



Modulaire opleiding pijn, 20/02/2025

1

Brainstorm: Kwaliteit is ...

- Wat verstaan jullie onder goede kwaliteit?
- Waarom werken aan kwaliteit?
- Hoe is het gesteld met de kwaliteit van zorg?
- Hoe wordt kwaliteit zichtbaar gemaakt?
- Hoe komt het dat de zorg (niet) optimaal is?
- Wat werkt om de kwaliteit te verbeteren?



2

Quality is...

The **degree to which** health services for individuals and populations increase the likelihood of **desired health outcomes** and are consistent with current **professional knowledge**.

Institute of Medicine (IOM)



3

Kwalitatieve zorg is

- Patiëntgericht
- Effectief
- Efficiënt
- Veilig
- Tijdig
- Billijk

4

Kwalitatieve zorg is

Patiëntgericht

De individuele cultuur, sociale context en specifieke noden van de patiënt verdienen respect, en de patiënt zou een actieve rol moeten spelen bij het nemen van beslissingen over zijn/haar zorg.

=> persoonsgericht (patiënt en medewerker) (FlaQum)

5

Kwalitatieve zorg is

Effectief

Zorg moet verleend worden overeenkomstig de huidige evidentie zonder onderbenutting of overbenutting van best beschikbare technieken.

Zorg bereikt dat waarvoor zij bedoeld is: genezing, verbetering van levenskwaliteit, verlenging van het leven, verlichting van lijden.

6

Kwalitatieve zorg is

Efficiënt
 Het gezondheidszorgsysteem moet continu zoeken om verspilling van voorraden, uitrusting, ruimte, kapitaal en tijd te verminderen/vermijden.
 Zorg wordt verstrekt met een maatschappelijk aanvaarde verhouding tussen het te bereiken resultaat en in te zetten middelen.



7

Kwalitatieve zorg is

Tijdig
 De zorg moet worden geleverd op het moment dat de patiënt deze behoeft. Onbedoeld wachten dat geen informatie of tijd om te helen verschaft is een systeemfout...



8

Kwalitatieve zorg is

Billijk
 Gelijke zorg wordt verstrekt zonder enig onderscheid op basis van de persoon van de zorgvrager.
 Ras, etnische afkomst, geslacht of inkomen zouden niemand moeten verhinderen hoogkwalitatieve zorg te krijgen.



9



10

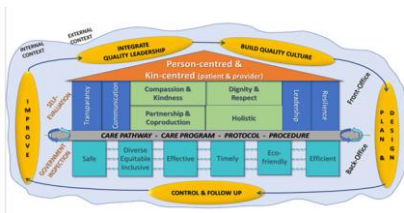
11

Dimensies van kwaliteit



11

Huis van vertrouwen



Vanhaecht, Lachman et al, 2024.

K. Marquet

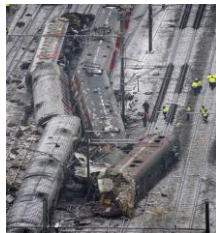
12

Hoe veilig is bungee jumping?



13

Hoe veilig is het treinverkeer?



14

Hoe veilig is de luchtvaart?



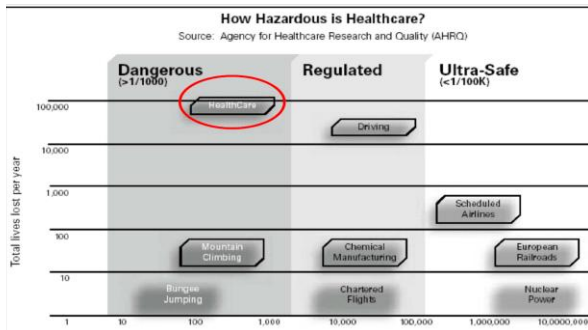
15

Hoe veilig is het verkeer?

Verkeersdoden België	2011	2010	2000
	770	742	1470



16



17

Bij alle menselijke handelingen, maar ook bij niet handelen



James Reason
Human Error, 1990



Lucian Leape
Error in Medicine, 1994

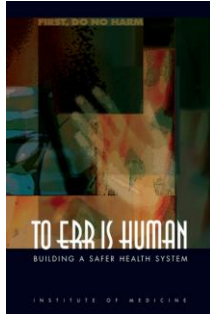
Veiligheid van de zorg komt geleidelijk (gelukkig) steeds meer onder de aandacht

18

Toch goede gezondheidszorg?

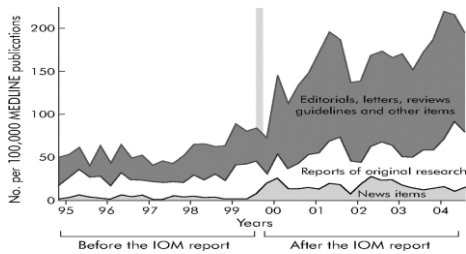
- “Jaarlijks minimum 44000 tot 98000 overlijdens in Amerikaanse ziekenhuizen als gevolg van een vermijdbare fout” (5-10%)
- Wereldwijd tonen diverse studies 2-6 vergelijkbare resultaten aan

1 Kahn ET et al. *To Err is Human*, 2000. 2 Wilson RM et al. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.
 3 Baker GR et al. *CMAJ* 2004; 170: 1679-86. 4 Davis P et al. *NZ Med J* 2002; 115: U271.
 5 Vincente C et al. *Br Med J* 2001; 322: 517-19. 6 Schugler T et al. *Spiegel* Langer 2001; 168: 1370-78.



19

Impact?



Steffens et al. *Qual Saf Health Care* 2006.

20

Belgische gezondheidszorg?

- Eerder geen onderzoek op primaire data <>¹
 - Transpositie naar België: 4000 overlijdens/jaar
 - O.b.v. administratieve data (minimale klinische gegevens -MKG data)²: 1500 à 2000 overlijdens/jaar²
 - Inwendige: 7.12%, chirurgische: 6.32%

1 Marquet et al. *Crit Care Medicine* 2015; 43(5):1053-61. 2 Van den Heede K et al. *Intern J for Quality in Health Care* 2006; 18: 211-219.



21

10 jaar later? IOM: Crossing the quality chasm

- Significant gap tussen
 - kwaliteit die patiënten zouden moeten krijgen,
 - Kwaliteit die patiënten krijgen

↕
 Noodzaak tot redesign systemen
 Evidence-based kennis aanwezig om
 kwaliteitsvol en veilig te werken



22

approach, tables and figures to summarize our findings.
 Results: We included 13 systematic reviews published between 2006 and 2022 building on primary evidence from 1977 to 2022. Twelve reviews investigated the relationship between nurse staffing and resident safety outcomes (107 unique primary studies), and one review focused on allied health professionals (38 primary studies). Five reviews originated as work to inform governmental recommendations on staffing. We found diverse approaches used to investigate the staffing-outcome relationship with regard to design, timeframe, operationalization, data-source and theoretical rationales guiding the studies. The most prominently reported resident safety outcomes were pressure ulcers and urinary tract infections. Commonly reported staffing mea-

Over the last two decades, patient safety has gained attention in various healthcare settings, including residential long-term care. Given a frail and comorbid profile, the ever-growing nursing home population is particularly vulnerable to healthcare-related harm (Vincent, 2016), e.g., from adverse events such as falls, nosocomial infections or medication-related problems (Committee on the Quality of Care in Nursing Homes et al., 2022). Evidence from a retrospective chart review indicates that up to 33 % of residents experience at least one adverse event (e.g., a fall or medication-related event) within the first 30 days of their stay, two-thirds of which result in temporary or lasting harm (Office of Inspector General and Levinson, 2014). Based on a systematic review, 16–27 % of residents are involved in medication errors (Ferrah et al., 2017); and a European study reported a 3.9 % point prevalence of healthcare-associated infections in long-term care residents (Suetens et al., 2018).

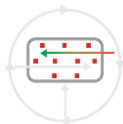
Blatter et al., The relationship between nursing home staffing and resident safety outcomes: A systematic review of reviews. International Journal of Nursing Studies 150 (2024) 104641

23

23



Multicenter en multidisciplinair retrospectief dossieronderzoek naar adverse events met een ongeplande verhoging van het zorgniveau



24

Multi-center & multidisciplinair dossieronderzoek

- 6 ziekenhuizen
- Eenzelfde getraind en onafhankelijk team
 - Arts (urgentiearts - anesthesist)
 - Onderzoeksverpleegkundige (Lic, BBT)
 - Klinisch apotheker
- Volledige patiëntendossier
 - Medisch dossier
 - Verpleegkundig dossier
 - Geneesmiddelen overzicht
- Retrospectief



Kristel Marquet

25

Adverse event

Adverse event (AE) wordt gedefinieerd als ⁽¹⁾

- "onbedoelde **schade of complicatie**,
- die **resulteert** in functionele beperking, verlenging van hospitalisatie of overlijden,
- die veroorzaakt is door het **gezondheidssysteem** eerder dan door de gezondheidstoestand van de patiënt" (inclusief omissies)"



¹ Wilson, RM et al., 1995.

26



Kristel Marquet

De Vries et al. 2008.

27

Ongeplande verhoging van het zorgniveau

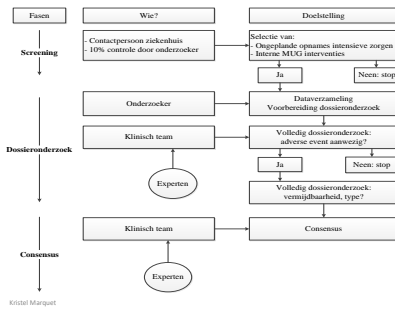
- Ongeplande opname op intensieve zorgen
 - Bestaande trigger voor detectie van adverse events
 - Australië: klinische kwaliteitsindicator

Een interventie van de interne MUG



Kristel Marquet

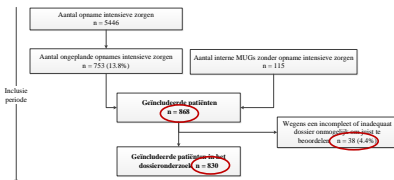
28



Kristel Marquet

29

Inclusieproces



Kristel Marquet



30

Variable	Number (%)
Age category	
- 21-40	45 (5.4)
- 41-65	218 (26.3)
- 66-79	329 (39.5)
- ≥80	239 (28.8)
Male	421 (50.7)
Comorbidities: ASA classification at the moment of hospital admission	
- I: Normal healthy patient	60 (7.2)
- II: Patient with mild systematic disease	171 (20.6)
- III: Patient with severe systematic disease	231 (27.8)
- IV: Patient with severe systematic disease that is a constant threat to life	368 (44.3)
ADL functional limitations	54 (6.7)
Previous hospital admission ≤ 3 months	38 (4.5)
Cognitive impairment	77 (9.3)
APACHE II at ICU admission, mean ±SD	17.8 ± 8.7
Number of medications on admission, mean ±SD	7.4 ± 4.7
Polypharmacy on admission (≥5 different prescription medications)	58 (7.0)

Kristel Marquet

31

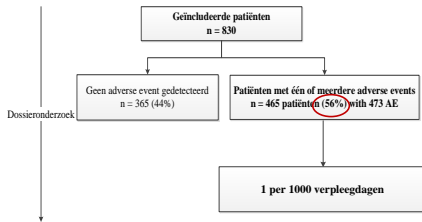
Enkele dossiers...



Kristel Marquet



32



Kristel Marquet

Vermijdbaarheid van adverse events?

33



Kristel Marquet

34

One Fourth of Unplanned Transfers to a Higher Level of Care Are Associated With a Highly Preventable Adverse Event: A Patient Record Review in Six Belgian Hospitals

Kristel Marquet, RN, MSc, PhD student¹; Neere Claes, MD, PhD, oMHA^{1,2}; Elke De Troy, MSc³; Gaby Kox, MD⁴; Martijn Droogmans, MSc⁵; Ward Schooten, MD, PhD^{1,2}; Frank Wolkers, MD, PhD⁶; Annetie Vliegen, MSc, PhD; Marjan Vandeweyer, MD, PhD⁷; Arthur Vlieghe, MD, PhD⁸

Objective: The objectives of this study were to determine the preventability and preventability of adverse events requiring an unplanned higher level of care, defined as an unplanned transfer to the ICU or in-hospital medical emergency team intervention, and to assess the type and the level of harm of each adverse event.

Design: A three-stage retrospective review process of screening, audit review, and consensus judgment was performed.

Setting: Six Belgian acute hospitals.

Study of Medicine and Life Sciences, Hasselt University, Belgium.

Patients: During a 6-month period, all patients with an unplanned need for a higher level of care were selected.

Intervention: The records 6-month period, the records of patients with an unplanned need for a higher level of care were assessed by a hospital clinical team consisting of a research nurse, a physician, and a clinical pharmacist.

Measurements and Main Results: Adverse events were found in 4 of the 60 assessed patient records (6.7%). Of these, 21% (10) were highly preventable. The overall incidence rate of patients transferred to a higher level of care because of an adverse event was 1.5%.

35

35

AE classification	AE n, (%)	Highly preventable AE n, (%)
Wrong therapy: an AE arising when a correct diagnosis was made. At least one of the following conditions was met: there was incorrect medication therapy or a delay in the medication treatment (preventable adverse drug reaction)	134 (20.6)	134 (100)
Wrong surgery: an AE related to a surgical procedure	124 (20.7)	28 (22.6)
Wrong diagnosis: an AE arising from a delayed or wrong diagnosis	65 (10.1)	80 (98.2)
Systemic issue: an AE in relation to problems with hospital processes such as nosocomial infection or equipment malfunction	65 (10.1)	8 (12.3)
Procedure-related: an AE in relation to a procedure such as insertion of a central venous line, nasogastric tube, cardiac catheterization, etc.	49 (9.4)	7 (14.3)
Therapeutic (other than drug therapy/surgery/medical procedure): an AE arising when a correct diagnosis was made but there was incorrect therapy or a delay in the treatment	30 (5.7)	24 (80.0)
Drug/Fluid: side effects, allergic reactions, anaphylaxis (adverse drug reactions)	28 (5.0)	0
Anesthesia: an AE related to the given anesthesia	14 (2.7)	4 (28.6)
Other clinical management: including nursing care and allied healthcare	10 (1.9)	6 (60.0)
Other (e.g., fall)	6 (1.1)	2 (33.3)

AE: adverse event

Kristel Marquet

36

Psychologische veiligheid



43

Volatile

The environment demands you react quickly to ongoing changes that are unpredictable and out of your control

Uncertain

The environment requires you to take action without certainty

Complex

The environment is dynamic, with many interdependencies

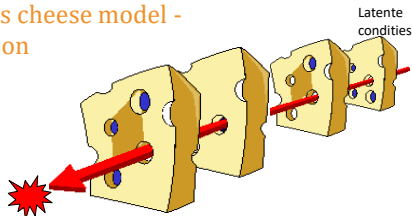
Ambiguous

The environment is unfamiliar, outside of your expertise



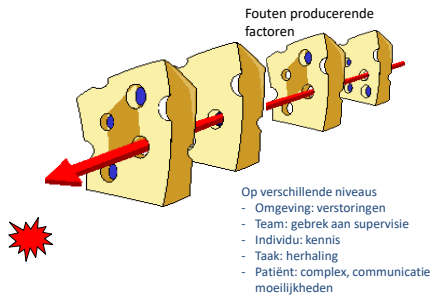
44

Swiss cheese model - Reason

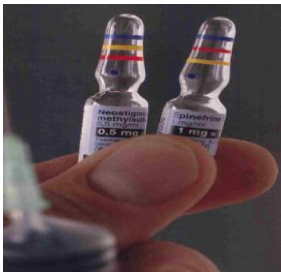


- Sluimerende gebreken, verborgen, onzichtbaar
- Steeds aanwezig; vereisen continue aandacht
- Beïnvloedt door organisatie & management cultuur
- Bv werkomgeving; tijdsdruk, beperkte training

45



49



50



51



55



56

Waarnemingsfouten

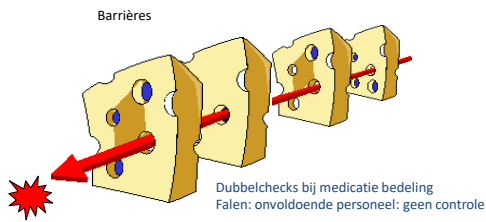
Vlognes een odenzroek aan de Cmabrigde Uinervtisy, is het niet baelrngijk in wleke vlgodore de lterres van het wordod satan. Het einge blenargijke is dat de eretse en de lastate ltteer van het wordod op de juiste palats staan. De rset kan geowon door elakar ggoioed wrdoen en je kan het toch nog lzeen zeondr prelobemn. De vrkelraing is dat de mnseleijke hsreenen niet alle lterers afoznedrijjk leezn, maar het wordod als een geehel.

57

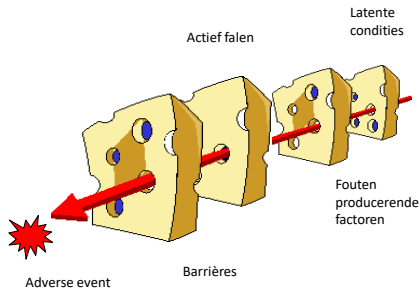
Waarnemingsfouten



58



59



60

Situaties met een verhoogd risico op AE



61

Individuele factoren



Hungry
Angry
Late
Tired



Illness
Medication
Stress
Alcohol
Fatigue
Emotion



62



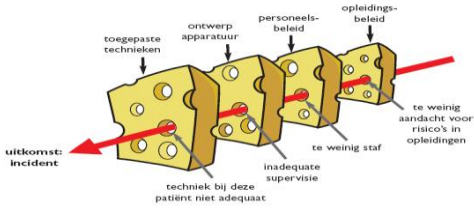
Zwitsers kaasmodel

- Patiëntonveiligheid is niet enkel het gevolg is van menselijk falen



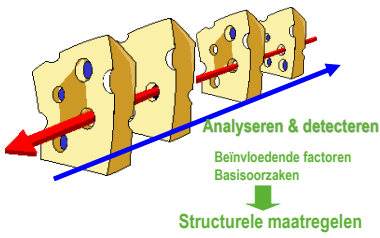
63

It's not bad people, it's bad systems



64

64



65

When you are in deep SMIIT, say nothing, and try to look. You know what you're doing.



- Aanpak: systeem verbeteren
- Voorschrijven
 - Bewaren
 - Bereiden
 - Toedienen
 - Medische en verpleegkundige opvolging
 - Audits en bijsturing

Kristel Marquet

66

Voorschrijven

- Elektronisch voorschrijven & valideren
 - Klinische paden met evidence-based voorschrijfsets
 - In medicatiebeheer: oplosmiddel: wat, hoeveelheid, perfusiesnelheid, etc.
 - Indien mondeling: ISBARR
- Pijnmedicatie wordt gelinkt aan pijnschalen
- Bij 'zo nodig medicatie': indicatie, dosis/toediening en max dosis/24h ingeven

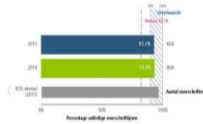


Kristel Marquet

67

Voorschrijven: opvolging door apotheek

- Klinische validatie door apotheek
 - SAFE lijsten (Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers VZA)
- Klinische farmacie
- Opvolging VIP² indicator volledig geneesmiddelvoorschrift



Kristel Marquet

www.zorgkwaliteit.be

68

Bewaren & bereiden

- Bewaren & registratie
 - Vanaskast
- Bereiden
 - Intrathecale mengsel: apotheek
 - PCA mengsel: anesthesie/pijnspecialist (gedelegeerde handeling)

Kristel Marquet

69

Als het toch mis loopt

- Melden
- Retrospectief analyseren



Kristel Marquet

85

Take home messages

- Veel ADE
 - ADE met pijnmedicatie met ernstige impact: beperkt
 - Toch dagelijks (p)ADE met pijnmedicatie
- Bewust zijn en dagelijks aandacht hebben
- Maar
 - Correcte medicamenteuze opvolging van pijn start met goede opvolging pijnbeleid... en dat kan maar mits teamwork*

Kristel Marquet

86



87



Bedankt

Kristel.marquet@opzcrekem.be

089/222234



88