artsen wordt de code "A" + een volgnummer i.f.v. ontvangst toegekend. 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.

3.5 Analyseplan:

A. Respondenten:

$$\text{Totale respons} = \frac{\text{totaal aantal respondenten}}{\text{totaal aantal verdeelde vragenlijsten}} * 100 (\%)$$

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

B. Demografie:

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

C. 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:

$$\text{Dimensionele score} = \frac{\text{aantal positieve antwoorden}}{\text{totaal aantal antwoorden}} \text{ voor de betreffende dimensie}$$

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.

4. Budget

- Versturen brieven, vragenlijsten en retour, herinneringsbrieven en herinneringsvragenlijsten
- data-invoer (+/- 40 vragenlijsten/uur)

5. Rapportering

Een uitgebreid rapport wordt ter beschikking gesteld via intranet. Via presentaties worden de resultaten naar voor gebracht tijdens verschillende overlegmomenten.

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.