



# Veilige zorg als blijvende uitdaging

Senioren Universiteit Hasselt

Prof. dr. Johan Hellings 15 januari 2024



**UHASSELT**

KNOWLEDGE IN ACTION

# Hoe ontstaat onveiligheid in het verkeer ?



# Veel inspanningen om het verkeer veiliger te maken



NEWSROOM

Jobs

Over Vias

Newsletter



NL FR EN

VERKEERSVEILIGHEID

MOBILITEIT

VEILIGHEID

PUBLICATIES

CONSULTING

ACADEMY

CONTACT

Test je kennis over  
elektrische steps



Doe je mee met de quiz?

Er hoeft maar één **BOB** te zijn  
Helmut Lotti



Helmut Lotti maakt lied voor BOB-campagne

# Veel inspanningen om het verkeer veiliger te maken



[Veilig rijden](#)

[Weggebruikers](#)

[Leren rijden](#)

[Campagnes](#)

[Contact](#)

HOME - VEILIG RIJDEN

## Afleiding



# Veel inspanningen om het verkeer veiliger te maken



[Veilig rijden](#)

[Weggebruikers](#)

[Leren rijden](#)

[Campagnes](#)

[Contact](#)

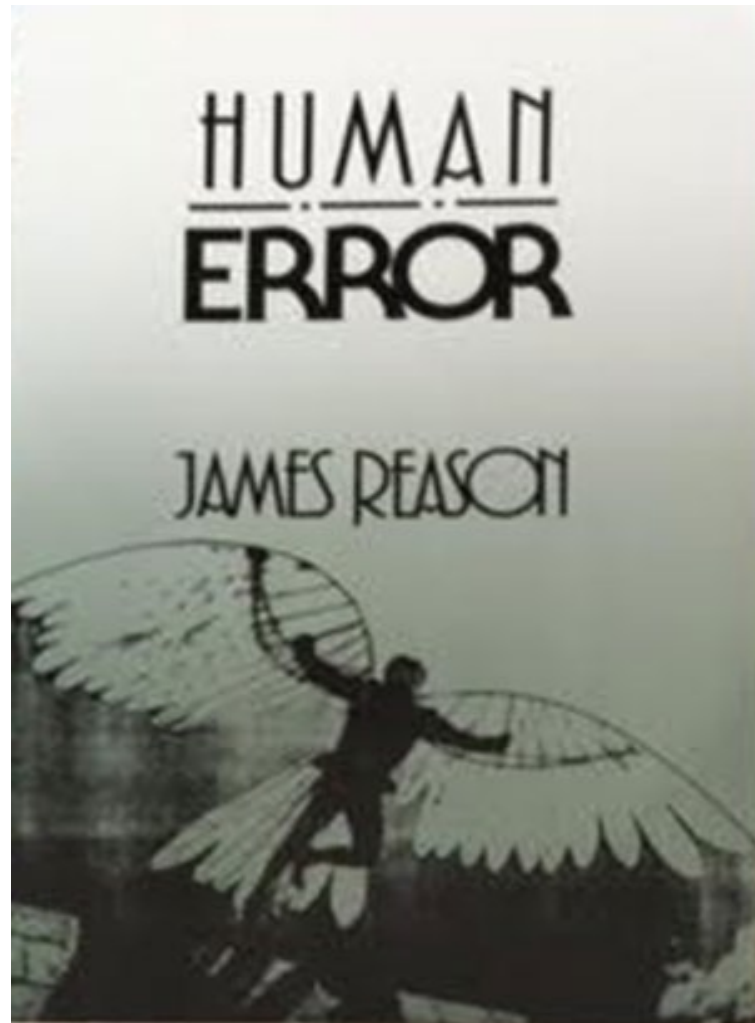


HOME - VEILIG RIJDEN

## Zichtbaarheid



# Hoe ontstaat onveiligheid ?



# Error ?

- the failure of a planned action to achieve its intended outcome
- a deviation between what was actually done and what should have been done (J. Reason)
- a definition that may be easier to remember is: **“Doing the wrong thing when meaning to do the right thing.”**

Medical error is a complex issue, but error itself is an **inevitable part of the human condition**

*“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work” (J. Reason)*

# Why Do Errors Happen? How Can We Prevent Them?

<https://youtu.be/JL5GTxDzApk> (4 min L. Leape)





# Terminologie

- Een **incident** is een "onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden."
- Indien het incident niet tot schade voor de patiënt leidt, maar de potentiële schade wordt voorkomen door een tijdige gepaste interventie = "**near miss**".
- Indien het incident effectief tot schade aan de patiënt leidt, is sprake van een "**adverse event**" = "*an event that results in unintended harm to the patient by an act of commission or omission rather than by the underlying disease or condition of the patient.*"

# Terminologie

Een **complicatie** is "een onbedoeld en ongewenst resultaat dat optreedt tijdens of dat volgt op het handelen van een hulpverlener en dat voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is of dat er sprake is van onherstelbare schade."

- Een complicatie kan volgen uit de aard zelf van de onderliggende ziekte, uit een mogelijke comorbiditeit, uit specifieke kenmerken van de patiënt, enz.
- Een complicatie kan echter ook veroorzaakt worden door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem. In dat geval is er sprake van een vermijdbare, ongewenste gebeurtenis.

# Terminologie

Een complicatie die niet mede volgt uit een incident moet als een “**berekend risico**” worden beschouwd. Er werd dan correcte zorg verstrekt. Dergelijke complicatie is - naar huidige wetenschappelijke kennis en inzichten niet vermijdbaar. Wanneer de complicatie mede volgt uit een incident gaat het om incorrecte zorg. De complicatie wordt dan voorkoombaar of vermijdbaar genoemd.

Bij patiëntveiligheid gaat het om het zo ver mogelijk reduceren van **potentieel vermijdbare schade en sterfte**. ‘Potentieel vermijdbaar’ betekent immers dat de schade mogelijk voorkómen had kunnen worden omdat er sprake was van suboptimale zorgverlening en tekortkomingen in de organisatie van zorg.

# Situations associated with an increased risk of error

- unfamiliarity with the task\*
- inexperience\*
- shortage of time
- inadequate checking
- poor procedures
- poor human equipment interface

\* Especially if combined with lack of supervision

# Publicatie NEJM, begin 2023

*The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

## The Safety of Inpatient Health Care

David W. Bates, M.D., David M. Levine, M.D., M.P.H.,  
Hojjat Salmasian, M.D., Ph.D., M.P.H., Ania Syrowatka, Ph.D., David M. Shahian, M.D.,  
Stuart Lipsitz, Sc.D., Jonathan P. Zebrowski, M.D., M.H.Q.S.,  
Laura C. Myers, M.D., M.P.H., Merranda S. Logan, M.D., M.P.H.,  
Christopher G. Roy, M.D., M.P.H., Christine Iannaccone, M.P.H., Michelle L. Frits, B.A.,  
Lynn A. Volk, M.H.S., Sevan Dulgarian, B.S., B.A., Mary G. Amato, Pharm.D., M.P.H.,  
Heba H. Edrees, Pharm.D., Luke Sato, M.D., Patricia Folcarelli, Ph.D., R.N.,  
Jonathan S. Einbinder, M.D., M.P.H., Mark E. Reynolds, B.A.,  
and Elizabeth Mort, M.D., M.P.H.

## Publicatie NEJM, begin 2023

Internationally, in a systematic review published in 2008, de Vries and colleagues found that adverse events occurred in approximately 1 in 10 admissions across multiple countries, and almost half the events were considered to be preventable.<sup>6</sup> A more recent international meta-analysis published in 2019 by Panagioti and colleagues supported these findings.<sup>7</sup>

# Publicatie NEJM, begin 2023

Some types of adverse events, such as health care–associated infections, can be identified much more effectively than others, which suggests a need to improve routine tracking, especially for events such as adverse drug events. There is considerable variability among hospitals in adverse event rates, with larger sites having rates of approximately 40% or higher; this finding suggests that if hospitals had data that were more reliable and more routinely collected, it is possible that monitoring could be improved, adverse event rates could be reduced, and improvement strategies could be shared through careful study of interventions. Other key organizational elements such as safety culture and strong leadership with respect to safety and quality are also needed to advance performance. Our findings are an urgent reminder to all health care professionals of the need for continuing improvement in the safety of the care we deliver.

Met zorg lezen aub ...

Deze inzichten en aanbevelingen van de internationale top inzake veilige zorg zijn van bijzonder groot belang om verdere vooruitgang te boeken ...

Zorgvuldig, stap voor stap en gekaderd in een goed ontworpen systeem ...

# Impact van onveiligheid

- Helaas weinig onderbouwd cijfermateriaal beschikbaar voor Belgische/Vlaamse ziekenhuizen.
- Kristel Marquet 2015, Critical Care Medicine: 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 (paper beschikbaar).
- Cijfers uit een surveillance rapport van het European Centre for Disease Prevention and Control (2011 – 2012) tonen aan dat 7,1% (95% BI 6,1% – 8,3%) van de gehospitaliseerde patiënten in Belgische, acute ziekenhuizen een zorginfectie kreeg, waarvan een aanzienlijk aandeel te voorkomen was.



# Impact van onveiligheid

Onderzoek uit Nederland (Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse ziekenhuizen, NIVEL 2017):

- Uit de resultaten blijkt dat 9,9% (95% BI 8,9-11,0) van de in het ziekenhuis overleden patiënten te maken heeft gekregen met zorggerelateerde schade.
- Bij 4,3% (95% BI 3,6-5,1) van de opnames was sprake van potentieel vermijdbare schade.
- Bij 3,1% (95% BI 2,5%-3,8%) van de opnames van overleden patiënten was sprake van potentieel vermijdbare sterfte.

# Impact van onveiligheid

Onderzoek uit Nederland (Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse ziekenhuizen, NIVEL 2017):

- Geëxtrapoleerd naar alle in het ziekenhuis overleden patiënten zijn **1.035 (95% BI 835-1.269) patiënten in 2015/2016 zeer waarschijnlijk voortijdig overleden door potentieel vermijdbare schade.**
- Een kwart van de patiënten, die overleden door potentieel vermijdbare schade, had een geschatte levensverwachting van meer dan vijf jaar en 80% van meer dan een jaar.

# Volledig rapport online beschikbaar



Zoeken

Home

Projecten

Publicaties

Home » Publicatie » Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016 dossieronderzoek bij overle

Publicatie

Publicatie datum: 28-11-2017

## Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen.

Langelaan, M., Broekens, M.A., Bruijne, M.C. de, Groot, J.F. de, Moesker, M.J., Porte, P.J., Schutijser, B., Singotani, R., Smits, M., Zwaan, L., Wagner, C. Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. www.nivel.nl: NIVEL, 2017.

Download de PDF

De onderhavige meting heeft uitsluitend betrekking op in het ziekenhuis overleden patiënten in 2015/2016. Aan het onderzoek hebben 19 willekeurig geselecteerde ziekenhuizen deelgenomen. De ziekenhuizen zijn een goede afspiegeling van alle Nederlandse ziekenhuizen wat betreft type ziekenhuis (academisch, topklinisch, algemeen) en regionale spreiding. In elk ziekenhuis is een willekeurige steekproef getrokken van 150 overleden patiënten. **In totaal zijn ruim 2800 opnames van overleden patiënten beoordeeld.**



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

# Hoe ontstaat onveiligheid in de zorg ?

*Error in Medicine.* Leape L. JAMA, 1994, 272, 23: 1851-1857.

- The basic health care system approach is **to rely on individuals not to make errors rather than to assume they will.**
- The belief in the '**perfectibility model**': if physicians and nurses could be properly trained and motivated, then they would make no mistakes !
- The aviation model – the medical model: ex. **periodic recertification** has never been accepted in health care

# Hoe ontstaat onveiligheid in de zorg?

Omdat we mens zijn, maken we onvermijdelijk "errors": thuis, op de weg, op ons werk, elke dag, allemaal ...

Dat kan om vele redenen: je wordt onderbroken bij een taak, je bent vermoeid, het is druk, je moet veel combineren, ...

We hechten veel belang aan vrijheid inzake zorg, voor onszelf, voor onze naasten, in de keuzes die we maken, ...

Er is ook veel vrijheid in de organisatie van de zorg, we hechten (terecht) veel belang aan onafhankelijkheid inzake diagnostiek en behandeling, we hebben het soms lastig met systemen, met toezicht, met procedure, met hiërarchie, ...

# Toen werd veiligheid (even) belangrijker dan vrijheid



# Hoe ontstaat onveiligheid in de zorg ?

- De feilbare mens wordt zorgverlener en doet elke dag zijn uiterste best, meer dan ...
- De drijvers van het zorgsysteem waarin de zorgverlener moet werken zijn onvoldoende afgestemd op veiligheid, complex en sluimerende gebreken krijgen onvoldoende aandacht ...
- *"Every system is perfectly designed to get the results it gets"* (W. Edwards Deming).
- Onvermijdelijk ontstaan "errors" in de zorg voor de kwetsbare patiënt die wel vermijdbaar zijn ...

# Hoe ontstaat onveiligheid in de zorg ? (paper beschikbaar)

J R Coll Physicians Edinb 2018; 48: 225–232 | doi: 10.4997/JRCPE.2018.306

REVIEW

## Cognitive bias in clinical medicine

ED O'Sullivan<sup>1</sup>, SJ Schofield<sup>2</sup>

### Abstract

Cognitive bias is increasingly recognised as an important source of medical error, and is both ubiquitous across clinical practice yet incompletely understood. This increasing awareness of bias has resulted in a surge in clinical and psychological research in the area and development of various 'debiasing strategies'. This paper describes the potential origins of bias based on 'dual process thinking', discusses and illustrates a number of the important biases that occur in clinical practice, and considers potential strategies that might be used to mitigate their effect.

**Keywords:** cognitive bias, diagnostic error, heuristics, interventions

**Financial and Competing Interests:** No financial or competing interests declared

**Correspondence to:**  
ED O'Sullivan  
Department of Renal  
Medicine  
Royal Infirmary of Edinburgh  
51 Little France Crescent  
Edinburgh EH16 4SA  
UK

**Email:**  
eindosullivan@gmail.com



# Diagnostic errors

**Zijn diagnostische fouten te vermijden?** Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, Commentaar 25-12-2018, R. Gans:

*Het klinisch redeneren van dokters blijkt net zo goed als besluitvorming in het algemeen onderhevig te zijn aan vooroordelen, een zekere 'bias'.*

*Naarmate de ervaring van artsen toeneemt, vertrouwen zij steeds meer op patroonherkenning op basis van 'ziekte-scripts', die hen in staat stellen snel en effectief te kunnen werken. Dit maakt de ervaren clinicus een expert.*

*Deze wijze van denken is niet-analytisch en is representatief voor het zogenoemde 'systeem 1-denken'.*

# Diagnostic errors

*De tegenhanger hiervan is het analytische **stelsel 2-denken**, dat een bewuste, systematische en reflectieve manier van denken betreft, die evenwel meer moeite kost en langzamer is.*

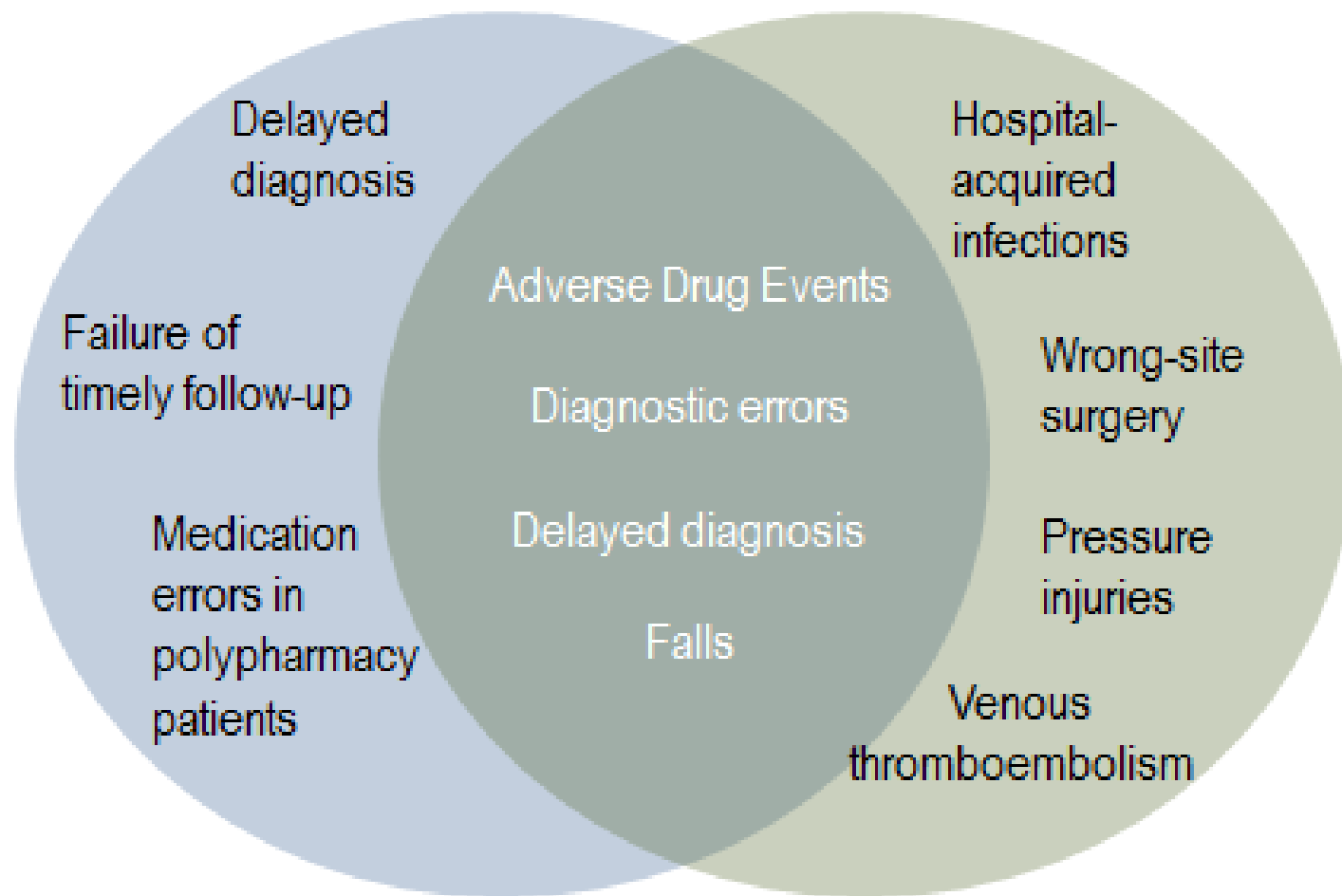
*Juist het stelsel 1-denken is gevoelig voor vooroordelen en maakt gebruik van vuistregels, een van de aspecten van patroonherkenning van de ervaren arts. Patroonherkenning heeft als voordeel dat het snel is en meestal goed gaat.*

***Denkfouten zijn hierbij evenwel een belangrijke valkuil.***

# Safety towards the patient care continuum

## Primary and ambulatory care

## Hospital care



# Zorg in transitie

- Sterke punten gezondheidszorg, maar ook complex en soms gefragmenteerd
- Steeds meer zorg kan thuis of ambulant
- Toename ouderen met “frailty” en chronische ziekten
- Digitalisatie en opportuniteiten elektronisch patiëntendossier
- Grote diversiteit/kloof in gezondheidsvaardigheden
- Druk op verblijfsduren en efficiëntie in ziekenhuizen
- Besparingen en nieuwe zorgconcepten
- Druk op zorgprofessionals en soms onderbestaffing
- ...

**Paradox: in dergelijke transitie en complexiteit zou veiligheid een expliciet aandachtspunt moeten zijn, maar ...**



## Internationale aandacht vanaf 1999



Error in medicine, JAMA, 1994,  
Lucian Leape (zeer beperkte  
aandacht)

Sterke mediafocus in US ...

Institute of Medicine (IOM) Report  
1999 = start internationale patient  
safety beweging, opgepikt door de  
WHO, policymakers ...

2008: opstart onderzoeksgroep  
patient safety UHasselt



## Geen gebrek aan inzichten: maar goed definiëren

Kwaliteit van zorg: “De mate waarin de geleverde zorg voor individuen en voor de gemeenschap overeenkomt met de gewenste zorgresultaten en in overeenstemming is met de actuele professionele kennis en inzichten.”

Patiëntveiligheid: “Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.”

# Veiligheid gekaderd in kwaliteit van zorg

Zes dimensies van kwaliteit inzake gezondheidszorg  
(Institute of Medicine - IOM):

- **Effectief**: zorg moet werkzaam zijn
- **Patiënt georiënteerd**: zorg in functie van de noden van de patiënt, uitgevoerd in overleg met de patiënt
- **Tijdig**: nodeloze wachttijden vermijden
- **Toegankelijk**: geen onderscheid in ras, stand of overtuiging en betaalbaar
- **Efficiënt**: geen verspilling van middelen
- **Veilig**: geen vermijdbare schade oplopen tijdens de zorg

Aan te vullen met: **continu** (in kader van het zorgtraject) en **geïntegreerd** (bv in kader van geestelijke gezondheidszorg)

# Drie soorten kwaliteitsproblemen

- Te weinig zorgen krijgen: vb. niet vaccineren
- Te veel zorgen krijgen: vb. antibiotica voor virale verkoudheid
- Verkeerde zorgen krijgen: vb. verkeerd geneesmiddel

Meeste aandacht naar **verkeerde zorgen = meest spectaculair**

De juiste zorg voor het juiste probleem vereist dat het stellen van een diagnose en het voorstellen van een therapie even belangrijk zijn als het goed uitvoeren van de nodige zorg.

= veel aspecten van veilige zorg, in ziekenhuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, zorgtrajecten, ...



# Een voorbeeld: is handhygiëne belangrijk?

In het midden van de 19de eeuw deed de Weense obstetricus en patholoog Ignaz Semmelweis baanbrekende observaties in de obstetrische afdelingen van het universitair ziekenhuis te Wenen.

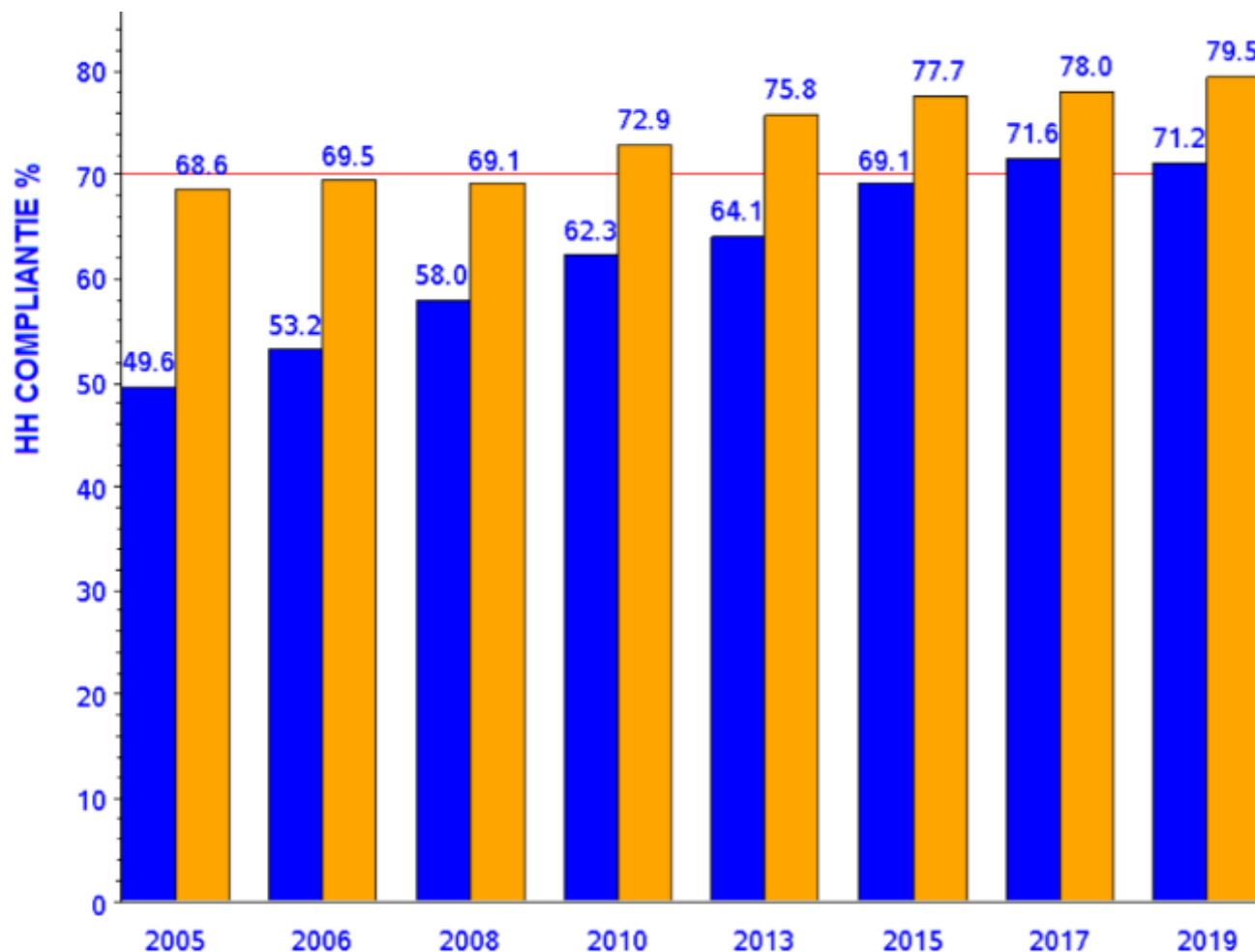
Semmelweis ontdekte het mechanisme van overdracht van kiemen via de handen van zorgverleners. Hij adviseerde om tussen patiëntencontacten de handen te wassen.

Grote consternatie, beschuldigingen en ontslag ...

Het belang van handhygiëne werd pas 15 jaar later algemeen aanvaard.



# Hoe goed is de handhygiëne in onze ziekenhuizen?



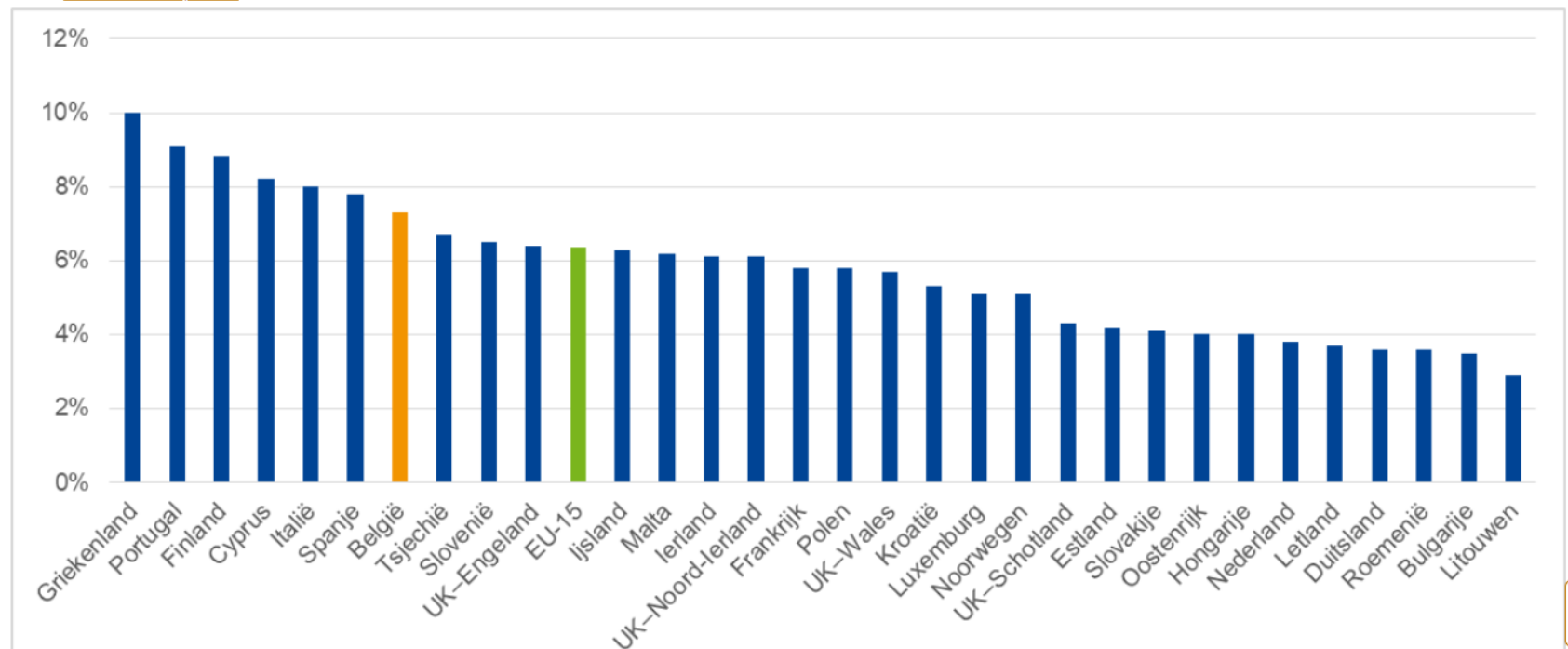
**Figuur 1** • Evolutie van de handhygiëne (HH) compliantie, vóór en na campagne, voor de acht opeenvolgende campagnes in ziekenhuizen, België, 2005-2019

# Is er een verband met ziekenhuisinfecties?

- In 2017 had naar schatting 7,3% van de ziekenhuispatiënten op een bepaalde dag tenminste één nosocomiale infectie. Dit cijfer is stabiel ten opzichte van de resultaten van 2011 (7,1%), maar blijft hoger dan het gemiddelde van de EU-15 (6,4%) (Figuur 1).
- De drie meest gediagnosticeerde nosocomiale infecties zijn longontstekingen (22%), urineweginfecties (21%) en infecties van de wonde na een operatie (17%).
- De drie bacteriën die het vaakst voorkomen zijn *Escherichia coli* (18%), *Staphylococcus aureus* (9%) en *Pseudomonas aeruginosa* (5%).

**Figuur 1 - Prevalentie van nosocomiale infecties in Europese acute zorgziekenhuizen (2016–2017)**

Bron: [Suetens et al., 2018](#)



# Vooruitgang kan niet zonder systematiek

*"We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work"* (L. Leape)

- Risico inventarisatie
- Analyse van incidenten en complicaties
- Uitbouwen van preventieve barrières: vb elektronisch voorschrift met onverenigbaarheden, alerts, ...
- Veiligheidscultuur ontwikkelen
- Betrokkenheid en interactie met patiënten, verwanten, huisartsen, ... ontwikkelen
- Aandacht voor de zorgverstreker betrokken bij het incident, het "second victim".

# Vooruitgang kan niet zonder systematiek

*"We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work"* (L. Leape)

De accreditatie/iso kaders reiken een systematiek van onafhankelijke toetsing aan, mede gebouwd op internationale standaarden en richtlijnen. Deze kaders zijn geen doel op zich, maar een middel om systematiek te ontwikkelen.

Bijvoorbeeld: implementatie van de "safe surgery checklist" vanuit een team perspectief

- Systematisch en voor elke geplande ingreep?
- Recht van de patiënt?

# Checklist veilige heekunde

## Vóór de inductie van de anesthesie

(met minstens de verpleegkundige en de anesthesist)

Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en heeft de patiënt zijn/haar toestemming gegeven?

Ja

Is de plaats van de ingreep aangeduid?

Ja  
 Niet van toepassing

Zijn de anesthesieapparatuur, het materiaal, de producten en de geneesmiddelen gecontroleerd?

Ja

Is de pulsoximeter bij de patiënt aangebracht en functioneert hij?

Ja

Heeft de patiënt:

Een gekende allergie?

Nee  
 Ja

Een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie?

Nee  
 Ja, hulp en materiaal beschikbaar

Een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)?

Nee  
 Ja, IV lijnen/centrale lijn en voldoende substitutie zijn voorzien

## Vóór de incisie van de huid

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)

Bevestigen van de identiteit van de patiënt, de ingreep, de plaats van de ingreep

Werd in de loop van de voorbije 60 minuten de antibioticaprofylaxe toegediend?

Ja  
 Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

Voor de chirurg:

Welke zijn de potentiële chirurgische problemen (kritische of ongewone stappen)?  
 Hoe lang zal de ingreep duren?  
 Wat is het te verwachten bloedverlies?

Voor de anesthesist:

Zijn er specifieke patiëntgerelateerde problemen?

Voor de verpleegkundigen:

Werd de steriliteit bevestigd (met de resultaten van de indicatoren)?  
 Zijn er problemen met de uitrusting of zijn er andere aandachtspunten?

Is het relevante medisch beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal?

Ja  
 Niet van toepassing

## Vóór het verlaten van de operatiezaal

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

De verpleegkundige bevestigt mondeling:

De benaming van de uitgevoerde ingreep  
 Het tellen van de instrumenten, kompressen en naalden werd uitgevoerd  
 Het etiketteren van de weefselstalen (luidop lezen van de etiketten met inbegrip van naam patiënt)  
 Of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken

Voor de chirurg, de anesthesist en de verpleegkundige:

De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt zijn genoteerd



Deze checklist bevat enkel de basiselementen. Aanpassingen en toevoegingen, rekening houdend met de lokale context, worden aangemoedigd.  
Bron: WHO Surgical Safety Checklist, versie 2009, URL <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008

# Veel is mogelijk ...

- Systemen en procedures bieden houvast aan de zorgprofessional, maar er is nood aan voortdurende opleiding, ondersteuning en opvolging;
- Procedures tav veilige zorg zullen steeds meer transmuraal worden, in lijn met het zorgtraject van de patiënt;
- Procedures zullen steeds meer digitaal ondersteund worden, met elektronische gegevensdeling;
- De patiënt en zijn naasten kunnen/zullen een belangrijke rol vervullen in de veiligheid van hun zorgtraject.

# Vooruitgang kan niet zonder cultuur

*"We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work"* (L. Leape)

*Veiligheidscultuur: "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 wijze van zorgverlening te vermijden of te beperken"* (Kizer)

Belang van de lerende organisatie en van "just culture" (Reason)

<https://youtu.be/P2a69klu37k> What is "just culture"? (5,30 min)



# Geen gebrek aan inzichten

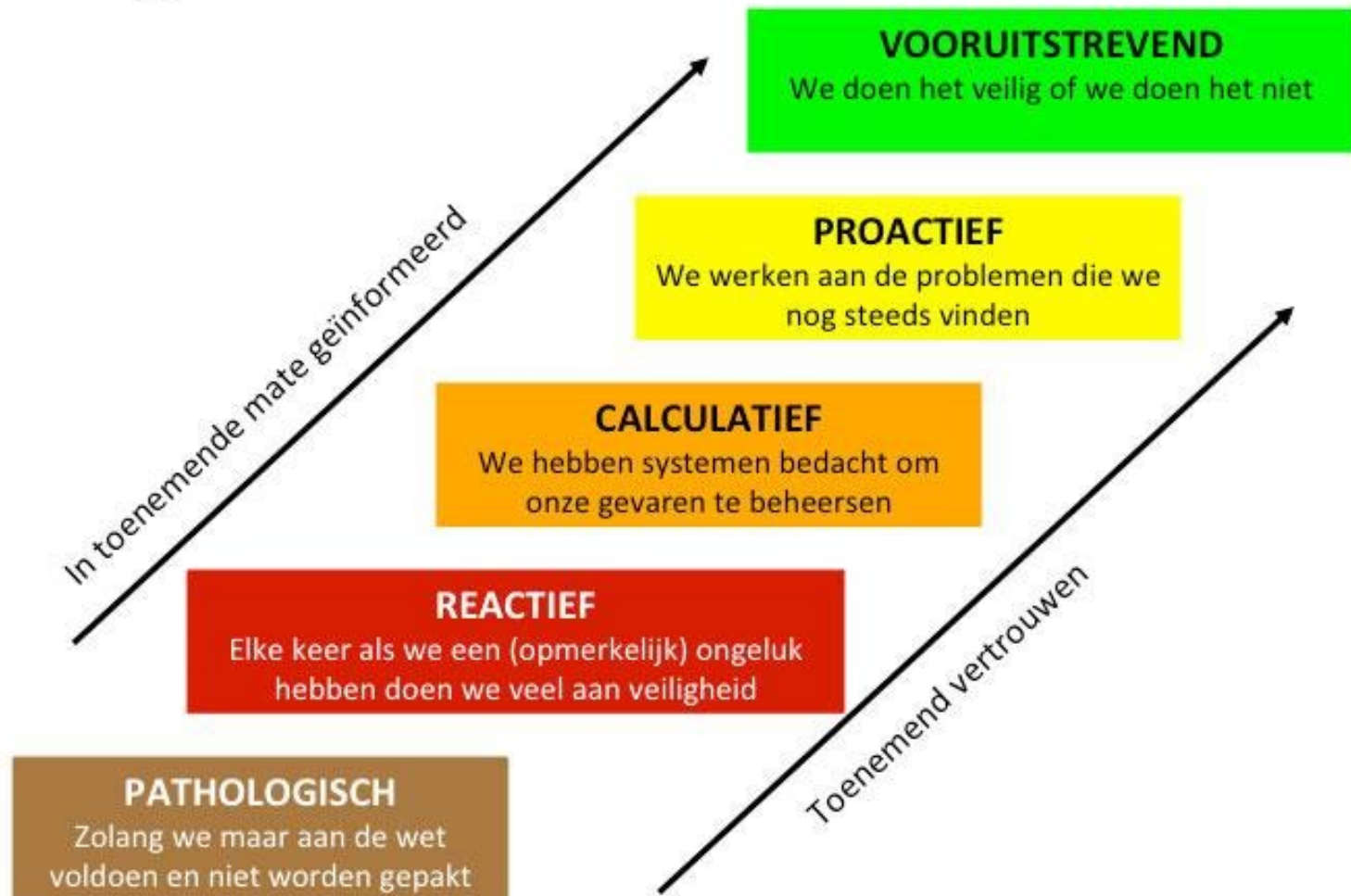
Leape L. N Engl J Med, Vol. 347, No. 20 · November 14, 2002 · 1636.

**TABLE 2. CHARACTERISTICS OF SUCCESSFUL REPORTING SYSTEMS.\***

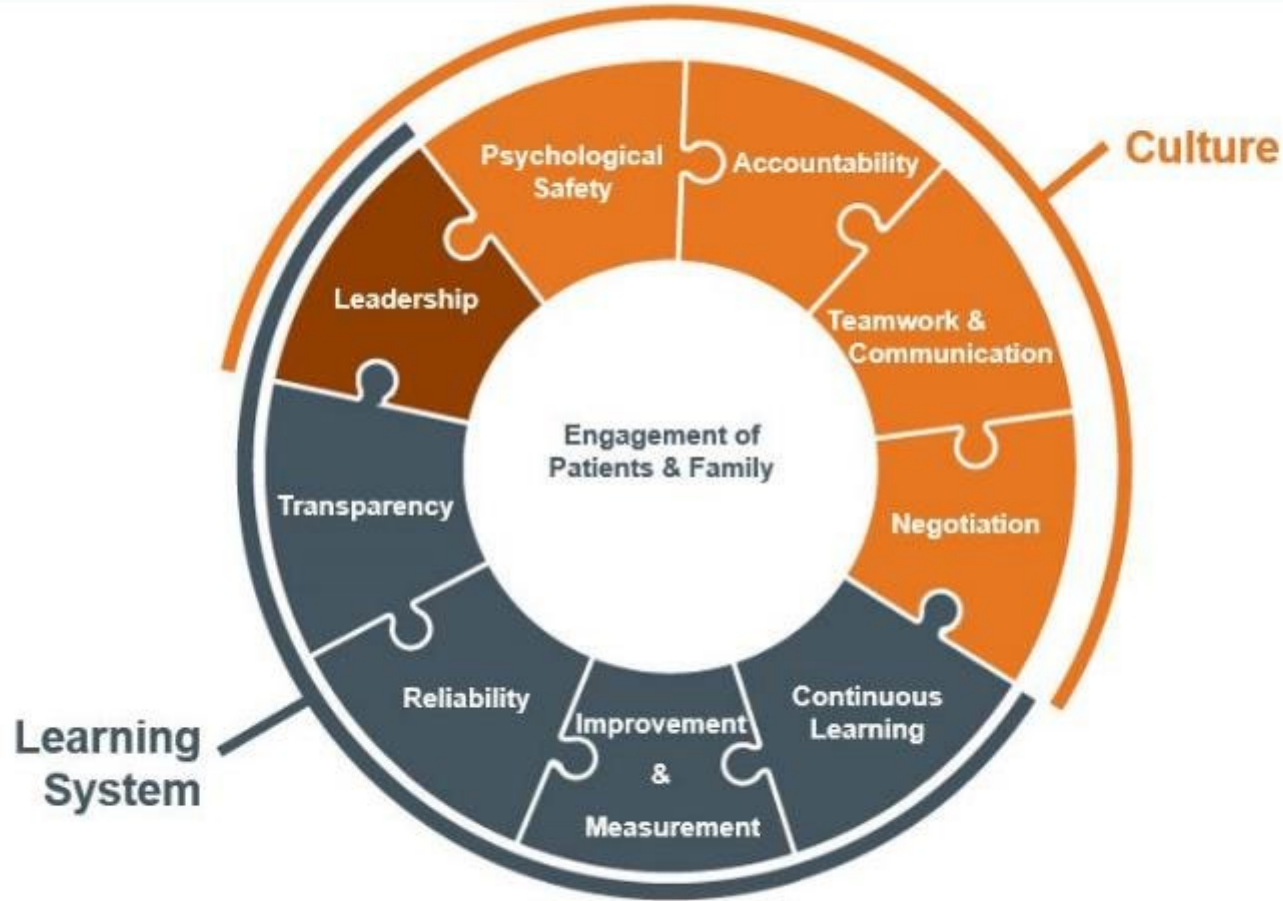
CHARACTERISTIC	EXPLANATION
Nonpunitive	Reporters are free of fear of retaliation or punishment from others as a result of reporting.
Confidential	The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed to a third party.
Independent	The program is independent of any authority with power to punish the reporter or organization.
Expert analysis	Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and who are trained to recognize underlying systems causes.
Timely	Reports are analyzed promptly, and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified.
Systems-oriented	Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than on individual performance.
Responsive	The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations, and participating organizations agree to implementing recommendations when possible.

\*Adapted from Cohen,<sup>22</sup> Connell,<sup>30</sup> Cohen,<sup>36</sup> and Gaynes et al.<sup>37</sup>

# Veiligheidscultuur



# Framework for Safe, Reliable, and Effective Care



© Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare

Source: Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017. (Available on [ihi.org](http://ihi.org))



# Fonds medische ongevallen

- Geïnstalleerd door de federale overheid – RIZIV in 2010 om nieuw perspectief te geven aan mensen die schade lijden door de gezondheidszorg, los van eventuele fout(en);
- Moeizame start en achterstand, maar bijkomende inspanning en versnelling van de dossiers;
- Advies over aansprakelijkheid, na onderzoek en inschatten van de omvang van de geleden schade;
- Uitkeren van schadevergoeding en terugvorderen bij de eventuele aansprakelijke partij;
- Organiseren van bemiddeling;
- Belangrijke maatschappelijk opdracht.

# Internationale referentiekaders?



# WHO actieplan 2030



# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 1

## **Policies to eliminate avoidable harm in health care**

---

**Make zero avoidable  
harm to patients a state  
of mind and a rule of  
engagement in the  
planning and delivery of  
health care everywhere**

---



# WHO actieplan 2030

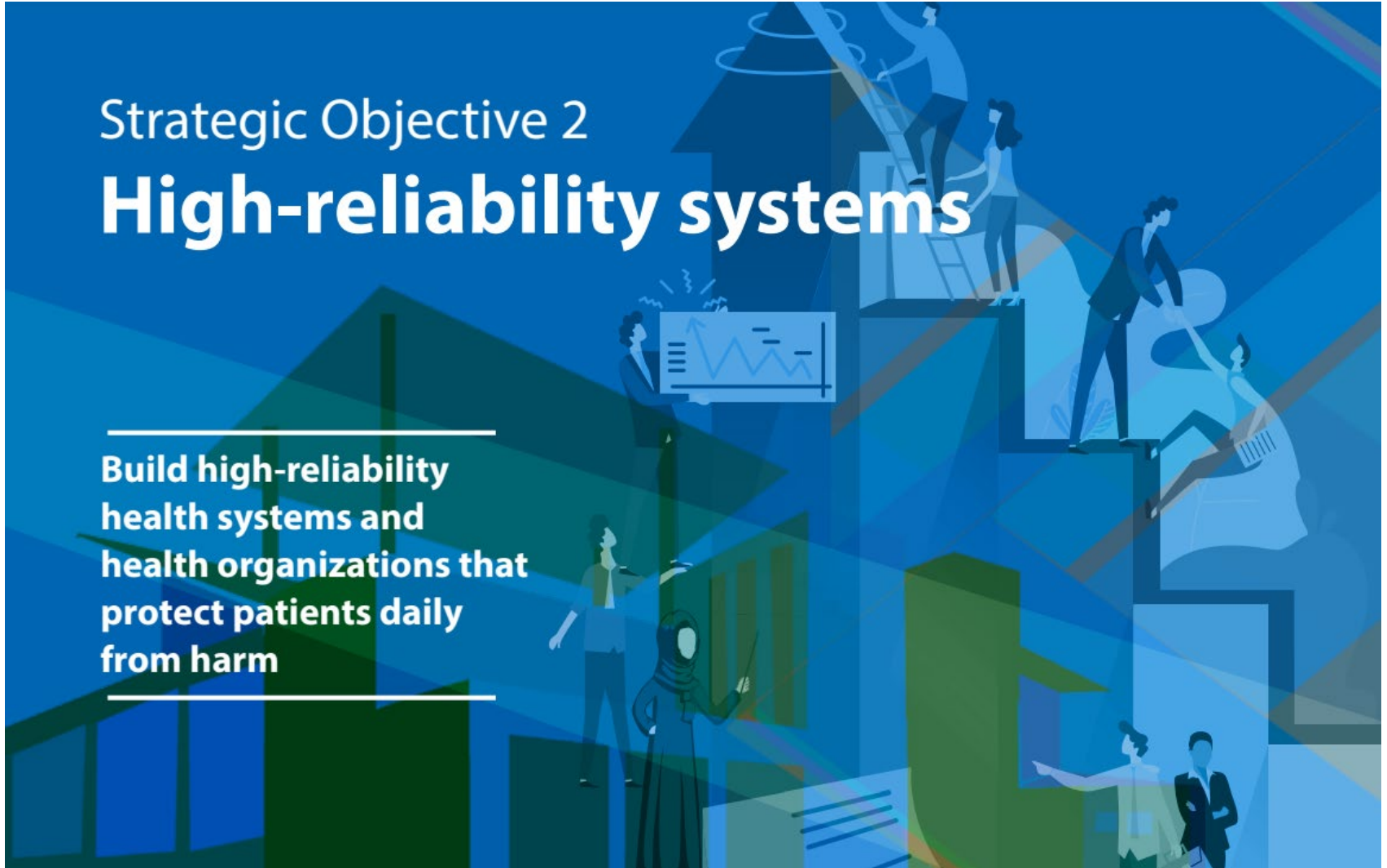
Strategic Objective 2

## High-reliability systems

---

**Build high-reliability  
health systems and  
health organizations that  
protect patients daily  
from harm**

---





# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 3

## Safety of clinical processes

Assure the safety of every clinical process



# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 4

## Patient and family engagement

---

Engage and empower patients and families to help and support the journey to safer health care

---

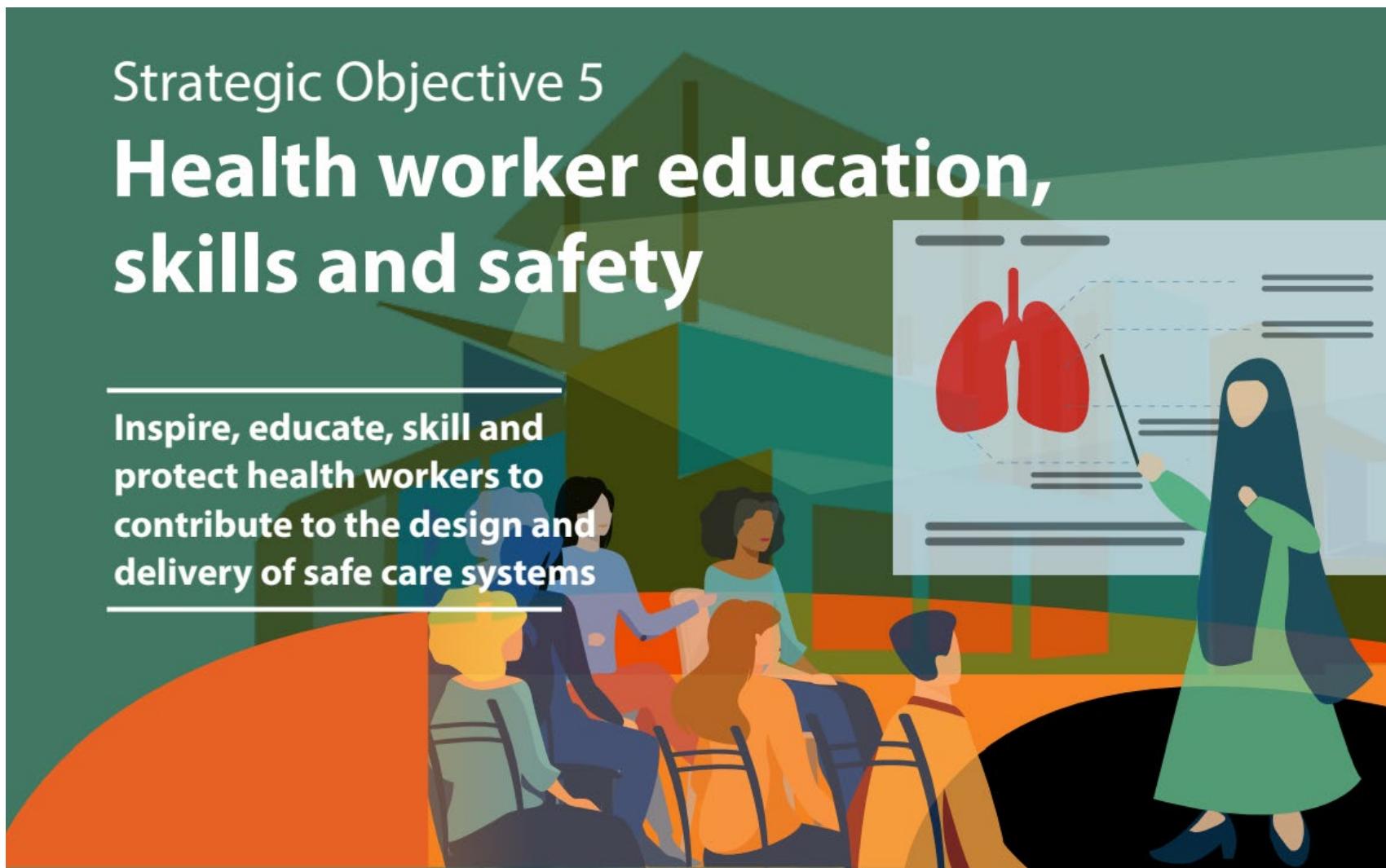


# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 5

## Health worker education, skills and safety

Inspire, educate, skill and  
protect health workers to  
contribute to the design and  
delivery of safe care systems



# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 6

## Information, research and risk management

Ensure a constant flow of information and knowledge to drive the mitigation of risk, a reduction in levels of avoidable harm, and improvements in the safety of care



# WHO actieplan 2030

Strategic Objective 7

## Synergy, partnership and solidarity

---

Develop and sustain  
multisectoral and  
multinational synergy,  
partnership and  
solidarity to improve  
patient safety and  
quality of care

---



# De OECD bouwt mee



OECD Health Working Papers No. 159

Patient engagement  
for patient safety: The why,  
what, and how of patient  
engagement for improving  
patient safety

**Candan Kendir,**  
**Rie Fujisawa,**  
**Óscar Brito Fernandes,**  
**Katherine de Bienassis,**  
**Niek Klazinga**

<https://dx.doi.org/10.1787/5fa8df20-en>

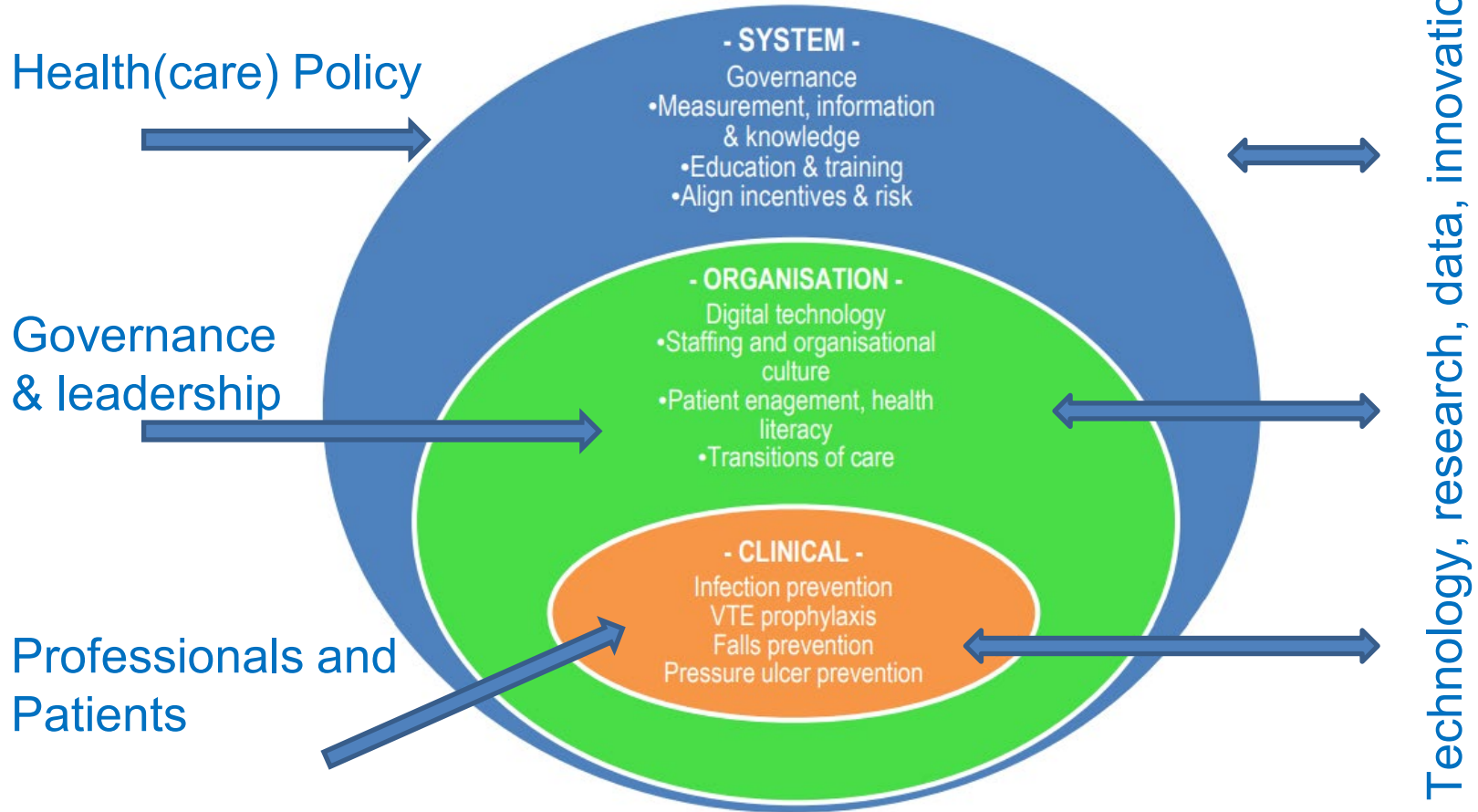


# De OECD rekent ook mee

- Unsafe care also has high financial and economic costs. In developed countries, the direct cost of treating patients who have been harmed during their care approaches 13% of health spending. Excluding safety lapses that may not be preventable puts this figure at 8.7% of health expenditure. This amounts to USD 606 Billion a year, just over 1% of OECD countries' combined economic output.
- The indirect economic and social burden of unsafe care is even greater, exerting a far from negligible brake on productivity and growth. Based on willingness to pay, the social cost of patient harm can be valued at USD 1 to 2 trillion a year. A human capital approach suggests that eliminating harm could boost global economic growth by over 0.7% a year. This compounds to more than USD 29 trillion, or about 36% of current global output over a decade.
- Governments, health systems and providers have a duty to protect patients and the public from harm. Moving from analysis to action requires sober and rational decisions on how safety strategies, programmes and interventions can be implemented in a context of limited resources to generate the best value and return on investment (ROI) across a system.

# Sterke consensus over geïntegreerde aanpak

Figure 4.1 Clinical- organisational- and system-level strategies can deliver ROI and value when implemented in concert





# Veiligheid Management Systeem



# Samengevat

1. De mens is feilbaar en heeft een **stysteem** nodig om hem/haar te helpen om fouten te vermijden in een kwetsbare context;
2. Dat systeem heeft een **kader** nodig, waarin beleid, ondersteuning, onderzoek en opleiding hand in hand gaan;
3. Dat systeem heeft een **ziel** nodig, met dienend leiderschap en een stimulerende, lerende cultuur;
4. Dat systeem heeft **partners** nodig, die actief meedenken en meewerken aan veilige zorg en nieuwe inzichten aanreiken;

Hoe sterker we – **samen** - dat systeem kunnen maken, hoe meer vermijdbare schade in de zorg kan voorkomen worden, met een grote, positieve impact op het leven van mensen én een groeiende “return on investment” voor de samenleving ...

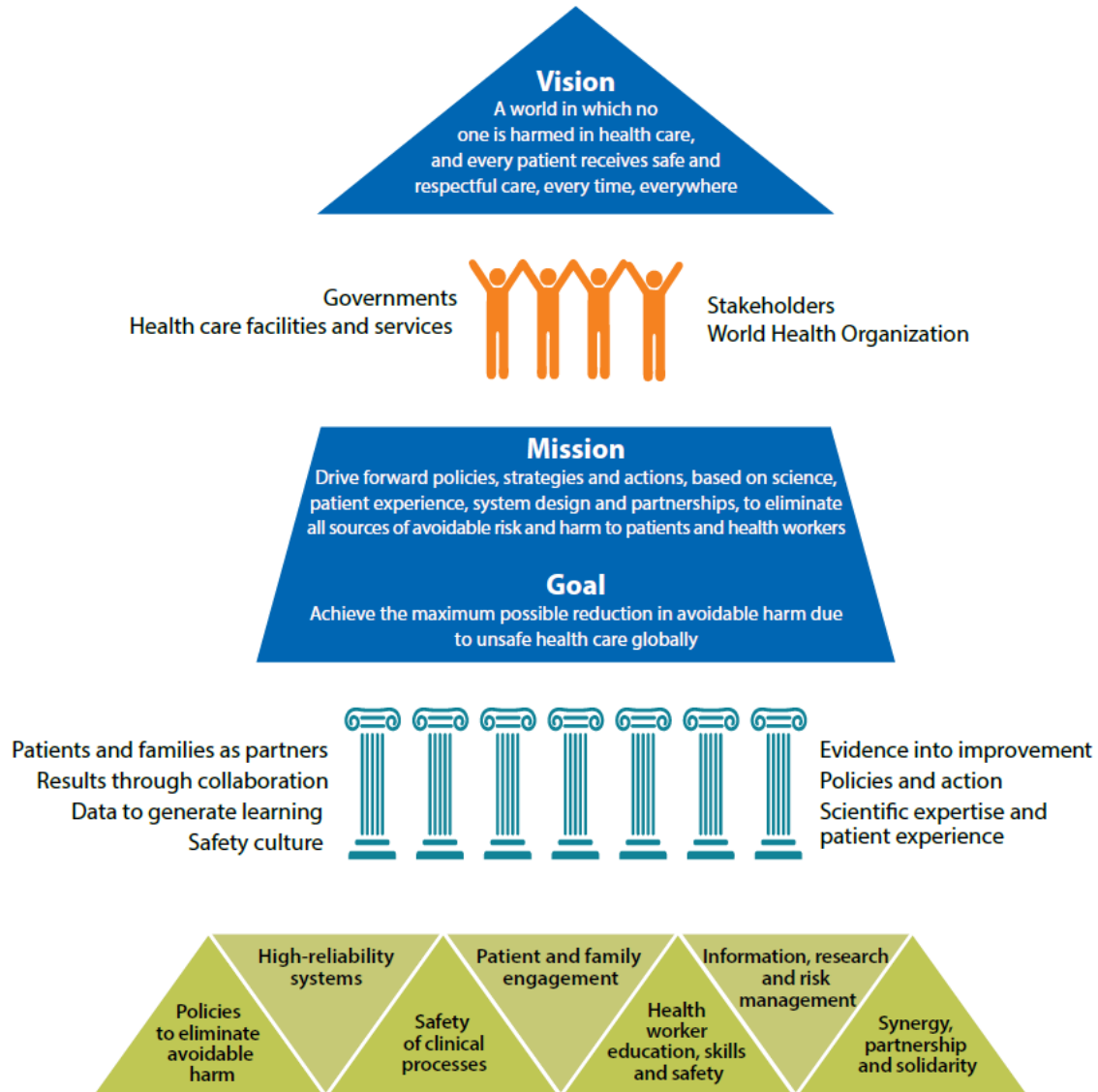
Maar ook in een breder kader

## 8. Alignment of patient safety with the United Nations Sustainable Development Goals

**P**atient safety is central to the realization of the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), in particular SDG3 (“Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages”) and achievement of universal health coverage (target 3.8). Apart from this core target,

patient safety has causality linkages with several other SDGs. Table 8.1 provides illustrations of how patient safety contributes to achievement of specific SDG targets, while Table 8.2 shows the central role of patient safety in achieving SDG 3 targets.

# Maar ook in een breder kader



**“We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work”  
(L. Leape)**

**Dank voor uw aandacht en graag beschikbaar voor vragen ...**

**[johan.hellings@uhasselt.be](mailto:johan.hellings@uhasselt.be)**

