

Rapport  
Veiligheidscultuur  
in Belgische ziekenhuizen:  
Resultaten van een eerste onderzoek

Johan Hellings

Ward Schrooten

Universiteit Hasselt, onderzoeksgroep Patient Safety

Ziekenhuis Oost – Limburg

Oktober 2008

# Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding
2. Methodologie
  - 2.1 Vragenlijst
  - 2.2 Doelgroep
  - 2.3 Distributie en data collectie
  - 2.4 Data invoer, controle en verwerking
3. Resultaten
  - 3.1 Algemene ziekenhuizen
  - 3.2 Psychiatrische ziekenhuizen
  - 3.3 SP – ziekenhuizen
4. Bespreking

Dankwoord

Annex:

1. Tabellen, boxplots en scatterplots ter positionering van het individuele ziekenhuis
2. Dimensionele score i.f.v. primaire werkomgeving en functie
3. Percentiel positieve scores per vraag
4. Vragenlijst

# Overzicht tabellen en figuren

## Figuren

Figuur 1: Tijdsplanning

Figuur 2: Responsgraad i.f.v. type ziekenhuis

Figuur 3: Responsgraad i.f.v. taal

Figuur 4: Responsgraad i.f.v. distributie methode

Figuur 5: Positieve dimensionele scores van acute ziekenhuizen

Figuur 6: Positieve dimensionele scores van psychiatrische ziekenhuizen

Figuur 7: Positieve dimensionele scores van SP ziekenhuizen

## Tabellen

Tabel 1: Aantal deelnemende ziekenhuizen per type en taal

Tabel 2: Totale distributie en respons

Tabel 3: Beoordeling van patiëntveiligheid in de werkomgeving

Tabel 4: Aantal voorvallen gemeld tijdens de afgelopen 12 maanden

Tabel 5: Distributie en respons in acute ziekenhuizen

Tabel 6: Functie

Tabel 7: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving

Tabel 8: Aantal uren per week in het ziekenhuis

Tabel 9: Directe interactie/contact met de patiënt

Tabel 10: Primaire werkomgeving

Tabel 11: Distributie en respons in psychiatrische ziekenhuizen

Tabel 12: Functie

Tabel 13: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving

Tabel 14: Aantal uren per week in het ziekenhuis

Tabel 15: Directe interactie/contact met de patient

Tabel 16: Aantal jaren ervaring in huidig beroep of specialisme

Tabel 17: Distributie en respons in SP ziekenhuizen

Tabel 18: Functie

Tabel 19: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving

Tabel 20: Aantal uren per week in het ziekenhuis

Tabel 21: Directe interactie/contact met de patiënt

Tabel 22: Aantal jaren ervaring in huidig beroep of specialisme

# Voorwoord

Mr Christiaan Decoster, directeur – generaal van de FOD  
Volksgezondheid of Prof. Dr. Vleugels als voorzitter van de  
federale werkgroep

## 1. Inleiding

Een veel gebruikte definitie van veiligheidscultuur is deze van Kizer die hier vertaald voorgesteld wordt: “Een geïntegreerd patroon van individueel en organisatorisch gedrag, gebaseerd op gedeelde waarden en overtuigingen waarbij permanent geijverd wordt om de schade die kan ontstaan door de zorgverlening te vermijden of te beperken” (1). In het tweede interim - rapport van de werkgroep “Veiligheid en kwaliteit in de gezondheidszorg” van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen worden twee aspecten van een veiligheidscultuur gespecificeerd: *“een cultuur die aanvaardt dat instellingen en verstrekkers fouten (kunnen) maken en een cultuur van openheid en transparantie die het voor de organisatie en de individuen die in de organisatie werken mogelijk maakt uit die fouten te leren om de herhaling ervan in de toekomst te voorkomen”* (2). Reason beschrijft vier eigenschappen als essentieel en kenmerkend voor een veiligheidscultuur. “Just”- rechtvaardig: een faire context waarin mensen aangemoedigd worden om open te zijn en vertrouwen krijgen, maar waar ook het onderscheid tussen aanvaardbaar en niet aanvaardbaar gedrag duidelijk is. “Flexible”- flexibel: de organisatie past haar reacties aan in functie van de context en concrete omstandigheden, met vertrouwen in de capaciteiten en de ervaring van de medewerkers. “Learning” - lerend: de organisatie kan uit haar ervaringen de juiste conclusies te trekken en heeft het vermogen om de noodzakelijke aanpassingen te implementeren. “Reporting” - rapporterend: een context van vertrouwen waarin mensen bereid zijn om over errors te rapporteren en dit systematisch kunnen doen op een eenvoudige, zinvolle en bruikbare wijze (3). Het evenwicht tussen “just, flexible, learning and reporting” moet zorgvuldig bewaakt worden (4). Veiligheidscultuur vraagt om een goed afgestemde, open en positieve benadering zonder dat men evenwel in de slingerbeweging mag terecht komen waarbij er een mis begrepen tolerantie in het ziekenhuis zou ontstaan.

Het bekomen van een veiligheidscultuur wordt door het Institute of Medicine beschouwd als de grootste uitdaging om een veiligere gezondheidszorg te kunnen realiseren (5). Organisaties met een effectieve veiligheidscultuur stellen de continue toewijding naar veiligheid als belangrijkste prioriteit (6). Ondanks het grote belang dat gehecht wordt aan veiligheidscultuur is er nog weinig evidentie om dergelijke cultuur te realiseren in ziekenhuizen (7). Bovendien is het niet duidelijk hoe ziekenhuiscultuur, afdelingscultuur en professionele cultuur zich tot elkaar verhouden. Er is nog maar een beperkt onderzoek uitgevoerd over de relatie tussen outcome van zorg en veiligheidscultuur waardoor voorzichtigheid in het maken van conclusies noodzakelijk is (7).

Het meten van een veiligheidscultuur kan evenwel gezien worden als een eerste belangrijke interventie t.a.v. patiëntveiligheid (5). De zorgprofessionals krijgen hierdoor immers de gelegenheid om op een onderbouwde wijze hun ervaringen over patiëntveiligheid te rapporteren. Dat dergelijke meeting gepaard moet gaan met het waarborgen van de anonimiteit van de respondenten is evident. Het bespreken van de resultaten van dergelijke meting biedt belangrijke opportuniteiten naar bewustwording en het ontwikkelen van verbeteracties. Meten van veiligheidscultuur kan op diverse wijzen gebeuren en er blijft ook een bezorgdheid over de meetbaarheid van een dergelijk complex fenomeen als (veiligheid)cultuur (8). In dit rapport worden de resultaten van een meting met vragenlijst gerapporteerd. Andere, meer kwalitatieve benaderingen, zoals interviews en zorgobservatie kunnen dergelijke gegevensverzameling op een belangrijke wijze aanvullen of de resultaten in het juiste perspectief plaatsen.

De Belgische federale overheid stelde in 2007 een contract "kwaliteit en patiëntveiligheid" voor aan alle acute, psychiatrische en SP ziekenhuizen. Dit contract werd gekaderd in een meerjaren beleidsplan patiëntveiligheid dat uitgewerkt werd door de federale werkgroep patiëntveiligheid (9). Eén van de onderdelen van dit contract was het uitvoeren van een ziekenhuisbrede cultuurmeting patiëntveiligheid a.h.v. een gestandaardiseerd instrument.

Als objectieven voor deze cultuurmeting werden weerhouden:

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. Medewerkers en artsen sensibiliseren door het ziekenhuisbreed verdelen van de vragenlijst en het bespreken van de resultaten van deze meting.
4. Naar de toekomst toe: 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.

Deelname aan het contract was vrijblijvend. Indien een ziekenhuis de cultuurmeting uitvoerde konden, opnieuw vrijblijvend, deze gegevens beschikbaar gesteld worden aan een benchmark databank. Een overzicht van de resultaten van deze benchmark worden gepresenteerd in dit rapport. In annex worden bijkomende tabellen en grafieken weergegeven welke de individuele ziekenhuizen toelaten zich verder te positioneren.

## **2. Methodologie**

### *2.1 Vragenlijst:*

Via een literatuuronderzoek werd inzage bekomen in verschillende meetinstrumenten om veiligheidscultuur via een vragenlijst te meten (10-12). Met een aantal meetinstrumenten werd tevens onderzoek naar veiligheidscultuur in ziekenhuizen uitgevoerd (13-17). Na het vergelijken van drie bestaande instrumenten werd de Hospital Survey on Patient Safety Culture van het Agency for Healthcare Research and Quality weerhouden (18). Het eerste ziekenhuisbreed onderzoek met dit instrument werd in 2005 uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost Limburg (19). Deze psychometrisch gevalideerde vragenlijst bestaat uit 9 secties die samen 51 vragen omvatten. Deze vragen onderzoeken 2 outcome dimensies en 10 safety culture dimensies:

I. Tien veiligheidscultuur-dimensies: Twee outcome 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
- II. Twee outcome dimensies:
1. Globale perceptie over veiligheid
  2. Frekwentie van "event" rapportering

Verder zijn er nog 2 outcome metingen, die niet werden weerhouden als dimensies. Documentatie over de ontwikkeling, het gebruik en de analyse van deze vragenlijst is voldoende ter beschikking (20).

In eerste instantie werd de vragenlijst vertaald vanuit de originele Engelstalige vragenlijst naar het Nederlands 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. Op basis van een piloot test in het Ziekenhuis Oost-Limburg werd de Nederlandse vertaling psychometrisch gevalideerd volgens de zelfde methodiek als de validatie van de originele vragenlijst, met uitzondering van test-retest reliability. Met deze vragenlijst werd onderzoek uitgevoerd in vijf ziekenhuizen (21).

In tweede fase werd vanuit de originele vragenlijst ook een Franstalige versie ontworpen, waarbij tevens de Nederlandstalige versie in acht werd genomen. De Franstalige versie werd getest in de ziekenhuizen Saint Luc Brussel en Tivoli Charlerloi. Op basis van deze gegevens werd ook de Franstalige versie psychometrisch gevalideerd. De validatie gebeurde telkens in samenwerking met GENSTAT - U Hasselt. De gegevens van de pilotsites worden tevens opgenomen in dit rapport.

### *2.2 Doelgroep:*

De vragenlijst diende ziekenhuisbreed verdeeld te worden aan alle zorgverleners die rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk zijn voor de klinische zorg, en die in actieve dienst waren. Dit omvat in grote lijnen:

- verpleegkundigen en paramedici
- artsen: al de artsen en alle artsassistenten.
- operationeel management
- medewerkers apotheek, labo en technische onderzoeken

De functie-omschrijvingen kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Verdere specificering en afbakening van de doelgroep diende per ziekenhuis te gebeuren.

### *2.3 Distributie en datacollectie :*

Als distributie en datacollectie methodologie werd 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 vragenlijsten. 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-responders aan de distributiedienst. Voor artsen werd echter een uitzondering voorgesteld. Vragenlijsten voor artsen kunnen zonder code worden toegestuurd. Alle artsen krijgen 2 herinneringsvragenlijsten toegestuurd indien nodig.

Het tijdschema van de cultuurmeting zag er als volgt uit:

- 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 responders te bedanken en waarin tevens ook de non-responders worden verzocht alsnog te antwoorden.
- 4) Opnieuw 2 weken later wordt een tweede vragenlijst opgestuurd naar de non-responders.
- 5) Tenslotte wordt opnieuw 2 weken later een laatste reminder naar de non-responders gestuurd.

Indien in stap 3 of 4 reeds een voldoende hoge responsgraad wordt bereikt kunnen de daaropvolgende stappen overbodig beschouwd worden.

Dit schema werd echter door de verschillende ziekenhuizen in min of meerdere mate gerespecteerd. Het gebruik van een code en herinneringsvragenlijsten werden niet consequent toegepast. In het merendeel van de ziekenhuizen gebeurde de bevraging op papier. Een aantal ziekenhuizen deed een elektronische bevraging, of een combinatie van elektronisch en papier.

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
<b>Planning</b>													
Interne afstemming en akkoord	■												
Vastleggen distributiesysteem	■												
<b>Data collectie</b>													
Sturen brief directie		■											
Sturen eerste vragenlijst			■										
Opvolgen responders				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Data-invoer				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sturen reminder/dank					■								
Sturen tweede vragenlijst								■					
Sturen tweede reminder											■		
<b>Data verwerking</b>													
Data analyse													
Opstellen rapport													■

Figuur 1: Tijdsplanning

#### 2.4 Data-invoer, controle en verwerking:



Voor data-invoer, verwerking en geautomatiseerde analyse en rapportage werd een standaard MS Access toepassing voorzien.

Als responders worden gedefinieerd: al de 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.

Deze 3 exclusiecriteria werden door de MS Access toepassing automatisch weg gefilterd, alvorens een standaard ziekenhuisrapport met de resultaten per dimensie en per vraag kon worden aangemaakt.

De gegevens dienden in dit standaard formaat te worden opgestuurd voor benchmarking.

Ook de analysemethode van de originele vragenlijst werd gevolgd. Al de vragen die voor berekening van dimensionele scores in achtning dienen genomen te worden hebben een antwoordmogelijkheid van 1 tot 5, gaande van “helemaal niet akkoord” tot “helemaal akkoord”, of van “nooit” tot “altijd”. De scores 4 en 5 worden gehercodeerd tot “positief t.a.v. patiëntveiligheid”, score 3 blijft “neutraal” en score 1 en 2 worden beschouwd als “negatief t.a.v. patiëntveiligheid”.

Een aantal vragen werden echter in omgekeerde zin geformuleerd. Hiervoor dient de antwoordschaal van 1 – 5 eerst te worden omgekeerd alvorens de hercodering in 3 categorieën.

Iedere dimensie is opgesteld en wordt berekend op basis van 3 of 4 vragen. De dimensionele score wordt verkregen door het totaal aantal positieve antwoorden op vragen binnen die dimensie te delen door het totaal aantal antwoorden op deze vragen.

Een standaard protocol, vragenlijst, validatierapport en de toepassing voor het invoeren en verwerken van de gegevens is online beschikbaar: [www.zol.be/patientveiligheid](http://www.zol.be/patientveiligheid) en [www.saintluc.be](http://www.saintluc.be) en [www.chu-tivoli.be](http://www.chu-tivoli.be)

Voor de analyses voor dit benchmark rapport werd gebruik gemaakt van SPSS 16.0. Ieder ziekenhuis werd een anonieme code toegekend. Deze code wordt getoond in de scatterplots en boxplots.

### 3. Resultaten

In totaal ondertekenden 170 ziekenhuizen het contract “kwaliteit en patiëntveiligheid”. Dit is 80% van al de Belgische ziekenhuizen, en omvat 90% van alle erkende bedden.

Hiervan namen 132 ziekenhuizen deel aan de cultuurmeting benchmark.

	Franstalig	Nederlandstalig	Totaal
Algemeen ziekenhuis	26	55	81
Psychiatrisch ziekenhuis	10	30	40
SP ziekenhuis	2	9	11
<b>Totaal</b>	<b>38</b>	<b>94</b>	<b>132</b>

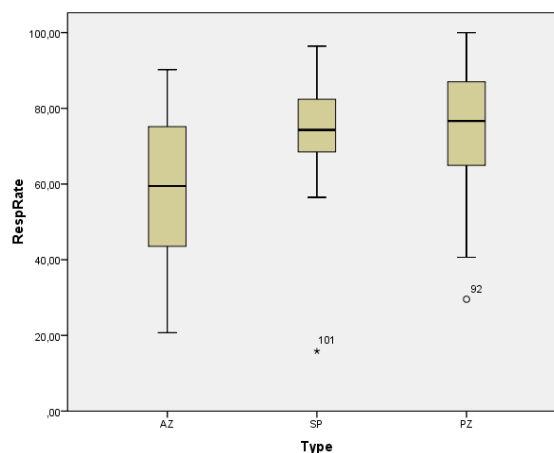
Tabel 1: Aantal deelnemende ziekenhuizen per type en taal

In deze 132 ziekenhuizen werd de vragenlijst in totaal aan 95504 zorgverleners verdeeld, waarvan 52196 antwoorden.

	Distributie	Respons	% Respons
Artsen	13883	4909	35
Medewerkers	81621	47287	58
<b>Totaal</b>	<b>95504</b>	<b>52196</b>	<b>55</b>

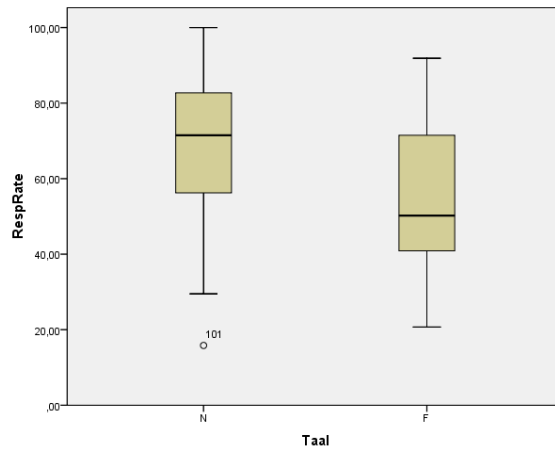
Tabel 2: Totale distributie en respons

De responsgraad bij medewerkers lag hoger dan bij artsen. In psychiatrische en SP ziekenhuizen lag globaal de responsgraad hoger dan in acute ziekenhuizen. Ook binnen hetzelfde type ziekenhuis werd een grote variabiliteit in responsgraad vastgesteld.



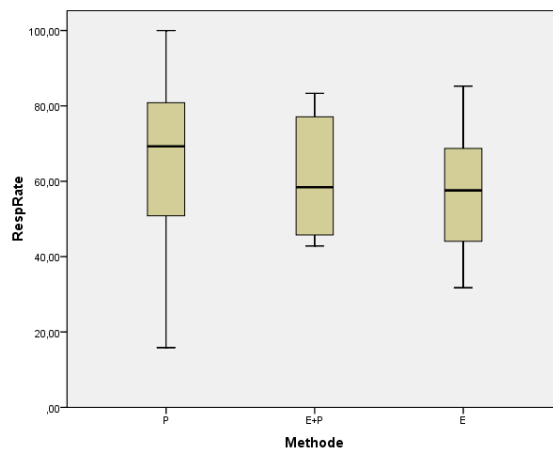
Figuur 2: Responsgraad i.f.v. type ziekenhuis

De Nederlandstalige vragenlijst werd met een hogere responsgraad beantwoord dan de Franstalige, dit zowel bij artsen als medewerkers.



Figuur 3: Responsgraad i.f.v. taal  
(N=Nederlandstalig, F=Franstalig)

Tenslotte werd over het algemeen een hogere respons vastgesteld in de vragenlijst op papier werd verdeeld, in vergelijking met elektronisch.



Figuur 4: Responsgraad i.f.v. distributie methode  
(P=papier, E=elektronisch, E+P=combinatie van beide)

De subjectieve beoordeling van patiëntveiligheid in de eigen werkomgeving (vraag E) was vergelijkbaar tussen de 3 types ziekenhuizen.

Type ziekenhuis	E. Beoordeling van globale patientveiligheid in de werkomgeving				
	% Excellent	% Zeer goed	% Aanvaardbaar	% Zwak	% Zeer zwak
Acuut ziekenhuis	2	38	53	7	1
Psychiatrisch ziekenhuis	1	42	50	5	1
SP ziekenhuis	2	41	53	3	1
<b>Totaal</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Tabel 3: Beoordeling van patiëntveiligheid in de werkomgeving

Ook het aantal voorvallen dat gemeld werd tijdens de afgelopen 12 maanden (vraag G) was vergelijkbaar tussen de 3 types ziekenhuizen.

Type ziekenhuis	G. Aantal voorvallen gemeld tijdens de afgelopen 12 maanden					
	% Geen enkel	% 1 of 2	% 3 to 5	% 6 tot 10	% 11 tot 20	% 21 of meer
Acuut ziekenhuis	41	32	17	6	2	2
Psychiatrisch ziekenhuis	36	31	19	8	3	3
SP ziekenhuis	34	32	22	8	4	1
<b>Totaal</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Tabel 4: Aantal voorvallen gemeld tijdens de afgelopen 12 maanden

De weergave van de scores op de 12 dimensies worden per type ziekenhuis weergegeven in de volgende secties.

### 3.1 Acute ziekenhuizen

In totaal namen 81 acute ziekenhuizen deel aan de benchmark.

	Distributie	Respons	% Respons
Artsen	13439	4646	35
Medewerkers	71311	40192	56
Totaal	84750	44838	53

Tabel 5: Distributie en respons in acute ziekenhuizen

Omschrijving van de populatie:

H4. Functie	n	%
Verpleegkundige	21700	54
Hoofdverpleegkundige	1911	5
Verpleeghulp	3219	8
Geneesheer (inbegrepen assistent)	4285	11
Ziekenhuisapotheker	294	1
Medewerker apotheek	436	1
Manager, coordinator	1372	3
Medewerker techn. onderz.	1942	5
Paramedicus	2518	6
Andere	2467	6
Totaal	40144	100

Tabel 6: Functie

H2. Aantal jaren werkzaam in huidige werkomgeving	n	%
< 1 jaar	4131	10
1 - 5 jaar	12618	30
6 - 10 jaar	8990	21
11 - 15 jaar	5180	12
16 - 20 jaar	4841	11
>20 jaar	6740	16
Totaal	42500	100

Tabel 7: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving

H3. Aantal uren per week in dit ziekenhuis	n	%
<20 u/w	4588	11
20 - 39 u/w	26792	63
40 -59 u/w	9083	21
60 -79 u/w	1444	3
>80 u/w	392	1
Totaal	42299	100

Tabel 8: Aantal uren per week in het ziekenhuis

H5. Directe interactie/contact met de patient	n	%
Direct contact	37954	90
Geen direct contact	4173	10
Totaal	42127	100

Tabel 9: Directe interactie/contact met de patiënt

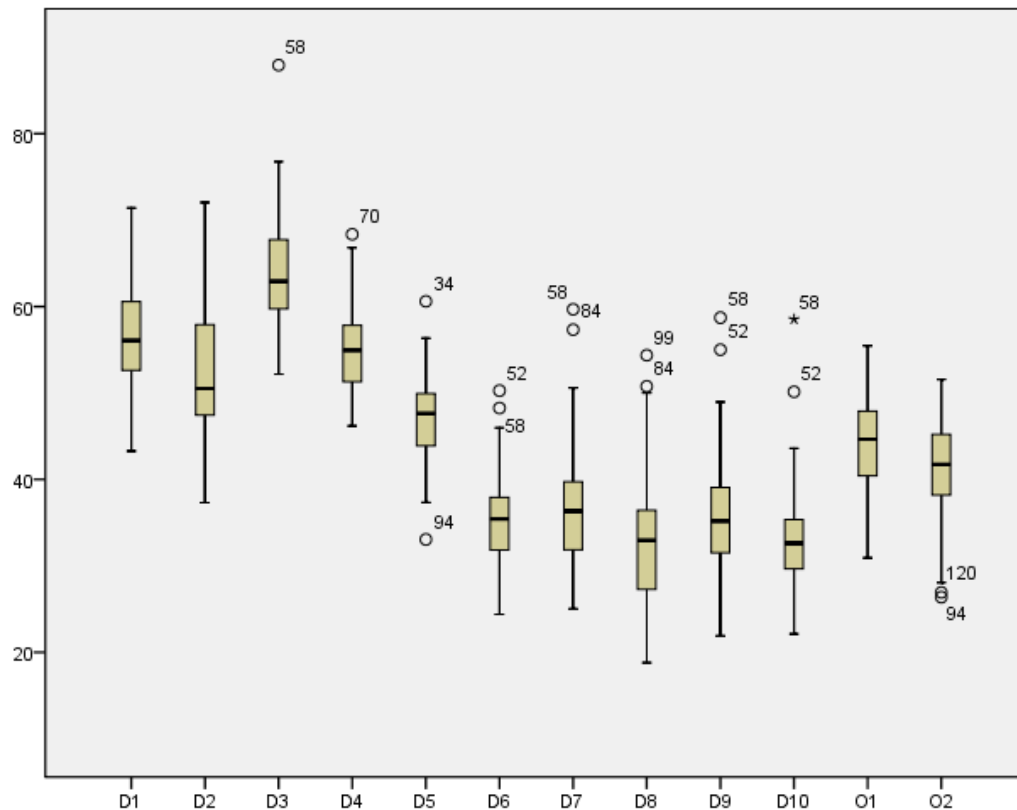
A0. Primaire werkomgeving *	n	%
Verskillende afdelingen / geen specifieke afdeling	1977	7
Interne geneeskunde, inbegrepen dagkliniek	3744	14
Chirurgie, inbegrepen dagkliniek	3604	13
Operatiekwartier	1943	7
Gynaecologie/Obstetrie	1356	5
Pediatrie	933	3
Intensieve zorgen	1606	6
Spoed	1128	4
Revalidatie	1154	4
Geriatric	2082	8
Psychiatrie	936	3
Medisch-technische diensten	3510	13
Apotheek	605	2
Andere	2481	9
Totaal	27059	100

\* Enkel de Nederlandstalige vragenlijsten.

Geen standaardcodering voor vraag A0 in de Franstalige vragenlijst.

Tabel 10: Primaire werkomgeving

De scores t.a.v. patiëntveiligheid op de 10 veiligheidscultuur dimensies en 2 outcome dimensies in de acute ziekenhuizen worden als volgt weergegeven:



Figuur 5: Positieve dimensionele scores van acute ziekenhuizen

**Tien veiligheidscultuur-dimensies:**

- D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen (mediaan 56%)
- D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (mediaan 51%)
- D3. Teamwerk binnen afdelingen (mediaan 63%)
- D4. Openheid naar communicatie (mediaan 55%)
- D5. Feedback en communicatie over veiligheid (mediaan 48%)
- D6. Niet bestraffende respons op fouten (mediaan 35%)
- D7. Bestaffing (mediaan 36%)
- D8. Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid (mediaan 33%)
- D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen (mediaan 35%)
- D10. Overdracht en transfer (mediaan 33%)

**Twee outcome dimensies:**

- O1. Globale perceptie over veiligheid (mediaan 45%)
- O2. Frekwentie van “event” rapportering (mediaan 42%)

Voor iedere dimensie kan het individuele ziekenhuis zich positioneren via scatterplots in annex 1.

### 3.2 Psychiatrische ziekenhuizen

In totaal namen 40 psychiatrische ziekenhuizen deel aan de benchmark.

	Distributie	Respons	% Respons
Artsen	338	214	63
Medewerkers	8446	5895	70
Totaal	8784	6109	70

Tabel 11: Distributie en respons in psychiatrische ziekenhuizen

Beschrijving populatie:

H4. Functie	n	%
Verpleegkundige	1820	40
Hoofdverpleegkundige	239	5
Verpleeghulp	632	14
Geneesheer (inbegrepen assistent)	158	3
Ziekenhuisapotheker	21	0
Medewerker apotheek	29	1
Manager, coordinator	121	3
Medewerker techn. onderz.	16	0
Paramedicus	995	22
Andere	489	11
Totaal	4520	100

Tabel 12: Functie

H2. Aantal jaren werkzaam in huidige werkomgeving	n	%
< 1 jaar	741	12
1 - 5 jaar	2028	34
6 - 10 jaar	1394	23
11 - 15 jaar	690	12
16 - 20 jaar	564	9
>20 jaar	597	10
Totaal	6014	100

Tabel 13: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving



H3. Aantal uren per week in dit ziekenhuis	n	%
<20 u/w	583	10
20 - 39 u/w	4212	70
40 -59 u/w	1101	18
60 -79 u/w	89	1
>80 u/w	22	0
Totaal	6007	100

Tabel 14: Aantal uren per week in het ziekenhuis

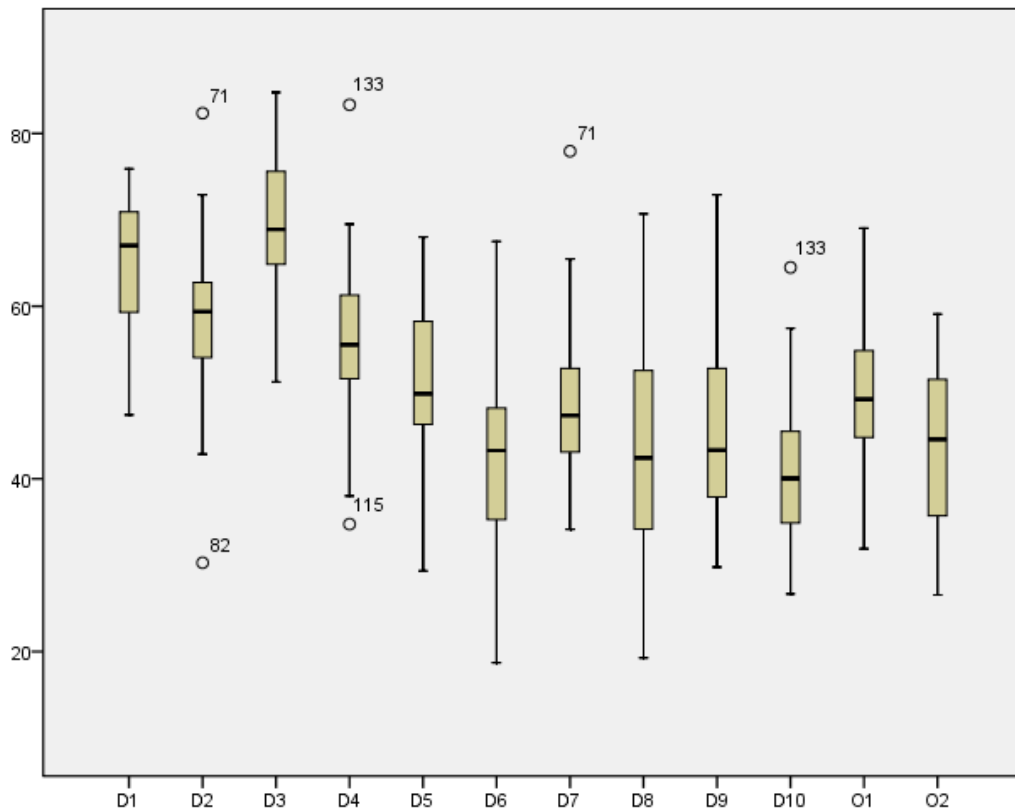
H5. Directe interactie/contact met de patient	n	%
Direct contact	5765	96
Geen direct contact	214	4
Totaal	5979	100

Tabel 15: Directe interactie/contact met de patient

H6. Ervaring in huidig beroep of specialisme	n	%
< 1 jaar	289	5
1 - 5 jaar	1149	19
6 - 10 jaar	1118	19
11 - 15 jaar	728	12
16 - 20 jaar	780	13
>20 jaar	1900	32
Totaal	5964	100

Tabel 16: Aantal jaren ervaring in huidig beroep of specialisme

De scores t.a.v. patiëntveiligheid op de 10 veiligheidscultuur dimensies en 2 outcome dimensies in de psychiatrische ziekenhuizen worden als volgt weergegeven:



Figuur 6: Positieve dimensionele scores van psychiatrische ziekenhuizen

**Tien veiligheidscultuur-dimensies:**

- D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen (mediaan 67%)
- D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (mediaan 60%)
- D3. Teamwerk binnen afdelingen (mediaan 69%)
- D4. Openheid naar communicatie (mediaan 56%)
- D5. Feedback en communicatie over veiligheid (mediaan 50%)
- D6. Niet bestraffende respons op fouten (mediaan 43%)
- D7. Bestaffing (mediaan 47%)
- D8. Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid (mediaan 42%)
- D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen (mediaan 43%)
- D10. Overdracht en transfer (mediaan 40%)

**Twee outcome dimensies:**

- O1. Globale perceptie over veiligheid (mediaan 49%)
- O2. Frekwentie van “event” rapportering (mediaan 45%)

Voor iedere dimensie kan het individuele ziekenhuis zich positioneren via scatterplots in annex 1.

### 3.3 SP ziekenhuizen

In totaal namen 11 SP ziekenhuizen deel aan de benchmark.

	Distributie	Respons	% Respons
Artsen	106	49	46
Medewerkers	1864	1200	64
Totaal	1970	1249	63

Tabel 17: Distributie en respons in SP ziekenhuizen

Beschrijving populatie:

H4. Functie	n	%
Verpleegkundige	389	33
Hoofdverpleegkundige	40	3
Verpleeghulp	254	21
Geneesheer	49	4
Ziekenhuisapotheker	10	1
Medewerker apotheek	12	1
Manager, coordinator	21	2
Medewerker techn. onderz.	6	1
Paramedicus	299	25
Andere	107	9
Totaal	1187	100

Tabel 18: Functie

H2. Aantal jaren werkzaam in huidige werkomgeving	n	%
< 1 jaar	96	8
1 - 5 jaar	364	30
6 - 10 jaar	280	23
11 - 15 jaar	170	14
16 - 20 jaar	124	10
>20 jaar	198	16
Totaal	1232	100

Tabel 19: Aantal jaren werkzaam in de huidige werkomgeving

H3. Aantal uren per week in dit ziekenhuis	n	%
<20 u/w	178	14
20 - 39 u/w	869	70
40 -59 u/w	172	14
60 -79 u/w	16	1
>80 u/w	3	0
Totaal	1238	100

Tabel 20: Aantal uren per week in het ziekenhuis

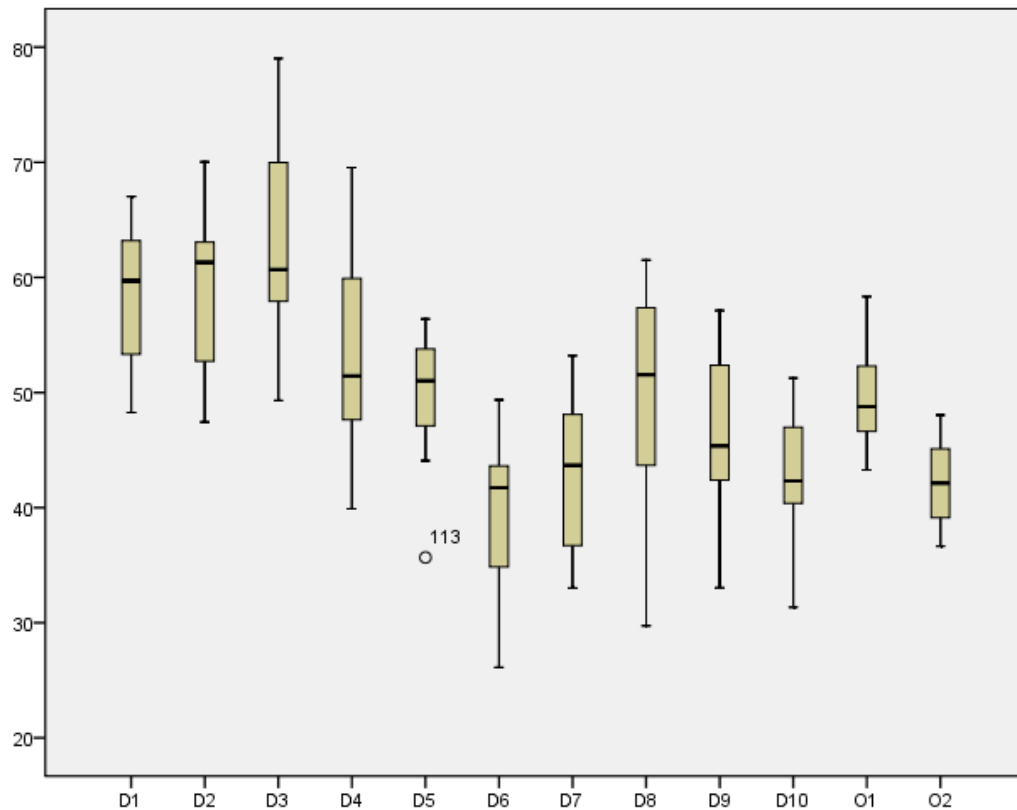
H5. Directe interactie/contact met de patient	n	%
Direct contact	1133	93
Geen direct contact	90	7
Totaal	1223	100

Tabel 21: Directe interactie/contact met de patiënt

H6. Ervaring in huidig beroep of specialisme	n	%
< 1 jaar	44	4
1 - 5 jaar	193	16
6 - 10 jaar	240	20
11 - 15 jaar	173	14
16 - 20 jaar	165	13
>20 jaar	408	33
Totaal	1223	100

Tabel 22: Aantal jaren ervaring in huidig beroep of specialisme

De scores t.a.v. patiëntveiligheid op de 10 veiligheidscultuur dimensies en 2 outcome dimensies in de SP ziekenhuizen worden als volgt weergegeven:



Figuur 7: Positieve dimensionele scores van SP ziekenhuizen

**Tien veiligheidscultuur-dimensies:**

- D1. Manager/supervisor verwachtingen en acties die patiëntveiligheid bevorderen (mediaan 60%)
- D2. De wijze waarop de organisatie leert en voortdurend tracht te verbeteren (mediaan 61%)
- D3. Teamwerk binnen afdelingen (mediaan 61%)
- D4. Openheid naar communicatie (mediaan 51%)
- D5. Feedback en communicatie over veiligheid (mediaan 51%)
- D6. Niet bestraffende respons op fouten (mediaan 42%)
- D7. Bestaffing (mediaan 44%)
- D8. Ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid (mediaan 52%)
- D9. Teamwerk doorheen de ziekenhuisafdelingen (mediaan 45%)
- D10. Overdracht en transfer (mediaan 42%)

**Twee outcome dimensies:**

- O1. Globale perceptie over veiligheid (mediaan 49%)
- O2. Frekwentie van “event” rapportering (mediaan 42%)

Voor iedere dimensie kan het individuele ziekenhuis zich positioneren via scatterplots in annex 1.

## 4. Bespreking

Tijdens de eerste week van patiëntveiligheid in oktober 2007 werden de eerste resultaten gepresenteerd van de meting van de veiligheidscultuur in vijf ziekenhuizen. Een jaar later worden in dit rapport de resultaten gepresenteerd van 52.196 respondenten in 132 ziekenhuizen. Dit is een uitzonderlijk resultaat in een Europese context. Op basis van een aantal respondenten, verspreid over acute-, psychiatrische ziekenhuizen en SP diensten, kan er een degelijk eerste zicht op de veiligheidscultuur in onze ziekenhuizen gepresenteerd worden. Dit is een eerste belangrijke vaststelling van dit onderzoek.

Naast de inzichten in de scores van de verschillende dimensies van veiligheidscultuur kan dit onderzoek ook een aantal interessante secundaire elementen bij deze meting rapporteren, zoals het aantal werkuren of het aantal jaren dat men werkzaam is binnen de betreffende afdeling of dienst.

Aan de hand van dit rapport en de bijhorende tabellen kunnen ziekenhuizen zich inhoudelijk positioneren op de 12 dimensies van veiligheidscultuur. Ofschoon er tussen de ziekenhuizen een aantal belangrijke verschillen vastgesteld worden, die op zichzelf een gelegenheid zijn voor reflectie, kunnen er toch enkele algemene patronen worden vastgesteld. Psychiatrische ziekenhuizen realiseren globaal betere scores dan acute ziekenhuizen. De outcome dimensies “globale perceptie over veiligheid” en “frequentie van ‘event’rapportering” scoren redelijk vergelijkbaar in acute, psychiatrische ziekenhuizen en SP-diensten. De score op de dimensie “teamwork binnen de afdeling” scoort globaal in de drie soorten ziekenhuizen het best. De scores voor de dimensies “ziekenhuismanagement ondersteuning voor patiëntveiligheid” en “niet bestraffende respons op fouten” zijn het meest voor verbetering vatbaar. Het verbeteren van deze dimensies is van groot belang voor de effectieve ontwikkeling van een veiligheidsmanagement systeem (VMS). Het ontwikkelen van bijvoorbeeld, een meld- en registratiesysteem als onderdeel van een VMS zal maar succesvol zijn als er een niet bestraffende context ontwikkeld kan worden in het ziekenhuis, met een daadwerkelijke en consequente ondersteuning door het ziekenhuismanagement. Het verbeteren van de scores “bestaffing” overstijgt de ziekenhuizen in belangrijke mate door de wijze van normering en ziekenhuisfinanciering, maar dient toch ook als signaal gezien te worden naar de overheid. Men moet beseffen dat vooruitgang boeken in dit domein niet mogelijk is zonder een gerichte verhoging van de personeelsbestaffing. De overdracht en de transfer problematiek wordt ook expliciet gesteld in dit onderzoek. Dit is een thema waarbinnen de ziekenhuizen vooruitgang geboekt kan worden en het is een mogelijk een thema in het kader van het overheidscontract 2008-2009 onder de pijler “analyseren en ontwikkelen van een proces”. Een zelfde vaststelling kan gemaakt worden over de scores in de dimensie “teamwerk tussen verschillende afdelingen”.

Naast de analyse van de data en het vergelijken van de data van het ziekenhuis in de groep van de andere ziekenhuizen stelt zich uiteraard de vraag naar de beste aanpak om de veiligheidscultuur te verbeteren. Zoals reeds gesteld in de inleiding is hierover nog niet veel evidentie. Vanuit de tweede meting in vijf ziekenhuizen kon, uitgezonderd voor de managementondersteuning, nauwelijks vooruitgang gerealiseerd worden (22). Ook vanuit onderzoek in een aantal Amerikaanse ziekenhuizen

werd na een tweede meting slechts een beperkte vooruitgang vastgesteld (23). Een aantal algemene reflecties over het werken aan veiligheidscultuur werden beschreven (24).

Maar het meten van veiligheidscultuur, en zeker een meting met dergelijke respons, schept ook verwachtingen. De tweede meting van de veiligheidscultuur wordt gepland in 2010, gekaderd in het meerjaren beleidsplan patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid (9). Om een motiverende context aangaande patiëntveiligheid te bekomen is minstens een partiële vooruitgang in de veiligheidscultuur meer dan wenselijk. In deze context is het belangrijk dat ziekenhuizen niet alleen hun resultaten communiceren en bespreken, maar dat er ook duidelijkheid komt naar de specifieke acties die men wil gaan ontwikkelen. Er is immers geen weg terug en de weg vooruit is geen gemakkelijke weg. Werken aan verbetering van veiligheidscultuur – en derhalve aan patiëntveiligheid – vraagt prioritaire beleidsaandacht en opvolging in goede afstemming met de zorgprofessionals. Werken aan de verbetering van de management ondersteuning van patiëntveiligheid lijkt daarbij prioritair omdat dit toelaat te werken aan een andere cultuur die belangrijk is voor patiëntveiligheid.

Het implementeren van goed onderbouwde concrete verbeteracties, die gecoördineerd en geïnspireerd worden vanuit een patiëntveiligheidscomité wordt aanbevolen. De kunst bestaat er daarbij niet zozeer in om nieuwe projecten uit te vinden dan wel om ze in goede betrokkenheid met de zorgprofessionals duurzaam te implementeren in de dagdagelijkse werking. Initiatieven vanuit de wereldgezondheidsorganisatie (World Alliance for Patient Safety) ivm handhygiëne en “time-out procedures” in de chirurgie zijn daarvan voorbeelden. Maar zelfs het volledig sluitend kunnen implementeren van een identificatiebandje voor de patiënt, dat gebruikt kan worden in het kader van de belangrijke identiteitscontrole is minder gemakkelijk dan gedacht. Patiëntveiligheid kan sterk verbeterd worden door het implementeren van evidente, vaak eenvoudige acties, maar omdat het implementeren van deze evidenties vaak gedragsveranderingen vereist, kan er weerstand ontstaan die deze implementatie bemoeilijkt. Maar zelfs zonder weerstand vereisen evidente acties een kader waarin ze een duidelijke plaats en samenwerking krijgen en de inzet van mensen en middelen. Ook dit mag niet onderschat worden. Daarom zijn een actieve betrokkenheid en ondersteuning van het management en de betrokkenheid van de zorgprofessionals zo belangrijk.

Het werken aan de verbetering van veiligheidscultuur is tevens een prioritair aandachtspunt van EUNetPaS (Europees Netwerk Patiëntveiligheid). Het uitwisselen van ervaringen en best practices vanuit verschillende landen kan zorgen voor bijkomende input. In Nederland (25), Denemarken en Spanje wordt er met hetzelfde instrument gewerkt. In deze context wordt gepleit voor een actieve participatie aan dit initiatief. Tevens is er een databank met de data van Amerikaanse ziekenhuizen beschikbaar (26).

Psychiatrische ziekenhuizen zullen evenals SP-bedden, door hun specifieke werking specifieke accenten leggen in de uitbouw van een veiligheid managementsysteem. Toch kunnen ook zij, met de resultaten van deze meting, initiatieven voor de verbetering van hun veiligheidscultuur hierin kaderen. De grote verscheidenheid aan behandelingen van psychiatrische aandoeningen zal hierbij een dienstspecifieke dynamiek doen ontstaan. Vermits in deze behandelingen de multidisciplinariteit doorgaans een stevige plaats inneemt biedt dit belangrijke aanknopingspunten voor de uitbouw van

patiëntveiligheid. Voor bepaalde psychiatrische afdelingen zal patiëntveiligheid en personeelsveiligheid een geïntegreerde benadering vragen.

Met veiligheid als één van de componenten van kwaliteitsvolle zorg kunnen ziekenhuizen zich differentiëren in hun vermogen om van deze veiligheid een topprioriteit te maken in het ziekenhuis. Deze ziekenhuizen kunnen alvast inspiratie putten uit dit rapport voor de ontwikkeling van de veiligheidscultuur in hun instellingen.

Werken aan veiligheidscultuur – en derhalve aan patiëntveiligheid – vraagt prioritaire en permanente beleidsaandacht en opvolging. Dit kan en mag niet beschouwd worden als het zoveelste project. Veilige zorg, als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg, zal een topprioriteit moeten worden en blijven in de snel evoluerende ziekenhuiszorg. Verder onderzoek naar strategie en methodologie ter verbetering van veiligheidscultuur is noodzakelijk.



## Dankwoord

De onderzoekers wensen de FOD Volksgezondheid en de leden van de federale werkgroep patiëntveiligheid te bedanken voor de geboden ondersteuning bij het uitvoeren van dit onderzoek. Tevens onze oprechte dank naar alle participerende ziekenhuizen die ons het vertrouwen gaven om hun data te mogen verwerken waardoor een degelijk, eerste zicht op de veiligheidscultuur in Belgische ziekenhuizen kan gegeven worden.

Op de weg naar meer patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen is dit een belangrijke stap.

## Referenties

1. Institute of Medicine. Patient Safety - Achieving a new standard for care: The National Academies; 2004.
2. Vleugels A. Tweede interimrapport van de werkgroep "Veiligheid en kwaliteit in gezondheidszorg". In: Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen; 2005.
3. Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Hampshire: ASHGATE; 1997.
4. Walton M. Creating a "no blame" culture: have we got the balance right? Quality and safety in health care 2004;13:163-164.
5. 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.
6. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices; 2001. p. 447-458.
7. Jha A.K. (editor), Larizgoita I., Bates D., Prasopa-Plaizier N. (co-editors). Summary of the evidence on patient safety: implications for research: World Health Organization; 2008.
8. Schein EH. Organisational Culture and Leadership: Jossey - Bass; 2004.
9. Vleugels A. Patiëntveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden. Beleidsnota patiëntveiligheid: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, strategische werkgroep voor patiëntveiligheid van de nationale begeleidingscommissie voor ziekenhuisperformantie; 2007.
10. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality and safety in health care 2005;14:364-366.
11. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Quality and safety in health care 2006;15:109-115.
12. Pronovost PJ, Sexton JB. Assessing safety cultures: guidelines and recommendations. Quality and safety in health care 2005;14:231-233.
13. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. Hum Factors 2003;45(2):173-85.
14. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. Quality and safety in health care 2005;14:273-278.
15. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003;12(2):112-8.
16. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, J. TE. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire - Ambulatory Version. Journal for General Internal Medicine 2007(22):1-5.
17. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, kidwel RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: surveys of clinicians and managers in an academic medical center. Quality and safety in health care 2003;12:405-410.
18. [www.ahrq.gov/qual/hospculture](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture). Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality, sponsored by the Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force and developed by WESTAT - J. Sorra.
19. Hellings J, Schrooten W, Vandeput H, Indekleef S, Postelmans T. Patiëntveiligheid: focus op de veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Acta Hospitalia 2005(3):21-35.
20. 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.
21. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. International Journal of Health Care Quality Assurance 2007;20(7):620 - 632.
22. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, vleugels A. Working on patient safety culture: lessons learned in five hospitals. ready for submission 2008.
23. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008. Comparative Database Report. Prepared by Westat, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 March 2008.
24. Hellings J. Veiligheidscultuur: essentiële voedingsbodem van patiëntveiligheidsbeleid - reflecties vanuit een onderzoekscontext. Acta Hospitalia 2008(1):21 - 42.

25. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenwegen P. The validity of COMPaZ: a comparison between the Dutch and American questionnaire on patient safety culture in hospitals. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;85:105 - 114.
26. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. In: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.