

# **Handleiding IZEP**

**Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur**

V. Struben  
C. Wagner

ISBN 90-6905-8006

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Vragen over het gebruik van IZEP</b>	<b>7</b>
2.1	Waarvoor kan IZEP gebruikt worden?	7
2.2	Waar is IZEP niet voor bedoeld?	7
2.3	Hoe vaak kan IZEP gebruikt worden?	8
2.4	Herhaling van IZEP	8
2.5	Wie nemen deel aan een IZEP workshop?	8
<b>3</b>	<b>Inhoud van IZEP</b>	<b>11</b>
3.1	Achtergrond	11
3.2	IZEP	12
3.3	Hoe gaat IZEP in zijn werk?	14
<b>4</b>	<b>De IZEP workshop</b>	<b>17</b>
4.1	Identificeer een geschikte gespreksleider	17
4.2	Begrijp de theorie achter IZEP	17
4.3	IZEP workshop in de praktijk	17
4.4	Benodigheden IZEP workshop	17
4.5	Stappenplan IZEP workshop	18
4.6	Interpretatie van de IZEP scores met behulp van IZEP scoreoverzicht	21
	<b>Bronvermelding</b>	<b>27</b>
	<b>Bijlage 1:</b> Voorbeeld van een informatiebrief	<b>29</b>
	<b>Bijlage 2:</b> Checklist voorbereiding IZEP	<b>31</b>
	<b>Bijlage 3:</b> IZEP actieplan formulier	<b>33</b>



# 1 Introductie

Deze handleiding bevat informatie over de achtergrond en het gebruik van IZEP, een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur. IZEP is een instrument voor mensen die in de ziekenhuizen werken en die de patiëntveiligheidscultuur op hun afdeling (of in een team) inzichtelijk willen maken, erover willen leren en waar nodig, ook interveniëren.

*Patiëntveiligheid* (Box 1.1) in ziekenhuizen vormt een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Binnen een ziekenhuis en/of op een afdeling heersen bepaalde normen en waarden over patiëntveiligheid. Deze *patiëntveiligheidscultuur* speelt een belangrijke rol bij het melden van *incidenten* en hoe omgegaan wordt met de veroorzaker/betrokkenen. In een cultuur waarin incidenten gemeld kunnen worden zonder erop afgerekend te worden, is het mogelijk ervan te leren (Institute of Medicine, 2000). Als men in ziekenhuizen de cultuur wil veranderen om de patiëntveiligheid te bevorderen, is het belangrijk om meer te weten over de heersende patiëntveiligheidscultuur. Uit onderzoek is gebleken dat structuurveranderingen doorgaans niet effectief zijn als men niet óók inzet op verandering van de patiëntveiligheidscultuur (Scott et al, 2003).

## Box 1.1 Definities

**Patiëntveiligheid:** het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem (Wagner & Van der Wal, 2005).

**Patiëntveiligheidscultuur:** het geheel van normen, waarden, opvattingen en omgangsvormen ten aanzien van patiëntveiligheid (Institute of Medicine, 2000).

**Incident:** een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden (Wagner & Van der Wal, 2005).

IZEP is een instrument dat ontwikkeld is om enerzijds het begrip veiligheidscultuur te concretiseren, het maakt het concept ‘patiëntveiligheidscultuur’ meer toegankelijk. Anderzijds is het een instrument dat aanspoort tot het bespreken van de veiligheid binnen een afdeling of in een team. Gebruikers krijgen inzicht in elkaars veiligheidsbeleving, men leert van en met elkaar over veiligheid, het bewustzijn omtrent het onderwerp wordt aangescherpt. Met IZEP wordt zichtbaar waar de afdeling staat, waar ze naar toe kan en wat de sterke en zwakke plekken in de patiëntveiligheidscultuur zijn. Op geleide van die bevindingen kan een gericht plan gemaakt worden om de patiëntveiligheidscultuur te verbeteren. De verbeterplannen kunnen ook aan de hand van IZEP geëvalueerd worden. Het evaluatie instrument kan door zorgprofessionals zelf gebruikt worden, er is geen hulp van buitenaf nodig. Essentieel is dat IZEP géén meetinstrument is maar puur een instrument dat discussie over patiëntveiligheid bevordert.

Het volgende hoofdstuk geeft antwoorden op vragen over het gebruik van IZEP. Voor wie is IZEP, waar is het instrument wel en niet voor bedoeld en hoe vaak kan het instrument gebruikt worden. Na deze uiteenzetting geven we in hoofdstuk 3 informatie over de achtergrond en ontwikkeling van IZEP. In het laatste hoofdstuk wordt stap voor stap beschreven hoe IZEP in de praktijk gebruikt wordt.

IZEP is het intellectueel eigendom van Stichting NIVEL. Het copyright op IZEP berust bij dit instituut. IZEP kan telefonisch of per e-mail worden opgevraagd bij het NIVEL (030 272 97 00, [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl)).

## 2 Vragen over het gebruik van IZEP

### 2.1 Waarvoor kan IZEP gebruikt worden?

IZEP wordt door een groep (zie paragraaf 2.4.) gebruikt in de vorm van een workshop. Afhankelijk van de gebruikers kan IZEP voor één of meerdere doelen worden toegepast (Box 2.1). Het primaire doel van IZEP is tweeledig. Bekendheid geven aan begrippen in het kader van patiëntveiligheid en cultuur en het bevorderen van de discussie over, en het bewustzijn van, patiënt(on)veiligheid. Door middel van zelfreflectie kan de afdeling/het team bepalen wat de huidige patiëntveiligheidscultuur op een afdeling is en waar zij naar kan streven. IZEP laat zien hoe de gebruikers (met verschillende functies) over de patiëntveiligheidscultuur op hun afdeling denken, waar men goed in is, maar ook waar men minder goed in is. Op geleide van de bevindingen kan richting worden gegeven aan verbeterinterventies. Ook kunnen de vorderingen op het gebied van patiëntveiligheidscultuur met behulp van IZEP geëvalueerd worden.

#### Box 2.1 Doelen waarvoor IZEP gebruikt kan worden

- Laten zien dat patiëntveiligheid een complex en multidimensionaal concept is;
- Het begrip patiëntveiligheidscultuur concretiseren;
- Het bewustzijn van patiënt(on)veiligheid verscherpen;
- Een afdeling of een team laten nadenken en discussiëren over de patiëntveiligheidscultuur op een afdeling;
- Inzicht verschaffen in de huidige patiëntveiligheidscultuur op een afdeling;
- Lokaliseren van sterke en zwakke punten in de patiëntveiligheidscultuur op een afdeling;
- Verschillen in perceptie ten aanzien van de patiëntveiligheid tussen mensen zichtbaar maken, leren van elkaar over (on)veiligheid;
- Laten zien hoe een afdeling eruit ziet met een meer volgroeide patiëntveiligheidscultuur;
- Gericht plannen maken ter verbetering van de patiëntveiligheidscultuur op een afdeling;
- Verbeterplannen voortkomend uit het gebruik van IZEP evalueren.

### 2.2 Waar is IZEP niet voor bedoeld?

IZEP is geen meetinstrument. Het instrument is niet gemaakt om gebruikt te worden als middel om afdelingen te vergelijken. Ook is IZEP niet bedoeld als een instrument om schuldigen aan te wijzen indien de organisatiecultuur als onvoldoende ontwikkeld wordt gezien.

### **2.3 Hoe vaak kan IZEP gebruikt worden?**

De aanbeveling is om IZEP tenminste één keer per jaar te gebruiken. Er moet ruim voldoende tijd tussen twee workshops zitten om verbeterplannen voortgekomen uit een IZEP workshop daadwerkelijk te implementeren. Door IZEP met regelmatige intervallen (1x per jaar, niet meer dan 2x per jaar) te gebruiken is het mogelijk de vooruitgang bij te houden/te registreren maar ook om bijvoorbeeld patiëntveiligheid een terugkerend punt op de agenda te laten zijn. Overmatig gebruik van het instrument kan leiden tot ontstemming en teleurstelling: culturele ontwikkeling kost tijd!

### **2.4 Herhaling van IZEP**

Er moet rekening mee worden gehouden dat in een eerste IZEP workshop het niveau van de patiëntveiligheidscultuur op een afdeling veelal overschat wordt. Dit is niet erg, het doel van IZEP is het concretiseren van het begrip patiëntveiligheidscultuur en de discussie erover te genereren. Wat is een patiëntveilige cultuur, hoe ontwikkelt een patiëntveiligheidscultuur zich, hoe is het gesteld met de veiligheidscultuur op de afdeling en waarom? Bij herhaling van de IZEP workshop wordt in het algemeen kritischer naar patiëntveiligheidscultuur op de afdeling gekeken. Dit zal ertoe leiden dat de bevindingen gelijk of misschien zelfs minder goed zijn in vergelijking met een eerdere workshop. Met andere woorden: als het resultaat van IZEP bij herhaling gelijk of slechter is in vergelijking met een voorafgaande zelfevaluatie betekent dat niet persé dat het 'slechter' gaat maar dat men kritischer is geworden, onder meer doordat de kennis over patiëntveiligheidscultuur is toegenomen.

### **2.5 Wie nemen deel aan een IZEP workshop?**

Om de veiligheidscultuur op een afdeling te evalueren adviseren wij mensen met verschillende functies te laten deelnemen. Mensen die een management c.q. leidinggevende functie hebben (beleidsmedewerkers met affiniteit voor de afdeling, afdelingshoofd, teamleiders, stafmedewerkers), artsen (medisch specialisten, arts-assistenten, co-assistenten), verpleegkundigen, ondersteunend personeel (doktersassistenten, administratieve medewerkers). Wel geldt dat men tenminste drie maanden fulltime aanwezig moet zijn op de afdeling. Ook kunnen bijvoorbeeld verloskundigen, OK assistenten of laboranten, afhankelijk van de afdeling, deelnemen. Per functie dienen minimaal twee personen deel te nemen. Een groep van 10 tot 15 personen is voldoende. Het belangrijkste is dat de groep representatief is voor de afdeling bijvoorbeeld 2 leidinggevend, 2 à 3 artsen en 4 à 6 verpleegkundigen.

Wanneer u de veiligheidscultuur op een 'passanten' afdeling wilt evalueren, zoals bijvoorbeeld een dagbehandelingcentrum of spoedeisende hulp, dan heeft het de voorkeur om de workshop uit te voeren binnen het vaste team van die afdeling. De reden hiervoor is dat de passanten, bijvoorbeeld medisch specialisten, op een andere manier verbonden zijn aan die afdeling dan een 'vast team'. IZEP werkt beter wanneer er een gemeenschappelijke context is (in plaats en tijd).

IZEP kan ook worden uitgevoerd door een team bijvoorbeeld een team verpleegkundigen op een intensive care of het spoedteam op de spoedeisende hulp. Bij het gebruik van IZEP in een team geldt eveneens dat een groep van 10 tot 15 deelnemers toereikend is.

Wanneer er meerdere disciplines deel uitmaken van een team is het aan te raden dat er per discipline tenminste twee personen deelnemen.



## 3 Inhoud van IZEP

### 3.1 Achtergrond

IZEP is gebaseerd op een model van de Amerikaanse socioloog Robert Westrum (1992). Westrum stelde voor om de cultuur in een organisatie te baseren op de manier waarop zij met informatie omgaat. Hij identificeerde drie niveaus van organisatielculturen: 'pathologic' (pathologisch, ontkennend), 'bureaucratic' (bureaucratisch, calculatief) en 'generative' (generatief, vooruitstrevend). In pathologische organisaties worden fouten vaak verborgen en weigeren mensen te erkennen dat er problemen zijn. Dit in tegenstelling tot bureaucratische organisaties, die problemen niet negeren maar ze soms te licht opvatten, weg wuiven of alleen de symptomen aanpakken. In generatieve organisaties (moeten) mensen mee denken over, en werken aan, patiëntveiligheid. Men onderzoekt de kern van de problemen, neemt verantwoordelijkheid voor de bevindingen en draagt oplossingen aan ter verbetering van de informatievoorziening/verstrekking.

Reason (1993), en meer recent Parker en Hudson (2001), hebben het raamwerk van Westrum naar vijf niveaus uitgebreid en modificeerden de beschrijvingen van de cultuurniveaus naar de manier waarop met veiligheid in een organisatie wordt omgegaan. De twee extra niveaus zijn respectievelijk 'reactive' (reactief), voorafgaand aan 'bureaucratic' en 'proactive' (proactief), voorafgaand aan 'generative'. Een reactieve veiligheidscultuur wordt gekenmerkt door het alléén aan veiligheid denken ná een incident. Er worden geen structurele oplossingen bedacht, terwijl in een proactieve cultuur veiligheid permanent hoog op de agenda staat en men actief en continue investeert in verbetering van de veiligheid.

Om naast de technische en procedurele veiligheid de veiligheidscultuur te vergroten werd bij Shell in 1998 het zelfevaluatie instrument, genaamd 'Understanding your culture'<sup>1</sup> geïntroduceerd. Het instrument is mede ontworpen door Parker en Hudson en is gebaseerd op het door hen aangepaste raamwerk van Westrum. Het raamwerk en het zelfevaluatie instrument van Shell zijn in 2001 door Parker zorgspecifiek gemaakt en gericht op de patiëntveiligheidscultuur in de gezondheidszorg in Groot-Brittannië (Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)).

In Nederlandse ziekenhuizen is onvoldoende sprake van een veiligheidscultuur en er is ook nauwelijks systematische informatie over beschikbaar (Willems, 2004). Om dit te verbeteren is voorgesteld om een instrument voor zelfevaluatie van de patiëntveiligheidscultuur (IZEP), gebaseerd op het instrument van Shell, voor de Nederlandse ziekenhuizen te ontwikkelen. Omdat de context van het instrument al van toepassing was op de gezondheidszorg is besloten MaPSaF verder te gebruiken als leidraad voor het ontwikkelen van IZEP.

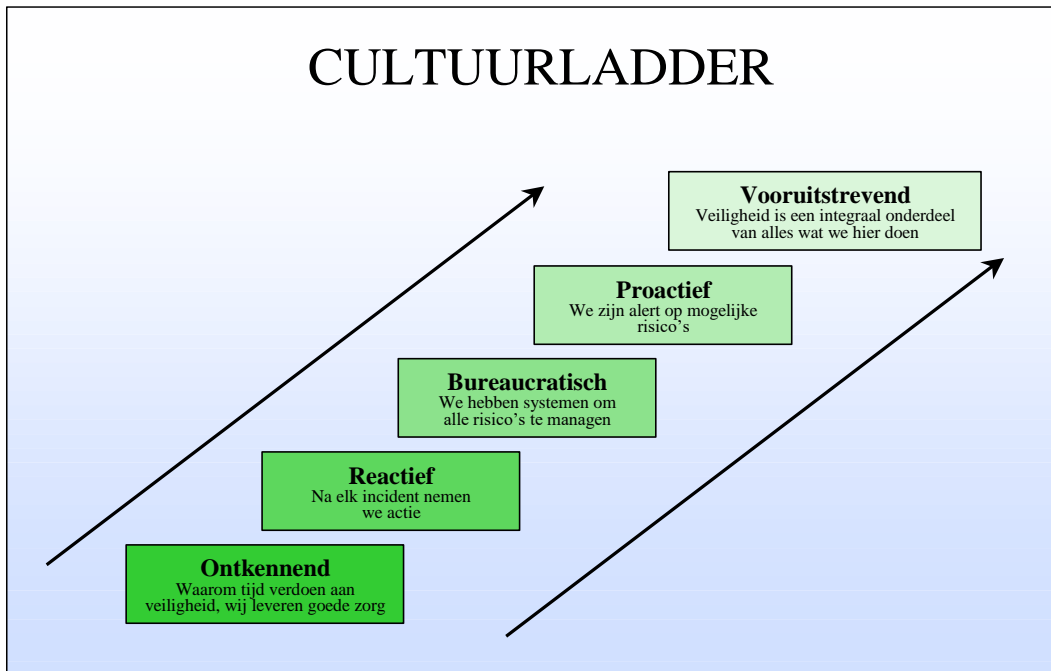
---

<sup>1</sup> <http://www.energyinst.org.uk/heartsandminds/> (geraadpleegd september 2006)

### 3.2 IZEP

In IZEP zijn de vijf cultuurniveaus uit het raamwerk van Parker en Hudson voorgesteld als een evolutionaire ladder. In die ‘cultuurladder’ is de onderste trede de ontkenkende veiligheidscultuur. De volgende trede representeert de reactieve veiligheidscultuur. Daarna volgen respectievelijk de bureaucratische, proactieve en op de bovenste trede de vooruitstrevende veiligheidscultuur (Figuur 3.1).

Figuur 3.1 Cultuurladder naar het model van Parker en Hudson



In IZEP zal de cultuurladder een voortdurend terugkerend concept zijn. Het is van belang om goed te weten wat de vijf cultuurniveaus van patiëntveiligheidscultuur inhouden. In Tabel 3.1 staan per cultuurniveau de karakteristieken van de verschillende cultuurniveaus nader toegelicht.

Om te kunnen bepalen op welk cultuurniveau een afdeling zich bevindt, zijn er negen dimensies (Tabel 3.2) vastgesteld die van belang zijn voor het managen van de patiëntveiligheid. In IZEP is voor elke dimensie een beschrijving gegeven passend bij de vijf stappen uit de cultuurladder (Figuur 3.2).

Tabel 3.1 De vijf cultuurniveaus van de cultuurladder

Ontwikkelingsfasen	Beschrijving
<b>Ontkennend</b>	Organisaties waar een houding heerst van: <i>‘waarom onze tijd verdoen aan veiligheid’</i> . <i>‘Er gebeuren nu eenmaal wel eens incidenten, dit is mensen werk, zorg ervoor dat je uit de handen van advocaten blijft, ontsla de gek die het heeft laten gebeuren’</i> . Er wordt weinig tot niet geïnvesteerd in verbetering van de patiëntveiligheid.
<b>Reactief</b>	Organisaties die alleen aan veiligheid denken nadat er een incident heeft plaatsgevonden. <i>‘Dit mag nooit meer gebeuren’</i> . Er wordt (weer) een oplossing bedacht om een incident te voorkomen.
<b>Bureaucratisch</b>	Organisaties waar vooral papieren verslaglegging plaatsvindt. Veiligheid bestaat uit ‘turven van incidenten’ om tijdens visitaties te laten zien dat men gefocust is op patiëntveiligheid. Er zijn meldingssystemen, incidenten worden geanalyseerd en er zijn veel statistieken. Er wordt geprobeerd om te lokaliseren of er nog meer oorzaken zijn dan alleen menselijke fouten.
<b>Proactief</b>	Organisaties die verbetering van de patiëntveiligheid hoog op de agenda hebben staan. Er zijn veel statistieken die gebruikt worden om trends te vinden, vervolgens verbeterplannen te implementeren en te evalueren. Organisatorische, technische en menselijke fouten worden erkend. Er wordt actief en continue geïnvesteerd in verbeteringen en mensen die veiligheidsgerelateerde kwesties aan de orde brengen worden beloond.
<b>Vooruitstrevend</b>	De meest optimale vorm van veiligheidsorganisatie waarin veiligheid een integraal onderdeel is van alles wat men doet. Op een vooruitstrevende afdeling is iedereen (inclusief de patiënt) bewust en betrokken bij het onderwerp patiëntveiligheid, er is sprake van continue risico

Figuur 3.2 Voorbeeld van één dimensie met een beschrijving passend bij elk van de vijf cultuurniveaus van de patiëntveiligheidscultuur

	Ontkennend	Reactief	Bureaucratisch	Proactief	Vooruitstrevend
<b>DIMENSIE: Incident en verantwoor- delijkheid</b>	‘Incidenten zijn niet te voorkomen’.	Incidenten zijn het gevolg van fouten van professionals of het gevolg van het gedrag van de patiënt zelf.	Men erkent dat net als individuen ook systemen incidenten kunnen veroorzaken.	Incidenten worden gezien als het gevolg van zowel individuele als systeemfouten.	Incidenten worden gezien als het gevolg van een combinatie van organisatorische, technische en individuele fouten.

Tabel 3.2 De negen dimensies in IZEP en hun beschrijving

<b>Dimensie</b>	<b>Beschrijving</b>
<b>1 Prioriteit van patiëntveiligheid</b>	Hoe belangrijk is patiëntveiligheid? Hoe bewust is men van risico's voor de patiënt en wat wordt er aan gedaan om de patiëntveiligheid zo optimaal mogelijk te laten zijn?
<b>2 Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid</b>	Wie of wat is de veroorzaker van incidenten, wie of wat wordt verantwoordelijk geacht voor patiënt(on)veiligheid, wat zijn de gevolgen?
<b>3 Registratie en evaluatie van incidenten</b>	Is er een meldingssysteem, hoe is de meldingscultuur en wat wordt er met de meldingen gedaan?
<b>4 Middelen</b>	Hoe belangrijk vindt men materiaal, apparatuur en beschikbare ruimte in het kader van de patiëntveiligheid?
<b>5 Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen</b>	Wordt van incidenten geleerd? Worden veranderingen naar aanleiding van incidenten daadwerkelijk geïmplementeerd en geëvalueerd?
<b>6 Communicatie over patiëntveiligheid</b>	Hoe is de communicatie over incidenten? En hoe is de communicatie op de afdeling tussen zorgprofessionals, management, patiënten en/of verzorgers/familie?
<b>7 Personeelsbeleid en patiëntveiligheid</b>	Hoe is het personeelsbeleid geregeld om optimale patiëntveiligheid te bevorderen? Wordt het functioneren van zorgprofessionals en/of het management geëvalueerd?
<b>8 Bijscholing en training gericht op (patiënt) veiligheid</b>	Worden zorgprofessionals en/of managers geschoold en/of getraind op het gebied van patiëntveiligheid?
<b>9 Samenwerking en patiëntveiligheid</b>	Hoe is de samenwerking c.q. het teamgevoel op de afdeling, wordt er voldoende gecommuniceerd en geëvalueerd? Worden de zorgprofessionals opgeleid om als een team te werken (bijvoorbeeld crew resource management).

Het uiteindelijk resultaat is IZEP: een matrix van 5 x 9, waarbij verticaal de negen dimensies en horizontaal de vijf cultuurniveaus van de cultuurladder worden uitgezet (zie bijgeleverde IZEP).

### 3.3 Hoe gaat IZEP in zijn werk?

Het zelfevaluatie instrument wordt gebruikt als een leidraad voor het bepalen van de veiligheidscultuur op een afdeling, dit gebeurt in een groep waaraan ongeveer 10-15 mensen deelnemen (paragraaf 2.5). De deelnemers bepalen zelf, onder leiding van een gespreksleider, zowel het cultuurniveau op de afdeling als de richting voor verbetering ervan.

Na een introductie over het doel en de achtergrond van IZEP worden de deelnemers verzocht IZEP ter hand te nemen en voor elk van de negen dimensies op een IZEP scoreformulier aan te geven waar ze op de cultuurladder de dimensie plaatsen c.q. scoren, zie ter illustratie Figuur 3.3.

Figuur 3.3. Voorbeeld van het gebruik van IZEP. Alleen dimensie 01 is deels weergegeven.

	Ontkennend	<b>Reactief</b>	Bureaucratisch	Proactief	Vooruitstrevend
<b>01. A</b> <b>Prioriteit van patiëntveiligheid</b> Hoe belangrijk is patiëntveiligheid op de afdeling?	- 'Iedereen werkt toch veilig, waarom je tijd eraan verdoen'. - 'Dit is mensen werk er gaat nu eenmaal wel eens wat mis'. - Protocollen zijn er om te voldoen aan de regels van bovenaf.	- Veiligheid is belangrijk na een ernstig incident en daarna verslapt de aandacht ervoor. - Oplossingen voor verbeteringen zijn ad hoc en meestal van tijdelijke aard. - Protocollen zijn verouderd, na een incident worden ze zo nodig aangepast.	- Men is actief bezig met het inventariseren van risico's voor de patiënt. - De informatie voortkomend uit de inventarisatie wordt geanalyseerd en gepubliceerd binnen de afdeling.	- Professionals maken zelf protocollen die ze testen voorafgaande de implementatie en die ze evalueren. - Risico's worden actief gezocht, geanalyseerd en aangepakt.	- Patiëntveiligheid is een integraal onderdeel van alles wat men doet. - Verbeteringen worden geëvalueerd en verankerd in de infrastructuur van de afdeling en in de dagelijkse activiteiten van professionals.

**Instructie**

**A.** Lees IZEP rustig door, begin bij dimensie 01; 'Prioriteit van veiligheid'. Lees van links naar rechts, van ontkennend naar vooruitstrevend;

**B.** Kies voor de dimensie het cultuurniveau welk volgens u het best bij de afdeling past, doe dit individueel, zonder overleg met een ander;

**C.** Kruis op het IZEP scoreformulier het gekozen cultuurniveau aan in het overeenkomstige hokje. Als u niet kunt beslissen tussen twee cultuurniveaus, kruis dan twee opeenvolgende niveaus aan bij één dimensie (bijvoorbeeld reactief en bureaucratisch). Herhaal deze procedure bij elke dimensie.

IZEP - SCOREFORMULIER					
Datum:	Ontkennend	Reactief	Bureaucratisch	Proactief	Vooruitstrevend
Afdeling:					
Functie:					
Dimensie van patiëntveiligheidscultuur					
1. Prioriteit patiëntveiligheid		X			
2. Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid			C		
3. Registratie en evaluatie van incidenten					
4. Middelen					
5. Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen					
6. Communicatie over patiëntveiligheid					
7. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid					
8. Bijscholing en training gericht op (patiënt) veiligheid					
9. Samenwerking en patiëntveiligheid					

Nadat het IZEP scoreformulier is ingevuld kunnen de scores door de gespreksleider worden ingevoerd in een IZEP scoreoverzicht (zie figuur 3.4 voor een impressie en paragraaf 4.6). In dit overzicht wordt per deelnemer en per dimensie het cultuurniveau ingevoerd. De ontkennende cultuur wordt weergegeven met 1, de reactieve, bureaucratische, proactieve en vooruitstrevende cultuur respectievelijk met 2, 3, 4 en 5. Indien bijvoorbeeld reactief en bureaucratisch aangekruist zijn, dan wordt dit aangegeven met het gemiddelde, namelijk 2,5, hetgeen aangeeft dat de dimensie zich tussen de twee

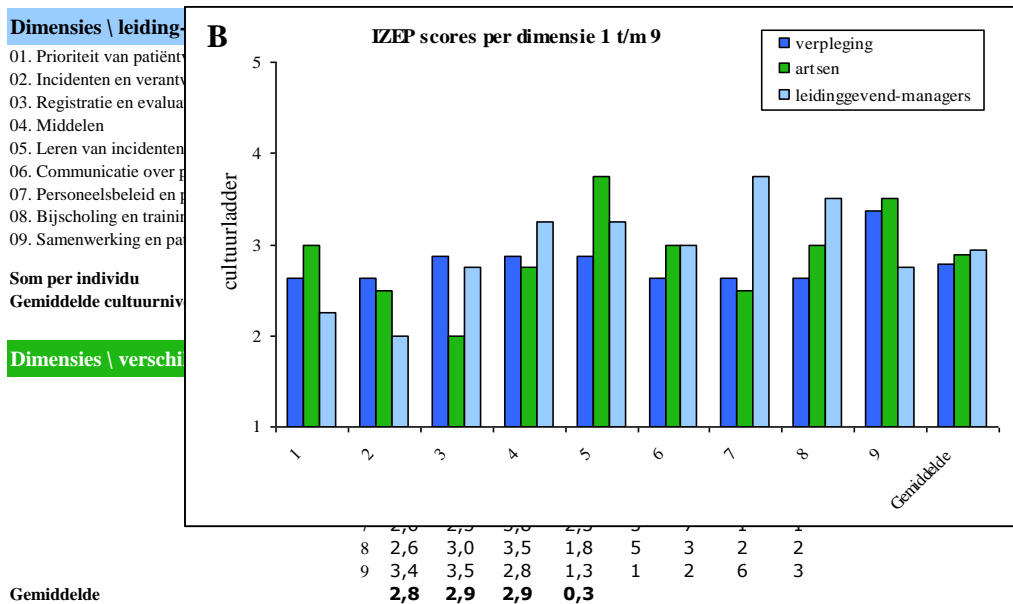
cultuurniveaus bevindt (paragraaf 4.6).

In het IZEP scoreoverzicht wordt weergegeven wat de algemene perceptie ten aanzien van de patiëntveiligheidscultuur op de afdeling is, maar ook (indien van toepassing, dus bijvoorbeeld niet in een team) wat de verschillen zijn tussen de verschillende participerende functies. LET OP het gaat hier **niet** om de getallen, het is alleen een cijfermatige weergave van de cultuurladder. Interpretatie van de grafieken wordt nader toegelicht in paragraaf 4.6.

Figuur 3.4 Voorbeeld IZEP scoreoverzicht: **A.** getalsmatige en **B.** grafische weergave van de patiëntveiligheidscultuur op de afdeling tussen functies

Dimensies \ verpleging	1	2	3	4	5	6	7	8	som per dimensie	gemiddelde per dimensie
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	2	2,5	3	3					10,5	2,6
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	2	3	2,5	3					10,5	2,6
03. Registratie en evaluatie van incidenten	3	3	2,5	3					11,5	2,9
04. Middelen	2,5	3,5	3	2,5					11,5	2,9
05. Leren van incidenten en realiseren van	3	2,5	3	3					11,5	2,9
06. Communicatie over patiëntveiligheid	3	2,5	2	3					10,5	2,6
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	3	3	2	2,5					10,5	2,6
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	2	3	2,5	3					10,5	2,6
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3	4,5	3	3					13,5	3,4
<b>Som per individu</b>	<b>23,5</b>	<b>28</b>	<b>23,5</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Gemiddelde cultuurniveau per individu</b>	<b>2,6</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>		<b>2,8</b>

Dimensie \ artsen	1	2	3	4	5	6	7	8	som per dimensie	gemiddelde per dimensie
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	3	3							6	3,0
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	3	2							5	2,5
03. Registratie en evaluatie van incidenten	2	2							4	2,0
04. Middelen	2,5	3							5,5	2,8
05. Leren van incidenten en realiseren van	4	3,5							7,5	3,8
06. Communicatie over patiëntveiligheid	3	3							6	3,0
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	2	3							5	2,5
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	3	3							6	3,0
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3	4							7	3,5
<b>Som per individu</b>	<b>25,5</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Gemiddelde cultuur niveau per individu</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>		<b>2,9</b>



## 4 De IZEP workshop

### 4.1 Identificeer een geschikte gespreksleider

De eerste stap om met het instrument aan de slag te gaan is om een geschikte gespreksleider te identificeren (Box 4.1). De gespreksleider dient weloverwogen gekozen te worden en moet ervaring hebben in de gezondheidszorg, alsmede leiderscapaciteiten hebben om de IZEP workshop te leiden. Mensen die nauw betrokken zijn bij het onderwerp patiëntveiligheid hebben de voorkeur boven externe mensen. We adviseren dat de workshop wordt geleid door iemand van binnen de organisatie.

Box 4.1 Wie dient de IZEP workshop te leiden?

IZEP workshops kunnen het best geleid worden door iemand met kennis van risico- en proces management in de organisatie. Dit kan een risicomanager zijn, een beleidsmedewerker kwaliteit/veiligheid, een stafid of een andere professional die een leidende rol heeft in de patiëntveiligheidsagenda van het ziekenhuis. In termen van persoonlijke karaktereigenschappen, zou een leider vertrouwd moeten zijn met, en enthousiast zijn over IZEP. De leider moet ook kennis hebben over de ontwikkeling van het instrument en bereid zijn om zich goed voor te bereiden.

### 4.2 Begrijp de theorie achter IZEP

De gespreksleider van een IZEP workshop raden we aan de relevante achtergrond die beschreven is in deze handleiding te bestuderen (hoofdstuk 3). Voorts heeft stichting NIVEL een standaard presentatie voor de IZEP workshop voorbereid inclusief de sprekersnotities die men van te voren kan doornemen.

### 4.3 IZEP workshop in de praktijk

Het is belangrijk dat de juiste mensen in de IZEP workshop participeren (zie paragraaf 2.4). Daarnaast is het essentieel om goed aan te kondigen waar en wanneer de workshop plaatsvindt (zie voor een voorbeeld bijlage 1). Leg het doel van de workshop van tevoren uit. Geef ook aan dat de workshop er niet is voor prestatie management. Breng de deelnemers ervan op de hoogte dat de workshop ongeveer twee uur duurt. Het kan ook korter indien u van tevoren besluit IZEP niet in zijn geheel te gebruiken; u kunt er bijvoorbeeld ook voor kiezen een aantal dimensies te selecteren (bijvoorbeeld: dimensie 1, 3, 5 en 6).

### 4.4 Benodigheden IZEP workshop

In bijlage 2 vindt u een 'checklist' die u kunt gebruiken bij het voorbereiden van de IZEP workshop.

## 4.5 Stappenplan IZEP workshop

In deze paragraaf wordt stapsgewijs de gang van zaken tijdens een IZEP workshop uiteengezet, zonodig is aangegeven welke dia's van toepassing zijn uit de standaard IZEP presentatie.

Stel vooraf aan de workshop vast voor wie de workshop bedoeld is (paragraaf 2.4) en wat het doel van de workshop is (paragraaf 2.1).

*Stap 1: Leg uit wat de bedoeling en de doelen van de workshop zijn (DIA 1)*

- Introduceer uzelf en leg uit wat de bedoeling van de workshop is, dank iedereen die aanwezig is voor zijn/haar komst.
- Geef in het kort een overzicht van de workshop waarin u het proces uitlegt dat doorlopen gaat worden. Benadruk dat de workshop interactief is om de leermomenten te maximaliseren.

*Stap 2: Leg de achtergrond van IZEP uit (DIA 2– 8)*

- Geef de standaard IZEP presentatie waarin de achtergrond van IZEP wordt uitgelegd.
- Zorg ervoor dat de betekenis van de vijf cultuurniveaus van de cultuurladder en de inhoud van de dimensies duidelijk worden.
- Zorg dat er tijd is voor vragen.

→ Stap 1 en 2 duren ongeveer 15 minuten.

*Stap 3: Individuele evaluaties (DIA 9 – 10)*

- Wanneer u in de IZEP presentatie aankomt bij de dia 'IZEP workshop' (dia 10), geeft u elke deelnemer het IZEP instrument en een IZEP scoreformulier.
- Leg uit dat iedereen het scoreformulier zelf moet invullen (paragraaf 3.2).
- Benadruk dat ze van rechts naar links lezen, te beginnen bij dimensie 01 (figuur 3.3). Geef iedereen genoeg tijd om het allemaal door te lezen (of de selectie van de dimensies die u van tevoren heeft gekozen).
- Adviseer deelnemers voor elk van de negen dimensies van IZEP het cultuurniveau met de beschrijvingen te kiezen die volgens **henzelf** het beste past bij de afdeling.
- Als men niet kan kiezen tussen twee cultuurniveaus kunnen twee niveaus worden aangevinkt (paragraaf 3.3). Dit betekent dat ze vinden dat de cultuur voor die dimensie zich tussen twee niveaus bevindt.
- Leg uit dat er geen goede en geen foute antwoorden zijn en dat IZEP ontwikkeld is voor verkenning van de veiligheidscultuur op de afdeling, vergroten van bewustzijn over (on)veiligheid en het bevorderen van de discussie daarover.
- Tijdens het invullen kunt u de scoreformulieren van de deelnemers invoeren in het IZEP scoreoverzicht (zie paragraaf 4.6).

→ Deze stap duurt ongeveer 30 minuten.

*Stap 4: Vergelijking van de individuele evaluaties (DIA 11 – 12)*

- Vraag de deelnemers met dezelfde (soort) functie in tweetallen te werken.
- Moedig ze aan voor elke dimensie de meningen/percepties met betrekking tot patiëntveiligheidscultuur op de afdeling te bespreken en de verschillen te beargumenteren.
- Leg de deelnemers uit dat ze moeten proberen consensus te bereiken over het cultuurniveau per dimensie en voor de afdeling in het algemeen.
- Adviseer de deelnemers hun keuzes/beslissingen en de onderbouwing voor de gemaakte scores op het IZEP scoreformulier te noteren. Deze notities kunnen worden gebruikt tijdens de plenaire discussie (stap 5).

→ Deze stap duurt ongeveer 25 minuten

*Stap 5: Bewerkstellig een open discussie over de individuele evaluaties (DIA 13)*

- Nadat stap vier is beëindigd dient een plenaire discussie te worden bewerkstelligd. Laat elk tweetal hun percepties over de huidige patiëntveiligheidscultuur op de afdeling delen en bediscussiëren met de rest van de groep (box 4.2, 4.3). Probeer consensus te bereiken over het huidige cultuurniveau op de afdeling.

**Box 4.2** Wat als niemand zijn mening in de groep wil delen

De oefening die gedaan is in tweetallen (stap vier) is gemaakt om deelnemers voor te bereiden op een meer open discussie in de grote groep. De begeleider zal tijdens stap vier rond moeten lopen en inschatten welk paar zich comfortabel genoeg voelt om de discussie in een grotere groep aan te gaan. Als er een paar is dat terughoudend is en niet als eerste wil, dwing hen dan ook niet. Vraag aan de oudste/meest ervaren deelnemer van een groep om de discussie te beginnen. Denk aan de mix van professies in de groep en ook aan de 'levels of seniority' van de deelnemers.

**Box 4.3** Hoe moet ik reageren als er grote onenigheid in de groep is?

Het is belangrijk te blijven herhalen dat er geen goede of foute antwoorden zijn wanneer u IZEP gebruikt en dat bij het identificeren van verschillende meningen de afdeling kan leren van lessen over veiligheidscultuur. IZEP is geen test, geen meetinstrument; het is een stimulans voor discussie, dus voelt u niet aangevallen als mensen niet dezelfde mening delen over de status van de patiëntveiligheidscultuur op de afdeling.

- Adviseer de notities, zoals gemaakt in stap 4, te gebruiken om de discussie te bevorderen.
- Laat aan de hand van het IZEP scoreoverzicht zien wat het gemiddelde cultuurniveau is in de hele groep en per functie (zie paragraaf 4.6) en bespreek of deze overeenkomen met wat besproken is tijdens stap 4.
- *In het geval van een workshop waarin deelnemers met verschillende functies participeren:* bespreek de dimensies waar de grootste verschillen zitten in gescoorde cultuurniveaus (de scoreverschillen binnen en tussen functies kunt u vinden in het scoreoverzicht, zie paragraaf 4.6). Bespreek de redenen en vraag wat oplossingen kunnen zijn, wat kan men zélf doen om verbeteringen te bewerkstelligen.  
*In het geval van een workshop waaraan deelnemers met dezelfde functies (team) deelnemen:* bespreek in ieder geval de dimensies die het laagst zijn gescoord op de cultuurladder (de score kunt u vinden in het scoreoverzicht,

zie paragraaf 4.6). Bespreek de redenen, vraag waarom en vraag wat oplossingen kunnen zijn, wat kan men zélf doen om verbeteringen te bewerkstelligen.

- Bij voldoende tijd kunnen alle dimensies worden langsgelopen. Bij onvoldoende tijd bij voorkeur de dimensies waar de grootste verschillen zitten per functie of die het laagst scoren bespreken.
- Kijk of u per besproken dimensie consensus kunt bereiken en redenen kunt identificeren voor de verschillende percepties in de groep. Komt het door een beperkte communicatie tussen/binnen groepen/werklevels/functies? Komt het doordat de groepen in verschillende werkomgevingen werken?
- Nadat alle of een aantal patiëntveiligheid dimensies zijn besproken vraagt u de deelnemers te overwegen of het huidige patiëntveiligheid profiel van de afdeling nog steeds is wat zij aanvankelijk dachten (begin stap 5).

→ Deze stap duurt ongeveer 30 minuten.

→ Las hier een pauze in (dit kan eventueel ook na stap 4) (DIA 14).

#### *Stap 6: maak een actieplan (DIA 15)*

- Vraag de deelnemers de dimensies die relatief een laag cultuurniveau toebedeeld hebben gekregen opnieuw te bekijken terwijl de beschrijvingen van een meer volwassen patiëntveiligheidscultuur voor die dimensie(s) worden overwogen. Leg de volgende drie vragen voor aan de groep:
  1. Waar zijn jullie nu?
  2. Waar zouden jullie willen zijn (op de patiëntveiligheid cultuurladder)?
  3. Hoe gaan jullie ervoor zorgen om te komen waar jullie willen zijn?
- Gebruik deze discussie om tenminste één actieplan te maken gericht op één dimensie die volgens de deelnemers de meeste aandacht c.q. verbetering behoeft (box 4.4, 4.5).

#### **Box 4.4** Wat als de deelnemers geen actieplan willen maken?

Geef aan dat niets moet. Leg uit dat het actieplan een onderdeel is van de workshop om voorstellen in daden om te zetten. Het actieplan en de uitvoering ervan is in werkelijkheid de essentie van het bereiken van een meer ontwikkelde patiëntveiligheidscultuur. Juist één actieplan, niet te ingewikkeld en vooral praktisch, heeft de grootste kans van slagen. Het behaalde succes geeft vervolgens een stimulans voor meer verbeterplannen. Merk bijvoorbeeld op dat er al zo veel wordt gesproken, overlegd en gebrainstormd over het verbeteren van de patiëntveiligheid en cultuur, maar de stap naar daadwerkelijk doen meestal ontbreekt.

- Moedig de groep aan om mijlpalen te stellen om specifieke doelen te bereiken en bespreek met ze wanneer ze weer samenkomen om te kijken of er een positieve beweging op de patiëntveiligheidscultuur ladder heeft plaatsgevonden.
- Het is waardevol de specifieke actie te definiëren en om vast te stellen wie verantwoordelijk is voor de uitvoering; gebruik het IZEP actieplan formulier (bijlage 3).
- Tijdens de workshop komen meestal veel goede suggesties voor verbetering ter sprake. Het is niet haalbaar om voor al die ideeën tegelijkertijd een actieplan te maken. Begin met één actieplan. Als een eerste plan succesvol geïmplementeerd is dan geeft dat stimulans om een volgend actieplan uit te voeren. Plannen die niet werken leiden tot demotivatie.

Het is wel aan te raden om tijdens een workshop ideeën te notuleren om deze eventueel als leidraad te gebruiken in een volgende workshop of in een werkbespreking/overleg.

#### Box 4.5 Voorbeeld van een actieplan

Tijdens een IZEP workshop kwam in de groepsdiscussie op een snijdende afdeling naar voren dat elementen van de dimensie 06: 'Communicatie', beter zouden kunnen. De deelnemers gaven aan dat niet alle medewerkers van de afdeling evengoed hun e-mails en post lezen waardoor niet iedereen op de hoogte is van (belangrijke) mededelingen e.d. Zo heeft de afdeling op het intranet van het betreffende ziekenhuis een site met protocollen die voortdurend worden geëvalueerd en zo nodig aangepast. Het bestaan van deze site is lang niet bij elke werknemer van de afdeling bekend. Dit punt werd gedefinieerd in het actieplan.

De deelnemers definieerden het probleem als 'niet iedereen weet dat er een protocollen site voor de afdeling is'. Doel werd iedereen binnen 7 maanden ervan op de hoogte te stellen met na drie maanden een tussenpeiling, ook zou de kennis over de site worden nagevraagd in evaluatiegesprekken. Eén iemand werd voor het actieplan verantwoordelijk gesteld. Er werd afgesproken hoe het plan zal worden uitgevoerd en wanneer en door wie het zal worden geëvalueerd.

#### Stap 7: *Evalueer en leg de bevindingen vast (DIA 15)*

- Registreer de bevindingen van IZEP zorgvuldig. Dit is essentieel om te kunnen vergelijken met vervolg workshops.

## 4.6 Interpretatie van de IZEP scores met behulp van IZEP scoreoverzicht

Tijdens de IZEP workshop kunt u de scores van de IZEP scoreformulieren invoeren in een vooraf aangemaakt IZEP scoreoverzicht (zie 'scoreoverzicht'). Het invoeren kan plaatsvinden tijdens stap drie, als aangegeven in de voorgaande paragraaf. In deze paragraaf wordt uitgelegd hoe het invoeren van de scoreformulieren in zijn werk gaat en wat u vervolgens met de resultaten kunt doen.

In Figuur 4.1 ziet u een leeg IZEP scoreoverzicht weergegeven waarin de scores van de IZEP scoreformulieren per persoon ingevuld kunnen worden. In de meest linker kolom staan telkens de negen dimensies van IZEP. Per functiegroep, verpleging, artsen en leidinggevend/management, kunnen IZEP scores worden ingevuld (in figuur 4.1. voor een maximum van vijf per functie, op de bijgeleverde CD-rom voor een maximum van 10). In de meest rechterkolom worden tijdens het invullen automatisch de gemiddelde scores per dimensie weergegeven. Onder de groene balk verschijnt een samenvatting van de gemiddelden per dimensie per functie.

In figuur 4.2 wordt een voorbeeld gegeven van een ingevuld IZEP scoreoverzicht. Onder de blauwe balken zijn per dimensie de scores ingevuld van respectievelijk de verpleegkundigen, artsen en leidinggevend/management.

Figuur 4.1 Blanco IZEP scoreoverzicht

<b>Dimensies \ verpleging</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>som per dimensie</b>	<b>gemiddelde per dimensie</b>
01. Prioriteit van patiëntveiligheid						0	
02. Incidenten en verantwoordelijkheid						0	
03. Registratie en evaluatie van incidenten						0	
04. Middelen						0	
05. Leren van incidenten en realiseren van						0	
06. Communicatie over patiëntveiligheid						0	
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid						0	
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid						0	
09. Samenwerking en patiëntveiligheid						0	
<b>Som per individu</b>	0	0	0	0	0		<b>gemiddelde cultuurniveau</b>
<b>Gemiddelde cultuurniveau per individu</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
<b>Dimensie \ artsen</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>som per dimensie</b>	<b>gemiddelde per dimensie</b>
01. Prioriteit van patiëntveiligheid						0	
02. Incidenten en verantwoordelijkheid						0	
03. Registratie en evaluatie van incidenten						0	
04. Middelen						0	
05. Leren van incidenten en realiseren						0	
06. Communicatie over patiëntveiligheid						0	
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid						0	
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid						0	
09. Samenwerking en patiëntveiligheid						0	
<b>Som per individu</b>	0	0	0	0	0		<b>gemiddelde cultuurniveau</b>
<b>Gemiddelde cultuurniveau per individu</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
<b>Dimensies \ leidinggevend-management</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>som per dimensie</b>	<b>gemiddelde per dimensie</b>
01. Prioriteit van patiëntveiligheid						0	
02. Incidenten en verantwoordelijkheid						0	
03. Registratie en evaluatie van incidenten						0	
04. Middelen						0	
05. Leren van incidenten en realiseren						0	
06. Communicatie over patiëntveiligheid						0	
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid						0	
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid						0	
09. Samenwerking en patiëntveiligheid						0	
<b>Som per individu</b>	0	0	0	0	0		<b>gemiddelde cultuurniveau</b>
<b>Gemiddelde cultuur level per individu</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
<b>Dimensies \ verschillen</b>	<b>verpleging</b>	<b>artsen</b>	<b>leidinggevend-managem</b>	<b>ement</b>	<b>verschil</b>		
01. Prioriteit van patiëntveiligheid							
02. Incidenten en verantwoordelijkheid							
03. Registratie en evaluatie van incidenten							
04. Middelen							
05. Leren van incidenten en realiseren van							
06. Communicatie over patiëntveiligheid							
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid							
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid							
09. Samenwerking en patiëntveiligheid							
<b>Gemiddelde</b>							

In figuur 4.2 **A** ziet u het IZEP scoreformulier van verpleegkundige 1. Haar scores worden in het score overzicht getalsmatig weergegeven. Bij dimensie 01 ('Prioriteit van patiëntveiligheid') is reactief aangekruist. Deze score is in het IZEP scoreoverzicht aangegeven met een 2. Bij dimensie 04 heeft de verpleegkundige reactief en bureaucratisch aangekruist. Dit is in het IZEP scoreoverzicht aangegeven door een  $((2+3)/2)$  2,5 en zo verder. In het algemeen geldt dus dat de ontkennende cultuur wordt weergegeven door een 1 en de reactieve, bureaucratische, proactieve en vooruitstrevende cultuur respectievelijk met een 2, 3, 4 en 5. Als men meerdere cultuurniveaus heeft aangekruist wordt de score (dus) gemiddeld.

Figuur 4.2 **B** geeft een getalsmatige samenvatting van de scores per functie en per dimensie. U ziet dat de verpleegkundigen van mening zijn dat er gemiddeld over alle dimensies een reactieve tot bureaucratische cultuur (gemiddelde scores  $\geq 2$ ) heerst (zie kolom bij 'vpk'), namelijk 2,8. Voor de artsen en de leidinggevenden/management (l/m) geldt hetzelfde (een score van gemiddeld 2,9). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de veiligheidscultuur op de afdeling voor alle deelnemers gemiddeld hetzelfde is: bureaucratisch.

Wanneer we per functie het scoreoverzicht gaan bekijken (figuur 4.2 kader **B**) zien we dat de verpleegkundigen dimensies 01, 02, 06, 07 en 08, gemiddeld het laagst scoren (2,6 = reactief tot bureaucratisch cultuurniveau). Alleen voor de dimensie 'Samenwerking en patiëntveiligheid' vindt men dat er sprake is van een bureaucratische (score  $\geq 3$ ) richting proactieve cultuur. In de workshop kan uitleg gevraagd worden: waarom scoort deze dimensie hoger, kunnen ze beargumenteren dat de dimensie zich in op bureaucratische tot proactieve cultuur niveau bevindt, kunnen ze de overige deelnemers ook overtuigen? Als u kijkt naar de scores van de artsen ziet u dat de dimensie 03 relatief laag op de cultuurladder wordt geplaatst, waarom, etc. Bij de leidinggevenden/management wordt dimensie 02 heel laag op de cultuurladder geplaatst, wat zijn de argumenten hiervoor en wat zijn de argumenten van de verpleegkundigen en de artsen die deze dimensie hoger scoren, etc.

In de kolom 'verschil' (figuur 4.2. kader **B**) zijn de (absolute) verschillen tussen de scores berekend (door afrondingen in het programma zijn de verschillen gemiddeld wat hoog). U ziet dat bij de dimensies 07, 02 en 08 de drie functies het meest van mening verschillen. In de workshop kan bijvoorbeeld gevraagd worden waarom de leidinggevenden/management deze dimensies relatief een hoger cultuurniveau toebedelen in vergelijking met zowel de artsen als verpleegkundigen, etc. Dimensie 01 scoren de artsen als bureaucratisch (score 3,0). Wat zijn de redenen en waarom vinden de leidinggevenden dat de prioriteit reactief is en nauwelijks bureaucratisch (score 2,3). Kunnen de deelnemers aan elkaar uitleggen waarom ze voor de respectievelijke cultuurniveaus hebben gekozen? De verpleegkundigen scoren de dimensie 01 'er tussen in', wat is hun visie en waarom. Wat moet er volgens de leidinggevenden (in theorie of in werkelijkheid) gebeuren om de prioriteit te verhogen en wat volgens de artsen en verpleegkundigen? Kan er consensus bereikt worden over het cultuurniveau op deze dimensie? Ga per dimensie na waarom er verschillen zijn. Indien er onvoldoende tijd is bespreek dan met name de dimensies waar de grootste verschillen zitten. De verschillen in scores per dimensie zijn ook goed zichtbaar in de grafische weergave van het IZEP scoreoverzicht (figuur 4.3). De grafische weergave vindt u in het programma door links onderaan op tabblad 'grafiek 1' te klikken. Het heeft de voorkeur om de 'grafische weergave te gebruiken in de IZEP workshop.

Figuur 4.2 IZEP scoreoverzicht. Voorbeeld van een workshop waarin 4 verpleegkundigen (vpk), 2 artsen, en 2 leidinggeevenden c.q. managers (l-m) deelnemen.

A. IZEP scores van verpleegkundige 1.

B. Overzicht gemiddelde scores van alle deelnemers aan de workshop.

Dimensies \ verpleging	1	2	3	4	5	6	7	8	som per dimensie	gemiddelde per dimensie
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	2	2,5	3	3					10,5	2,6
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	2	3	2,5	3					10,5	2,6
03. Registratie en evaluatie van incidenten	3	3	2,5	3					11,5	2,9
04. Middelen	2,5	3,5	3	2,5					11,5	2,9
05. Leren van incidenten en realiseren van	3	2,5	3	3					11,5	2,9
06. Communicatie over patiëntveiligheid	3	2,5	2	3					10,5	2,6
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	3	3	2	2,5					10,5	2,6
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	2	3	2,5	3					10,5	2,6
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3	4,5	3	3					13,5	3,4
<b>Som per individu</b>	<b>23,5</b>	<b>28</b>	<b>23,5</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>gemiddelde cultuurniveau</b>
<b>Gemiddelde cultuur level per individu</b>	<b>2,6</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>		<b>2,8</b>

Dimensie \ artsen	1	2	3	4	5	6	7	8	som per dimensie	gemiddelde per dimensie
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	3	3							6	3,0
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	3	2								
03. Registratie en evaluatie van incidenten	2	2								
04. Middelen	2,5	3								
05. Leren van incidenten en realiseren van	4	3,5								
06. Communicatie over patiëntveiligheid	3	3								
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	2	3								
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	3	3								
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3	4								
<b>Som per individu</b>	<b>25,5</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>0</b>						
<b>Gemiddelde cultuur level per individu</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>						

Dimensies \ leiding-management	1	2	3	4
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	2	2,5		
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	2	2		
03. Registratie en evaluatie van incidenten	2	3,5		
04. Middelen	3	3,5		
05. Leren van incidenten en realiseren van	3,5	3		
06. Communicatie over patiëntveiligheid	3	3		
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	4	3,5		
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	4	3		
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3	2,5		
<b>Som per individu</b>	<b>26,5</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>0</b>
<b>Gemiddelde cultuur level per individu</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>

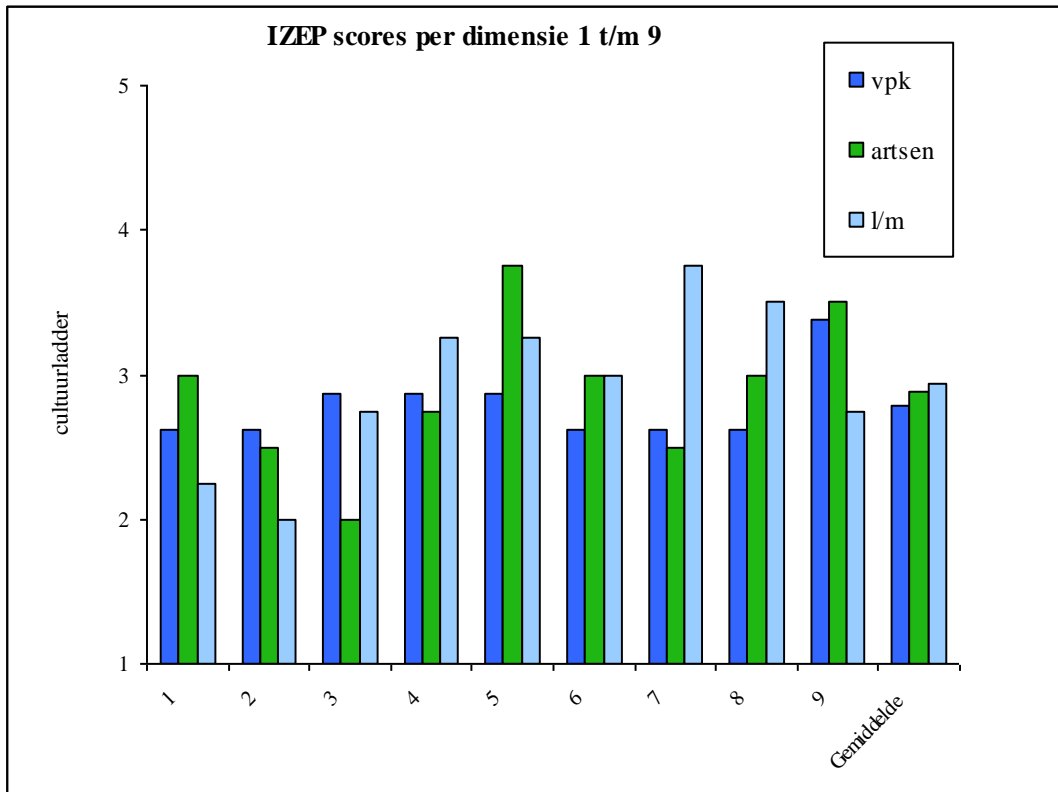
IZEP - SCOREFORMULIER										
Datum: september 2006										
Afdeling: urologie										
Functie: verpleegkundige 1										
Dimensie van patiëntveiligheidscultuur										
	Onkenmend	Reactief	Bureaucratisch	Proactief	Vooruitstrevend					
1. Prioriteit patiëntveiligheid		X								
2. Incidenten en verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid		X								
3. Registratie en evaluatie van incidenten			X							
4. Middelen		X	X							
5. Leren van incidenten en realiseren van verbeterplannen			X							
6. Communicatie over patiëntveiligheid			X							
7. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid			X							
8. Bijscholing en training gericht op (patiënt) veiligheid		X								
9. Samenwerking en patiëntveiligheid			X							

B										
Dimensies \ verschillen	vpk	artsen	l/m	verschil	* rang vpk	* rang artsen	* rang l/m	* rang verschil		
01. Prioriteit van patiëntveiligheid	2,6	3,0	2,3	0,8	5	3	8	5		
02. Incidenten en verantwoordelijkheid	2,6	2,5	2,0	1,3	5	7	9	3		
03. Registratie en evaluatie van incidenten	2,9	2,0	2,8	0,3	2	9	6	9		
04. Middelen	2,9	2,8	3,3	0,8	2	6	3	5		
05. Leren van incidenten en realiseren van	2,9	3,8	3,3	0,8	2	1	3	5		
06. Communicatie over patiëntveiligheid	2,6	3,0	3,0	0,8	5	3	5	5		
07. Personeelsbeleid en patiëntveiligheid	2,6	2,5	3,8	2,3	5	7	1	1		
08. Bijscholing en training gericht op veiligheid	2,6	3,0	3,5	1,8	5	3	2	2		
09. Samenwerking en patiëntveiligheid	3,4	3,5	2,8	1,3	1	2	6	3		
<b>Gemiddelde</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>0,3</b>						

\* rang geeft de volgorde van dimensies met hoogste naar laagste score op de cultuurladder aan.

Figuur 4.3 Voorbeeld van een grafische weergave van het IZEP scoreoverzicht





## Bronvermelding

- Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Quality and Safety in Health Care* 2005, 14(6):417-421.
- Hudson PT, Parker D, Lawton R, Verschuur WLG, van der Graaf GC, Kalff J. The Hearts and Minds project: Creating intrinsic motivation for HSE. In: *Proceedings SPE International Conference on Health Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*. Richardson TX: Society of Petroleum Engineers, 2000.
- Hudson PT, van der Graaf GC, Parker D, Lawton R, Verschuur WLG. HSE tools: Wich tools are appropriate? In: *Proceedings SPE International Conference on Health Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*. Richardson TX: Society of Petroleum Engineers, 2000.
- Hudson PT, Willekes FC. The hearts and Minds project in an operating company: Developing tools to measure culture factors. In: *Proceedings SPE International Conference on Health Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*. Richardson TX: Society of Petroleum Engineers, 2000.
- Institute of medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- National Academy Press, 2000 Parker D, Hudson PT. Understanding your culture. EP 2001-5124, Shell International Exploration and Production, 2001.
- Parker D, Hudson PT. Understanding your culture. EP 2001-5124, Shell International Exploration and Production, 2001.
- Reason J. The Identification of Latent organizational failures in complex systems. In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, eds. *Verification and validation of complex systems: human factor issues*. New York: Springer-Verlag, 1993: 223-237.
- Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of available instruments. *Health Services Research* 2003, 38(3):923-945.
- Wagner C, van der Wal G. Begrippenkader patiëntveiligheid: incidenten, complicaties en adverse events. *Medisch contact* 2005, 60(74): 1888-1891.
- Westrum R. Cultures with requisite imagination, In: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, eds. *Verification and validation of complex systems: human factor issues*. New York: Springer-Verlag, 1993: 401-416.
- Willems R. Je werkt hier veilig, of je werkt hier niet. Eindrapportage, Shell Nederland, november 2004.



## Bijlage 1: Voorbeeld van een informatiebrief

Plaats, dag/maand/jaar

Geachte mevrouw/meneer,

Dank voor uw deelname aan de IZEP workshop voor de zelfevaluatie van de patiëntveiligheidscultuur op uw afdeling.

Tijdens de workshop gaat u, na een korte introductie over het **Instrument voor Zelf Evaluatie van Patiëntveiligheidscultuur (IZEP)**, met z'n allen aan de slag. Eerst individueel, daarna in tweetallen en aansluitend met de hele groep. Het doel is consensus te bereiken over de huidige patiëntveiligheidscultuur op de afdeling. Vervolgens zal er aan de hand van IZEP gekeken worden welke onderdelen, die van belang zijn voor een optimale patiëntveiligheidscultuur, kunnen worden verbeterd op uw afdeling. U maakt zelf het plan van aanpak.

In de workshop is niets fout of goed, het is géén test en géén overhoring. De workshop geeft wel de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de meningen en visies van werknemers (met verschillende functies) van de afdeling ten aanzien van de patiëntveiligheidscultuur en handvaten voor verbetering.

De IZEP workshop zal op **dag/maand/jaar** in uw eigen ziekenhuis plaatsvinden van **tijd-tijd** in **kamer**.

Met hartelijke groet,

XXXXXX



## **Bijlage 2: Checklist voorbereiding IZEP**

### Vooraf aan de IZEP workshop

- Uitnodiging versturen aan deelnemers van de IZEP workshop, per brief of e-mail, zie voor voorbeeld bijlage 1.
- Reserveren van een ruimte voor de workshop, inclusief beamer en laptop
- Bestellen koffie, thee, versnaperingen, of iets dergelijks.
- Doornemen hoofdstuk 3 en 4 van de handleiding en de sprekersnotities behorende bij de standaard IZEP presentatie.
- Doornemen standaard IZEP presentatie en bekijken IZEP scoreoverzicht (op bijgevoegde CD-rom).
- Presentatie oefenen evenals het invullen van, en omgaan met, het IZEP scoreoverzicht

### Dag van de IZEP workshop

- Checken of laptop, beamer, etc functioneren.
- Voldoende IZEPs' en IZEP scoreformulieren voor het aantal workshop deelnemers
- Voldoende pennen en papier
- IZEP actieplan formulieren



## Bijlage 3: IZEP actieplan formulier

### IZEP ACTIEPLAN

IZEP  
Instrument voor Zelf Evaluatie  
van de Patiëntveiligheidscultuur

Datum:

Afdeling:

ACTIE	
Wat is het probleem?	
Wat gaan we doen?	
Wie gaat het doen, wie is verantwoordelijk?	
Wie evalueert?	
Wanneer wordt er geëvalueerd?	

