



19-1-2018

Medicatiefouten

Een kwalitatief onderzoek binnen de intramurale zorglocaties Ebbingepoort en Mercator van TSN

Opleiding: HBO Verpleegkunde Voltijd
Vak: Afstudeerfase U3
Osiriscode: HVVB16AFOU3

Studenten: Nanda Aeilkema (328337) en
Gerda Bakker (328246).
Studiejaar: 2017-2018
Opdrachtgever: TSN Wonen en Zorg
Docentbegeleider: Annemarie Bosch

Samenvatting

Jaarlijks belanden duizenden mensen in Nederland in het ziekenhuis door onjuist medicatiegebruik, vaak gaat het hierbij om 65-plussers die ten gevolge van één of meerdere aandoeningen verschillende soorten medicijnen gebruiken. In 2013 werden 49.000 65-plussers opgenomen in het ziekenhuis door onjuist medicatiegebruik. Uit onderzoek van het NIVEL naar zorg gerelateerde schade blijkt dat 48 procent van deze opnames vermijdbaar is. Daarnaast zijn er ook talloze incidenten binnen het medicatie proces zonder dermate grote gevolgen, het algehele fouten percentage ligt in Nederlandse instellingen tussen de 3 en 10 procent (VMS Zorg, 2013). Thuiszorg Service Nederland (TSN) is één van de instellingen waar in toenemende medicatiefouten worden gemaakt. Zo zijn de medicatiefouten die worden gemeld volgens het Melding Incidenten Cliënten (MIC) binnen de woonzorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN toegenomen. Dit ondanks het bespreekbaar maken van meldingen, zowel in het team als één op één. Hierop heeft TSN een analyse van de MIC meldingen uitgevoerd, waaruit blijkt dat in het eerste half jaar van 2017 in 46% van de gevallen de oorzaak 'niet toegediend' is gegeven. TSN is geïnteresseerd in de vraag wat de oorzaak is van deze 46%. Naar aanleiding van dit gegeven is er een hoofdvraag op gesteld die tijdens dit onderzoek centraal staat. De vraag die wordt gesteld is: 'Wat is de oorzaak dat zorgverleners medicatie niet toedienen in de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN?' Deelvragen die hierbij worden gesteld zijn: Wat zijn de ervaringen van de zorgverleners over het onderwerp medicatieveiligheid en/of fouten? Wat zien zorgmedewerkers zelf als oorzaak voor het niet toedienen van medicatie? Wat zijn de verschillen in de vermoedelijke oorzaken van het niet toedienen van medicatie tussen Mercator en Ebbingepoort? En heeft de locatie van de medicijnen invloed op de oorzaken van het niet geven van medicatie. De doelstelling hierbij luidt als volgt: Aan het einde van de onderzoeksperiode is er inzicht in de oorzaken en verbeterpunten op het gebied van niet toedienen van medicatie door zorgverleners in de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN.

Om de doelstelling te behalen en de vragen te kunnen beantwoorden is er onderzoek gedaan in de instellingen Mercator en Ebbingepoort. Hierbij is gekozen voor een dataverzameling middels twee focusgroep discussies per locatie. Tijdens een focusgroepdiscussie werden meerdere personen tegelijk geïnterviewd. Het voordeel hiervan is dat de reacties van respondenten inspirerend kunnen werken op andere respondenten. De onderzoekspopulatie bestond uit 26 zorgmedewerkers. Bij Ebbingepoort deden 11 respondenten mee, bij Mercator waren dit 15 respondenten. Bij elke bijeenkomst was één verpleegkundige aanwezig, de overige respondenten waren verzorgende IG.

Uit de focusgroep discussies blijkt dat er een aantal thema's kunnen worden aangewezen die volgens respondenten oorzaken zijn. De belangrijkste oorzaken bij Ebbingepoort kunnen worden gezocht in de thema's: invalkracht, apotheek, looplijsten en werkdruk. Bij Mercator ligt de verdeling qua oorzaken iets anders, de belangrijkste oorzaken die hier worden genoemd zijn vallen onder de thema's: apotheek, gedrag, looplijsten en werkdruk. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dat er meerdere oorzaken voor het niet toedienen van medicatie kunnen worden aangewezen en dat de volgorde van belangrijkheid van deze oorzaak verschilt per instelling. Er wordt dan ook aanbevolen per locatie te werken aan de thema's die als oorzaken naar voren zijn gekomen in volgorde van belangrijkheid. Wat de beste manier is om de oorzaken te verhelpen en zo de problemen aan te pakken is geen gefundeerde uitspraak over te doen. De instellingen zouden hiervoor meer onderzoek moeten doen naar de oplossingen en vervolgstappen, die passend zijn bij de instelling. Daarbij wordt geadviseerd een verbeterteam samen te stellen die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het zoeken naar geschikte oplossingen voor de resultaten van het onderzoek en de uitvoering daarvan. Bij het zoeken naar oplossingen zouden alle zorgmedewerkers kunnen worden betrokken.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van Nanda Aeilkema en Gerda Bakker over de onderzoeksperiode bij Thuiszorg Service Nederland (TSN). De onderzoeksperiode liep van twaalf september 2017 tot negentien januari 2018, tijdens deze periode is er onderzoek gedaan naar oorzaken van medicatiefouten binnen de intramurale zorglocaties Ebbingepoort en Mercator. Dit behoort tot de afstudeerfase U3 van de opleiding tot verpleegkundige aan de Hanzehogeschool Groningen

De afgelopen onderzoeksperiode stond voor ons in het teken van verkennen en uitproberen. Onderzoek doen was voor ons een nieuwe uitdaging, we moesten de theorie die we in de eerdere jaren van de opleiding hebben opgedaan in de praktijk brengen. Tijdens het schrijven van het onderzoeksvoorstel konden we ons dan ook moeilijk voorstellen hoe het onderzoek in de praktijk zou gaan verlopen. Maar gaandeweg kregen we meer ideeën over de vorm en uitvoering van het onderzoek, en zijn we met z'n tweeën het diepe in gesprongen. De samenwerking verliep hierbij vlekkeloos, we hebben dan ook veel van elkaar en met elkaar kunnen leren.

We hebben ons tijdens de onderzoeksperiode open en leergierig opgesteld met als doel een waardevol onderzoek te kunnen presenteren. Hierbij hebben we veel gehad aan onze opdrachtgever TSN. We willen Marja Cruiming, Alida Cordes en Atie Wiegerinck bedanken voor het aanleveren van de onderzoeksvraag, de begeleiding tijdens het onderzoek en de mogelijkheid het onderzoek binnen de twee woonzorglocaties uit te voeren. Daarnaast willen we de vele enthousiaste zorgmedewerkers die hebben deelgenomen aan de focusgroep discussies bedanken voor hun openheid, eerlijkheid en inzet. Tot slot willen we onze docentbegeleider Annemarie Bosch bedanken voor de begeleiding vanuit de Hanzehogeschool. Dankzij hen is het onderzoek een succes geworden.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van het onderzoeksverslag,

Met vriendelijke groeten,
Nanda Aeilkema en Gerda Bakker.
Januari 2018.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	3
Hoofdstuk 1: Onderzoeksdesign.....	7
1.1 Grondvorm van het onderzoek.....	7
1.2 Onderzoekspopulatie	7
1.3 Steekproef-trekking.....	8
1.4 Data-verzamelmethode	9
1.5 Data analyse	11
1.6 Ethische kwesties	12
1.7 Betrouwbaarheid en validiteit	12
Hoofdstuk 2: Resultaten	14
2.1 Onderzoeksgroep	14
2.2 Resultaten.....	14
Hoofdstuk 3: Discussie	20
3.1 Samenvatting van de resultaten.....	20
3.2 Methodologische beperkingen	21
3.3 Betekenis voor de praktijk	22
Hoofdstuk 4: Conclusie.....	23
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen.....	24
Literatuurlijst.....	25
Bijlagen	26
Bijlage 1: Kwartaalrapportages Q1 en Q2 2017	26
Bijlage 2: Transcripties focusgroep discussies Mercator.	31
Bijlage 3: Transcripties focusgroep discussies Ebberingepoort	50
Bijlage 4: Stroomschema's.....	62
Bijlage 5: Logboek	64
Bijlage 6: Antiplagiat verklaring.	68
Bijlage 7: Safe assignment.....	69

Inleiding

Jaarlijks belanden duizenden mensen in Nederland in het ziekenhuis door onjuist medicatiegebruik, vaak gaat het hierbij om 65-plussers die ten gevolge van één of meerdere aandoeningen verschillende soorten medicijnen gebruiken. In 2013 werden 49.000 65-plussers opgenomen in het ziekenhuis door onjuist medicatiegebruik, dit tegenover 39.000 in 2008. Uit onderzoek van het NIVEL naar zorg gerelateerde schade blijkt dat 48 procent van deze opnames vermijdbaar is. Toch zijn er alleen in 2012 al 970 mensen overleden door gevolgen van onjuist gebruik van medicatie (Zorg voor Beter, 2017). Daarnaast zijn er ook talloze incidenten binnen het medicatie proces zonder dermate grote gevolgen, het algehele fouten percentage ligt in Nederlandse instellingen tussen de 3 en 10 procent (VMS Zorg, 2013).

Incidenten worden in de Nederlandse gezondheidszorg al veertig jaar geregistreerd. De eerste erkenningseisen voor instellingen werd in 1977 opgesteld, hierin werden eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg waaraan instellingen moesten voldoen. Zo werd ieder ziekenhuis en verpleeghuis verplicht een zogenoemde FOBO (Fouten Of Bijna Ongelukken) commissie of Meldingscommissie Incident Patiëntzorg (MIP) aan te stellen die incidenten in de directe patiëntenzorg registreerde en analyseerde. In 2002 is een nieuw registratiesysteem ontwikkeld, dit systeem is beter toepasbaar in verzorgingshuizen. In plaats van Melding Incident Patiënt (MIP) werd het zogenoemde Melding Incident Client (MIC) in het leven geroepen. Deze MIC procedure betekent in de praktijk het sturen van een ingevuld formulier met gegevens over het voorgedane incident (Arcades, 2002).

Het verplegend en verzorgend personeel van instellingen spelen een grote rol binnen de medicatieveiligheid in een instelling. Dit omdat de verantwoordelijkheid van het bewaren, uitzetten en delen van de medicatie bij opname van een cliënt vaak wordt overgenomen. Hierdoor draagt het personeel de verantwoordelijkheid voor een veilige verstrekking en toediening van medicatie. Dit gegeven maakt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de afgelopen jaren veel aandacht hebben besteed aan het thema medicatieveiligheid. Dit heeft geresulteerd in het ontstaan van verschillende multidisciplinaire richtlijnen. Echter liggen er nog steeds grote uitdagingen op het gebied van medicatieveiligheid, onder meer door de vergrijzing in Nederland blijft aandacht voor dit onderwerp de komende jaren van essentieel belang (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, sd).

Thuiszorg Service Nederland (TSN) is van oorsprong een thuiszorgorganisatie die in 2001 is opgericht in Twente en is uitgegroeid tot één van de grootste thuiszorgorganisaties in Nederland. Naast thuiszorg biedt TSN ook op verschillende locaties zorg in woonzorg centra. In de provincie Groningen zijn dit Mercator en Ebbingepoort in de stad Groningen en Voor Anker in Hoogezand, hier kunnen mensen wonen met een langdurige verblijfsindicatie (TSN, sd). Binnen deze instellingen staat medicatieveiligheid hoog in het vaandel. Hierbij wordt gestreefd naar zo weinig mogelijk fouten binnen het medicatieproces, het doel hierbij is dat de cliënt de juiste medicatie, in de juiste dosering, op het juiste tijdstip en op de juiste wijze gebruikt of krijgt toegediend, voorzien van de juiste informatie. De borging van het medicatiebeleid binnen de organisatie wordt bewerkstelligd door periodiek het onderwerp medicatieveiligheid te bespreken in de commissie Zorg en Kwaliteit. De informatie om het medicatieproces te evalueren wordt verkregen door Interne audits, MIC meldingen, klachten, check op zorgdossier, cliëntentevredenheidsmetingen, medewerker-tevredenheidmetingen, verbetervoorstellen aangeleverd door medewerkers, rapporten externe audits en toezichtbezoeken, nieuwe wet- en regelgeving en veldnormen en halfjaarlijkse cliëntevaluaties. Ook heeft TSN om de medicatieveiligheid binnen de intramurale zorginstellingen te waarborgen en verbeteren een aantal afspraken opgesteld, zo is er een systematische bij- en nascholing die ertoe leidt dat medewerkers voldoende deskundig zij om het medicatiebeleid uit te voeren. De gevolgde scholingen worden voor alle medewerkers

geregistreerd in een database, gevolgdde scholingen en cursussen zijn hierbij twee jaar geldig.

Daarnaast is het voor een goede naleving van het medicatiebeleid nodig dat de verantwoordelijkheden van iedereen binnen medicatieproces vastliggen en bij iedereen bekend zijn. Tot slot moeten zorgplannen, protocollen en werkwijzen zijn vastgelegd en bereikbaar zijn voor zorgmedewerkers. Dit laatste is sinds januari 2017 verbeterd toen alle zorgmedewerkers een tablet hebben gekregen waarin deze gegevens opgezocht kunnen worden.

Ondanks deze afspraken zijn de afgelopen tijd de medicatiefouten die worden gemeld volgens het Melding Incidenten Cliënten (MIC) binnen de woonzorglocaties Mercator, Ebbingepoort en Voor Anker van TSN toegenomen. Dit ondanks het bespreekbaar maken van meldingen, zowel in het team als één op één. Hierop heeft TSN een analyse van de MIC meldingen uitgevoerd, waaruit blijkt dat in het eerste half jaar van 2017 in 46% van de gevallen de oorzaak 'niet toegediend' is gegeven. TSN is geïnteresseerd in de vraag wat de oorzaak is van deze 46%¹, er wordt gekozen om deze categorie verder uit te diepen omdat deze categorie het grootste percentage omvat van het totaal aantal gemelde medicatiefouten. De overige 54% is verdeeld onder de categorieën: 'verkeerde dosering', 'medicijnen op een verkeerd tijdstip', 'verkeerd medicijn', 'verkeerde toedieningstijden'.

Naar aanleiding van dit gegeven is er een hoofdvraag op gesteld die tijdens dit onderzoek centraal staat. De vraag die wordt gesteld is: 'Wat is de oorzaak dat zorgverleners medicatie niet toedienen in de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN?'

Deelvragen die hierbij worden gesteld zijn:

- Wat zijn de ervaringen van de zorgverleners over het onderwerp medicatieveiligheid en/of fouten?
- Wat zien zorgmedewerkers zelf als oorzaak voor het niet toedienen van medicatie?
- Wat zijn de verschillen in de vermoedelijke oorzaken van het niet toedienen van medicatie tussen Mercator en Ebbingepoort?
- Heeft de locatie van de medicijnen invloed op de oorzaken van het niet geven van medicatie.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden wordt onderzoek gedaan in de instellingen Mercator en Ebbingepoort. Woonzorgcentrum Voor Anker wordt hierbij uitgesloten, dit omdat het tijdsbad van het onderzoek het niet toe laat om drie instellingen te onderzoeken. Daarbij komt de werkwijze van Voor Anker overeen met de werkwijze van Ebbingepoort, namelijk met een medicatiekar. Bij Mercator daarentegen wordt gewerkt met medicatie op de kamer van de cliënt. Voor TSN is het interessant deze verschillen te vergelijken en te kijken of deze verschillende werkwijzen invloed hebben op de oorzaken van de medicatiefouten. Daarom is er gekozen om de instellingen Mercator en Ebbingepoort te onderzoeken, en Voor Anker uit te sluiten.

In dit onderzoeksverslag zullen achtereenvolgens de samenvatting van het onderzoeksverslag, het onderzoeksdesign, resultaten, discussie, conclusie en aanbevelingen worden beschreven.

¹ Bijlage 2: Kwartaalrapportages Q1 & Q2 2017

Hoofdstuk 1: Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign beschreven. De beschreven onderzoeksmethodiek bestaat uit: onderzoeksdesign, onderzoekspopulatie, steekproef-trekking, data-verzamelmethode, data-analyse methode en ethische kwesties.

1.1 Grondvorm van het onderzoek

Om de oorzaken van de gemaakte medicatiefouten te achterhalen is er een kwalitatief onderzoek gedaan. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat er bij het onderzoek binnen TSN is gezocht naar oorzaken die niet in cijfers uit te drukken zijn. Zo zijn ervaringen van medewerkers gepeild om oorzaken van gemaakte medicatiefouten te achterhalen. Dit sluit aan bij het doel van kwalitatief onderzoek, waarbij men tracht het onderwerp van het onderzoek met de juiste begrippen te beschrijven en te begrijpen wat er zich afspeelt (Boeije, 2016).

Dataverzamelingsmethode

Er is gekozen voor een focusgroepdiscussie om informatie te vergaren. Er is hierbij gezocht naar de mogelijke oorzaken van het niet toedienen van medicijnen.

Het achterhalen van de oorzaken vallen onder de aspecten van het sociale werkveld die niet kwantitatief meetbaar zijn. Dit valt ook te lezen in het boek *'Wat is onderzoek'* van Nel Verhoeven; zij beschrijft kwalitatief onderzoek als een niet aan cijfermatige gegevens gebonden onderzoek waar wordt ingegaan op de achtergronden van verzamelde gegevens. Bij kwalitatieve dataverzamelingsmethoden staat de beleving door het onderzochte centraal. Deze beleving kan door verschillende dataverzamelingsmethoden worden gemeten. Een focusgroep discussie is één van deze methoden en is bij uitstek geschikt voor het onderzoek binnen de twee intramurale locaties van TSN. Dit omdat de instelling zelf zorgmedewerkers heeft aangesproken op de fouten, en één op één is nagegaan wat de oorzaak zou kunnen zijn van deze fouten, dit zonder resultaat.

In het boek: *'Kwalitatief onderzoek'* van Ben Baarda wordt beschreven dat door een focusgroep discussie te houden respondenten door de reacties van de andere respondenten herinnerd kunnen worden aan bepaalde zaken waar ze misschien anders niet aan zouden denken. Dit kan ook de zorgmedewerkers van TSN wonen en zorg activeren. Het doel hierbij is om de verschillende ervaringen te peilen en uiteindelijk tot een gezamenlijke conclusie te komen over de oorzaken van de door zorgverleners gemaakte medicatie fouten.

1.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie heeft betrekking op het totaal van eenheden waar tijdens een onderzoek uitspraak over wordt gedaan. In deze paragraaf worden de in- en exclusie criteria van het onderzoek binnen TSN wonen en zorg beschreven en onderbouwd.

In- en exclusie criteria

De populatie die in dit onderzoek gebruikt zijn, zijn zorgmedewerkers die werken binnen de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN. In tabel 1 zijn de in- en exclusie criteria beschreven die zijn gebruikt om de te onderzoeken populatie te specificeren.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Alle zorgmedewerkers binnen de intramurale zorg locaties Mercator en Ebbingepoort van TSN.	- Alle zorgmedewerkers van woonzorgcentrum Voor Anker.
- Alle zorgmedewerkers die een opleiding tot verzorgende IG (niveau 3), MBO-V (niveau 4) en HBO-V (niveau 5) hebben gevolgd.	- Alle zorgmedewerkers die een opleiding tot helpende (niveau 2) hebben gevolgd.
- Zorgmedewerkers binnen de intramurale zorg die als uitzendkracht werkzaam zijn, en die meer dan acht uren per week werken.	- Zorgmedewerkers binnen de intramurale zorg die als uitzendkracht werkzaam zijn, en die minder dan acht uren per week werken.
- Zorgmedewerkers binnen de intramurale zorg die langer dan een half jaar werkzaam zijn binnen TSN.	- Zorgmedewerkers binnen de intramurale zorg die korter dan een half jaar werkzaam zijn binnen TSN.
	- Alle zorgmedewerkers binnen de extramurale zorg van TSN.

Tabel 1: In- en exclusie criteria

Zoals in tabel 1 beschreven is, is er gekozen voor een exclusie van zorgmedewerkers die werkzaam zijn bij woonzorg locatie Voor Anker, dit omdat het binnen het tijdsbestek van het onderzoek, namelijk twintig weken, niet mogelijk is om drie woonzorglocaties te onderzoeken. Daarom is er gekozen voor een onderzoek binnen Mercator en Ebbingepoort, deze woonzorglocaties zijn gekozen omdat er onderling een verschil is binnen het medicatieproces. TSN had hierbij als wens de twee woonzorglocaties met elkaar te vergelijken.

Daarnaast is er als exclusie gekozen voor zorgmedewerkers die als uitzendkracht werkzaam zijn en voor zorgmedewerkers die minder dan acht uren per week werken. Er is voor deze exclusie gekozen, omdat deze zorgverleners onvoldoende representatief zijn voor de totale populatie om aan een focusgroep deel te kunnen nemen. Dit omdat zorgmedewerkers als uitzendkracht in tegenstelling tot hun vaste collega's op meerdere voor hun onbekende werkplekken komen. Dit zorgt ervoor dat ze niet volledig geïntegreerd zijn in het team en de werkwijze binnen het medicatieproces van ditzelfde team. Hetzelfde geldt voor zorgmedewerkers die minder dan een half jaar werken binnen de muren van TSN wonen en zorg. In dit onderzoek is men zich ervan bewust dat dit gegeven ook invloed kan hebben op de gemaakte medicatiefouten. Toch heeft instelling TSN aangegeven dat het niet te organiseren is om uitzendkrachten te betrekken bij het onderzoek, dit door de enorme diversiteit aan gezichten die via het uitzendbureau komen werken. Daarom is er af gegaan op de vaste medewerkers van de locaties. Dit heeft weliswaar het onderzoek kunnen beïnvloeden en is meegenomen in de discussie in dit onderzoeksverslag.

1.3 Steekproef-trekking

Een steekproef is een klein deel van de onderzoekspopulatie waarover gegevens zijn verzameld, zodat de onderzoeksvraag kan worden beantwoord. In deze paragraaf wordt het type, de wijze en de representativiteit van de steekproef-trekking beschreven, waarbij er aandacht is besteed aan de validiteit.

Type en wijze van de steekproef-trekking

Steekproeven kunnen willekeurig of ook wel aselekt worden getrokken. Bij een steekproef die aselekt van aard is hebben alle eenheden, in dit geval de zorgmedewerkers, een gelijke kans om tot de steekproef te behoren (Verhoeven, 2016).

De steekproef die tijdens het onderzoek werd gebruikt is een systematische steekproef met een aselect begin, ook wel gestratificeerde steekproef genoemd (Baarda, 2013). Het was noodzakelijk om de onderzoekspopulatie te verdelen in deelpopulaties. De deelpopulaties werden verdeeld aan de hand van het opleidingsniveau van de zorgmedewerkers. De verdeling van de respondenten aan de focusgroep werd aan de hand van een verhouding gedaan. Deze verhouding werd gebaseerd op het aantal zorgmedewerkers met hetzelfde opleidingsniveau binnen het team. Op deze manier werd elke groep op een gelijkwaardige manier vertegenwoordigd. Door deelpopulaties te maken is de steekproef een afspiegeling van de populatie, waardoor de steekproef representatief is te noemen. De verdelingsgraad van het opleidingsniveau was 1 verpleegkundige op 5/6 verzorgenden.

Er werden tijdens het onderzoek twee verschillende populaties onderverdeeld in deelpopulaties. Het ging hierbij om twee verschillende intramurale zorglocaties, namelijk de zorgmedewerkers van Ebbingepoort en Mercator. Dit werd van elkaar gesplitst om tijdens de data-analyse een uitspraak te kunnen doen over de mogelijke verschillen of overeenkomsten die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Representativiteit van de steekproef-trekking

Een aspect van de steekproeftrekking is de generaliseerbaarheid. De generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek wordt bepaald door de mate waarin de steekproef representatief is. Een steekproef is representatief zodra er een bepaald aantal, voor het onderzoek, relevante kenmerken gelijk zijn aan de onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2016).

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgmedewerkers, zoals wordt beschreven bij het hoofdstuk 'Onderzoekspopulatie'. Er is gebruik gemaakt van een lijst of bestand, waarin alle zorgmedewerkers stonden vermeld. De lijst met medewerkers heet het steekproefkader. Aan de hand van opleidingsniveau kon er een uitspraak worden gedaan over verhoudingen binnen het team van de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN. Bij het gebruik van een lijst van zorgmedewerkers als basis te nemen voor de steekproef, is er niemand buiten het onderzoek gesloten. Dit heeft de representativiteit van de steekproef vergroot (Baarda, 2014).

De representativiteit is daarnaast vergroot door de grootte van de steekproef. Naarmate een steekproef groter is, wordt de kans op een goede afspiegeling van de onderzoekspopulatie groter. Door het vergroten van de steekproef wordt de steekproef meer representatief, de conclusies van het onderzoek zijn geldig voor de gehele populatie. Dit heet de externe validiteit (Verhoeven, 2016). Tijdens het onderzoek werden er focusgroep discussies van zes tot tien respondenten georganiseerd. Er zijn bij zowel Mercator als Ebbingepoort ongeveer 40 zorgmedewerkers werkzaam die betrokken zijn bij het medicatieproces. Er worden bij beide locaties twee focusgroep discussies gedaan, waarbij in totaal 11 bij Ebbingepoort en 15 bij Mercator deelnamen. Dit is een groot gedeelte van de hele populatie. De steekproef is groot gedaan, waardoor het representatief te noemen is. De resultaten van het onderzoek zijn hierdoor geldig voor de gehele populatie.

1.4 Data-verzamelmethode

De onderzoeksvraag luidt als volgt: Wat is de oorzaak van de door zorgverleners gemaakt medicatiefouten, op het gebied van het niet toedienen, in de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN?

Uit de onderzoeksvraag is af te leiden dat er moest worden achterhaald wat de oorzaak is van de door de zorgmedewerkers gemaakte fouten binnen de categorie 'niet toegediend'. Zoals eerder genoemd vallen de zorgmedewerkers onder de onderzoekspopulatie. De ervaringen en meningen over de medicatieveiligheid binnen de intramurale zorglocatie van

TSN moesten worden achterhaald, om een uitspraak te kunnen doen over de oorzaken van medicatiefouten.

De beleving en inzichten van de onderzoekspopulatie stond hierbij voorop. Op basis van het boek 'Wat is onderzoek' van N. Verhoeven is de keuze gemaakt om interview af te nemen in de vorm van een groepsinterview of groepsgesprek. Tijdens een interview kon over het onderwerp medicatieveiligheid informatie worden verzameld.

Een groepsinterview kan ook worden gedefinieerd als een focusgroepinterview of focusgroep discussie. In een focusgroepdiscussie wordt gebruik gemaakt van sociale interactie.

Tijdens een focusgroepdiscussie worden meerdere personen tegelijk geïnterviewd. Het voordeel van een focusgroepdiscussie is dat de reacties van respondenten inspirerend kunnen werken op andere respondenten, die tot nieuwe inzichten zouden kunnen komen. Zo kan het zijn dat een zorgmedewerker een oorzaak noemt, waar een ander nog niet over na had gedacht. Daarnaast is een focusgroep een voordeel, omdat er meer respondenten worden betrokken.

Een nadeel die kan worden genoemd voor een focusgroepdiscussie is dat sommige respondenten geremd kunnen reageren, waardoor niet elke mening van de respondenten wordt gedeeld. Angst en sociale wenselijkheid spelen bij een focusgroepdiscussie een rol (Baarda, 2013). Aan de hand van eventuele angst en sociale wenselijkheid, die een rol kunnen spelen tijdens een focusgroep, is de keuze gemaakt om geen leidinggevende te laten deelnemen aan de focusgroepdiscussie. Een leidinggevende kan ongevraagd een belemmering vormen tijdens de focusgroepdiscussie, en daardoor voor het onderzoek.

Aan het begin van de focusgroepdiscussie zal het gezamenlijke doel van het werken in de zorg door de respondenten samen worden geformuleerd. Dit heeft als doel verbondenheid creëren. Door het creëren van verbondenheid willen we de openheid tijdens de focusgroepdiscussie stimuleren. De groepsdruk neemt hierdoor plaats op de achtergrond. Daarnaast zal de gespreksleider respondenten een moment geven om de oorzaken die hun zien voor het niet toedienen van medicatie te bedenken. Op deze manier kan iedereen eerst zelf nadenken over de oorzaken en is er geen sprake van beïnvloeding van andere respondenten. Vervolgens kunnen andere respondenten reageren op de genoemde oorzaken.

Voorafgaand aan de focusgroep discussies zullen er een aantal 'spelregels' met de respondenten worden afgesproken. 'Niet door elkaar praten', 'elkaar met respect behandelen' en 'de informatie vertrouwelijk behandelen' zullen onder andere in de lijst met spelregels worden opgenomen. De spelregels worden opgesteld, zodat de eventuele angst en sociale wenselijkheid, een zo klein mogelijke of geen rol spelen tijdens de focusgroepdiscussie. Dit zal een positief effect hebben op de validiteit.

Om de privacy van de respondenten te waarborgen is er gekozen om tijdens de focusgroepdiscussie alleen een geluidsopname te doen en geen filmopname. Zo blijven de respondenten anoniem. Door alleen een geluidsopname te doen, voelen de respondenten zich minder gecontroleerd, dit heeft weer een positief effect op hun gevoelens tijdens de focusgroepdiscussie. In hoofdstuk 5.6: Ethische kwesties word de rol van privacy binnen het onderzoek verder beschreven.

Er zijn een groep van tussen de zes en tien personen betrokken bij een focusgroepdiscussie. Deze keuze is gemaakt aan de hand van het boek 'analyseren in kwalitatief onderzoek' van Hennie Boeijen, hierin wordt benoemd dat een groep van zes tot tien personen groot genoeg is om kennis uit te wisselen en klein genoeg is om iedereen aan het woord te laten.

Er zijn drie intramurale zorglocaties van TSN; zoals eerder beschreven is er gekozen om het onderzoek en daarmee de dataverzameling bij woonzorglocaties Mercator en Ebbingepoort uit te voeren. Er zal, zoals het nu is vastgelegd, bij elke locatie twee keer een

focusgroepdiscussie worden gedaan, deze keuze is gemaakt omwille van de tijd die voor het onderzoek staat. Mocht er tijdens de laatste focusgroepdiscussie nieuwe informatie worden verkregen, dan zal er worden gekozen om opnieuw een focusgroepdiscussie te organiseren. Als er geen nieuwe informatie meer wordt verkregen na vier focusgroep discussies, is er sprake van saturatie. Het saturatiepunt is bereikt wanneer er tijdens een focusgroepdiscussie dezelfde informatie naar voren komt (Baarda, 2013).

De focusgroepdiscussie zal aan de hand van een instrument, namelijk een topic list, worden gewerkt. De topic list geeft richting aan het interview, maar laat ruimte open voor de respondent om het eigen verhaal te kunnen delen. De topic list is niet een hele rij met vooropgestelde vragen zijn, maar een aantal relevante onderwerpen die de basis vormen voor de focusgroep discussie en die de onderzoeksvraag kunnen beantwoorden (Boeije, 2016). In tabel 2 is de topic list die ontworpen is voor het onderzoek binnen de twee locaties van TSN wonen en zorg beschreven, deze zal worden gebruikt bij de verschillende focusgroep discussies.

Onderwerpen	Voorbeeldvragen
Openen	- Het gezamenlijke doel formuleren.
Persoonsgegevens	- Wie ben je? - Hoelang werk je hier? - Wat is je werkervaring?
Het probleem	- Wat is volgens jou het probleem? - Welke ervaringen heb je met het probleem?
Oorzaken	- Wat is de oorzaak van het probleem? - Welke processen op de werkvloer hebben invloed op het probleem? Kan dit een oorzaak zijn? - Wat is volgens jullie de belangrijkste oorzaak/oorzaken (consensus bereiken).

Tabel 2: Topic list

In het focusgroepinterview interviewt de gespreksvoorzitter of moderator en discussiëren de respondenten onder onze leiding (Boeije, 2016). Als moderator fungeren betekent, dat de onderzoekers structuur geven aan het gesprek en aan de informatie (Verhoeven, 2016). De ene onderzoeker zal de rol van gespreksvoorzitter op zich nemen, de andere zal op de achtergrond een observatie doen.

1.5 Data analyse

Een kwalitatieve data analyse is zeer uitgebreid, hierbij gelden minder duidelijk regels dan bij een kwantitatieve analyse. Zo zijn methodologische uitgangspunten belangrijk, maar wordt er ook waarde gehecht aan de uitleg die de onderzoeker aan de analyse geeft. Door de interpretatie van de onderzoeker ontstaat er een stukje subjectiviteit. Echter is een kwalitatieve analyse ook een diepgaand en intensief proces, waarbij meerdere fasen worden doorlopen die de betrouwbaarheid verhogen (Verhoeven, 2016).

1.5.1 Fasen data analyse kwalitatief onderzoek

Het analyseren van kwalitatieve data begint met het transcriberen van de focusgroep discussies, hierbij worden de opgenomen discussies letterlijk uitgetypt en worden bijzonderheden in het logboek opgeschreven. De te transcriberen fragmenten worden willekeurig verdeeld, hier hebben beide onderzoekers geen invloed op.

Vervolgens zijn alle gegevens verzameld en beoordeeld. Er is om pragmatische redenen gekozen voor een verdeling van de te beoordelen fragmenten. Omwille van de tijd waarin dit onderzoek afgerond moest worden heeft elke onderzoeker twee focusgroep discussies

beoordeelt. Hierbij zijn uitspraken in 'stukjes' geknipt en fragmenten of citaten die in de ogen van de onderzoeker bij elkaar horen naast elkaar gelegd. De categorie van bij elkaar horende fragmenten heeft een code gekregen. De keuze voor een bepaalde code was aan de onderzoekers (Boeije, 2016). Vervolgens is een groep gespreksonderwerpen bij elkaar horende codes gebundeld tot één thema, zo zijn er in totaal acht thema's ontstaan die in hoofdstuk 2: 'Resultaten' in volgorde van belangrijkheid zijn beschreven.

1.6 Ethische kwesties

Een belangrijke ethische kwestie binnen de wereld van de onderzoeker heeft te maken met de vertrouwelijkheid van de informatie en het waarborgen van de privacy. De onderzoekers zijn ervoor verantwoordelijk dat onbevoegden geen inzage kunnen hebben in de gegevens, en dienen deze in anonieme vorm te bewaren en te verwerken (Boeije, 2016).

Voor het onderzoek binnen TSN wonen en zorg wordt er ook op deze manier rekening gehouden met de privacy van de onderzoekspopulatie. Er worden afspraken gemaakt met de opdrachtgever wie de bevoegdheid heeft gegevens in te zien, daarnaast worden verzamelde gegevens geanonimiseerd en wordt om de privacy tijdens de focusgroep discussie te bewaken een geluidsopname in plaats van een filmopname gemaakt.

Wanneer er onderzoek wordt gedaan moet er naast de vertrouwelijkheid en privacy rekening gehouden worden met de baten en lasten voor alle betrokkenen. Hierbij wordt vooral gedacht aan de gegevensverzameling waarbij de onderzoeker vaak gevoelige onderwerpen onderzoekt (Boeije, 2016). Ook bij het onderzoek binnen TSN wonen en zorg wordt een gevoelig onderwerp, namelijk medicatiefouten, besproken. De onderzoekspopulatie kan dit onderwerp als een last ervaren omdat de uitkomsten en uitspraken, weliswaar geanonimiseerd, gedeeld worden met de leidinggevenden van de respondenten. Daarnaast omvat het onderwerp van het onderzoek de medicatiefouten die door de respondenten zelf zijn gemaakt, het kritisch bespreken van deze fouten kunnen respondenten opvatten als kritiek of zelfs als een persoonlijke aanval. Dit wetende bestaat het gevaar dat respondenten terughoudend zullen antwoorden uit schaamte of omdat men bang is voor maatregelen of sancties.

Tegenover deze lasten kunnen respondenten ook baat hebben bij het onderzoek. Zo zijn de uitkomsten van het onderzoek binnen TSN waardevol voor de respondenten, cliënten en de instelling. Er kan namelijk aan de hand van deze uitkomsten mogelijk in de toekomst een verbetering plaatsvinden. Wanneer de onderzoekers de bovenstaande baten voor zowel de respondent, cliënt en instelling benadrukt, maar tegelijkertijd rekening houdt met de mogelijke lasten voor dezelfde groep, wordt er gehoopt dat de baten voldoende motivatie geven voor de zorgmedewerkers om open en actief mee te werken aan het onderzoek.

1.7 Betrouwbaarheid en validiteit

De geldigheid van de onderzoekspopulatie is samen met de geldigheid van het gebruikte meetinstrument de belangrijkste vorm van validiteit bij een kwalitatief onderzoek. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen vormen van validiteit, de drie belangrijkste zijn: interne-, externe en begripsvaliditeit (Verhoeven, 2016).

Als er wordt gesproken over intern valide resultaten, wordt de mate van het in staat zijn juiste conclusies te trekken bedoeld. Met juiste conclusies worden conclusies bedoeld die kritiek van collega onderzoekers kunnen overleven (Verhoeven, 2016).

Er zijn verschillende manieren om de interne validiteit te vergroten. Zo is een voorwaarde bij experimenten dat proefpersonen willekeurig worden toegewezen aan experimentele condities (randomisatie) (Verhoeven, 2016).

Naast manieren om de interne validiteit te vergroten zijn er ook een aantal situaties die de validiteit van het onderzoek in gevaar kunnen brengen. Binnen de onderzoekspopulatie die

wordt gebruikt bij dit onderzoek wordt de validiteit op twee duidelijke manieren in gevaar gebracht. In het boek 'Wat is onderzoek' van Nel Verhoeven staat beschreven dat dit ten eerste kan komen door een selectie van de proefpersonen, dit zorgt ervoor dat alleen de mening van de geselecteerde groep wordt onderzocht. Daarnaast kan het onderzoek ook worden beïnvloedt door het zogenaamde test effect, een dergelijk effect kan optreden als mensen anders reageren op condities (in een experiment) omdat ze weten dat ze aan een onderzoek meedoen. Dit test effect kan ook een rol hebben gespeelt in het onderzoek binnen TSN. Zoals in hoofdstuk 1.4² is beschreven wordt de data in dit onderzoek verzameld door middel van een focusgroep discussie. Deze manier van data verzameling biedt enerzijds veel voordelen. Zo kunnen reacties van respondenten inspirerend werken op andere respondenten, die tot nieuwe inzichten zouden kunnen komen. Anderzijds zou het testeffect op kunnen treden, hierbij kunnen respondenten antwoorden volgens een bepaald verwachtingspatroon en een sociaal wenselijk antwoord geven. Vooral de focusgroep discussies binnen TSN zijn hier gevoelig voor omdat de organisatie en de groepen klein zijn. Iedereen kent elkaar, en kan bij een gevoelig onderwerp druk ervaren anders te antwoorden dan zijn of haar mening daadwerkelijk is.

De externe validiteit of de populatie validiteit is de mate waarin de steekproef de juiste afspiegeling vormt voor de totale populatie, in andere woorden wordt de reikwijdte van een onderzoek bepaald. De externe validiteit van een kwalitatief onderzoek wordt bepaald door de mate van generaliseerbaarheid naar andere situaties (Verhoeven, 2016). Het onderzoek binnen TSN wonen en zorg is in zekere zin generaliseerbaar, dit omdat er bij het nemen van de steekproef een representatieve groep van de totale populatie zorgmedewerkers binnen de locaties van TSN wonen en zorg is genomen³. Er is namelijk bij het nemen van een steekproef rekening gehouden met de verhouding verzorgende IG en verpleegkundigen in de totale populatie. Hierdoor is een belangrijk kenmerk van de steekproef gelijk aan die van de totale populatie, en is de validiteit zo veel mogelijk gewaarborgd. Desondanks kan deze generaliseerbaarheid bedreigd doordat alleen de mening van de geselecteerde groep wordt onderzocht.

De betrouwbaarheid van een onderzoek is naast de validiteit een vorm om naar objectiviteit te streven. Bij betrouwbaarheid gaat het erom dat waarnemingen zo min mogelijk worden beïnvloed door toevallige of systematische fouten. Binnen een kwalitatief onderzoek is het moeilijk betrouwbaarheid te waarborgen, daarom zetten onderzoekers vaak meer in op de validiteit. (Boeije, 2016) Ook bij het onderzoek binnen TSN is de betrouwbaarheid nauwelijks te waarborgen, hierbij spelen de grondvorm en design van het onderzoek een rol. Dataverzameling middels een focusgroep discussie bevat vaak fouten, dit omdat de gespreksleider werkt met een topic list. Hierbij is het doel de topics te bespreken, maar de invulling daarvan is vrij. Hierdoor verloopt elke focusgroep discussie anders en is de mate van herhaalbaarheid van het onderzoek zeer klein en wordt het onderzoek minder betrouwbaar.

² Hoofdstuk 1.4: Dataverzameling

³ Hoofdstuk 1.3: Steekproeftrekking

Hoofdstuk 2: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven. De onderzoeksgroep, de resultaten en de verschillen tussen woonzorglocaties Ebbingepoort en Mercator worden beschreven.

2.1 Onderzoeksgroep

De onderzoekspopulatie bestond uit 26 zorgmedewerkers werkzaam bij de woonzorglocaties Ebbingepoort en Mercator. Bij beide locaties zijn via de zorgmanagers 14 respondenten per mail uitgenodigd. De twee resterende zorgmedewerkers hebben niet gereageerd op de uitnodiging voor deelname aan de focusgroep discussies.

Bij Ebbingepoort deden verspreid over twee bijeenkomsten 11 respondenten mee. Bij elke bijeenkomst was één verpleegkundige aanwezig, de overige respondenten waren verzorgende IG. Bij Mercator deden in totaal 15 respondenten mee. Tijdens twee bijeenkomsten was er steeds één verpleegkundige aanwezig. De overige respondenten bestonden opnieuw uit verzorgende IG. De onderzoekspopulatie bestonden voornamelijk uit vrouwen, namelijk 25 van de 26 respondenten. De mannelijke respondent deed mee aan de focusgroepdiscussie van Mercator. De werkervaring was verschillend binnen de groep. Zo werkte de ene respondent er 2 jaar en de andere 35 jaar. De rest van de respondenten hadden werkervaring, binnen TSN, wat valt tussen de 2 en 35 jaar. Ook waren er respondenten die ervaring hadden met het werken intramuraal en extramuraal binnen TSN. De focusgroep discussies namen tussen de 23 en 39 minuten in beslag.

2.2 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten per thema beschreven en ondersteund met citaten uit de focusgroep discussies. De resultaten van de woonzorglocaties Ebbingepoort en Mercator worden naast elkaar beschreven. De verschillen en overeenkomsten zijn daardoor meteen duidelijk zichtbaar.

De thema's zijn tot stand gekomen door na het transcriberen van de focusgroep discussies, van zowel Ebbingepoort als Mercator, een lijst samen te stellen van gespreksonderwerpen die behandeld zijn. De gespreksonderwerpen zijn samengevat tot bepaalde thema's. De thema's die zijn ontstaan zijn: afleiding, apotheek, gedrag, invalkracht, locatie medicatie, looplijst, middelen en werkdruk. De gespreksonderwerpen zijn samen met de thema's te lezen in de stroomschema's in bijlage vier.

In tabel drie is een weergave gegeven van de thema's op volgorde van belangrijkheid per locatie, wat tijdens het onderzoek naar voren is gekomen. De belangrijkheid is gemeten door het aantal respondenten die het thema als oorzaak benoemd voor het ontstaan van medicatiefouten.

	Ebbingepoort		Mercator
1.	Invalkracht (11/11)	1.	Apotheek (13/15)
2.	Apotheek (9/11)	2.	Gedrag (12/15)
3.	Looplijst (7/11) Werkdruk (7/11)	3.	Werkdruk (11/15) Looplijst (11/15)
4.	Gedrag (6/11)	4.	Invalkracht (9/15)

Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

Het thema locatie medicatie is in het schema buiten beschouwing gehouden, omdat dit een specifieke vraag van de onderzoekers is geweest en niet een onderwerp dat zelf is aangedragen door de respondenten. Daarnaast zijn een aantal thema's als sub-thema's ondergebracht bij andere thema's.

Tot slot is er tijdens het transcriberen van de focusgroepdiscussie besloten de onderzoeksgroep van Ebbingepoort aan te duiden met cijfers. De onderzoeksgroep van Mercator is met letters aangeduid. Zo is het tijdens het gehele onderzoek duidelijk waar de respondenten werkzaam zijn, en waar de gegevens vandaan komen. De transcripties van de focusgroep discussies van Ebbingepoort en Mercator zijn in bijlage twee en drie toegevoegd.

Invalkracht

	Ebbingepoort	Mercator
Respondenten die dit thema als oorzaak zien voor het niet toedienen van medicatie.	11 van de 11	9 van de 15

De belangrijkheid van het thema invalkrachten verschilt tussen de locaties. Zo is te zien dat respondenten van Ebbingepoort het thema invalkracht als grootste oorzaak zien voor het ontstaan van medicatiefouten. Daarentegen vinden de respondenten van Mercator dit niet de belangrijkste oorzaak en wordt dit thema op de vierde plaats van belangrijkheid gezet⁴.

Opleidingsniveau

Respondenten van beide locaties lopen ertegenaan is dat er helpende in worden gezet op een verzorgende dienst. Respondent O zegt: "[...] en dat heb je natuurlijk best wel de laatste tijd dat we niet een verzorgende kunnen krijgen, waardoor er van zorgwerk een helpende word gestuurd. Dat is natuurlijk hartstikke fijn. Maar ik denk wel.. dan houd het wel in dat wij als verzorgende die medicatie erbij moeten doen. En dat kan natuurlijk ook weer best fout gevoelig zijn.[...]"

Daarnaast benoemen de respondenten van Ebbingepoort dat het niet altijd duidelijk of een invalkracht wel of geen medicatie mag toedienen. Respondent zeven zegt hierover: "[...] En het is ook niet altijd duidelijk of iemand wel of niet medicijnen mag geven. Daar loop ik wel regelmatig tegenaan dat er bijvoorbeeld helpende werken, de één mag wel de medicatie aanreiken en de ander niet. Dus dat is soms ook wel eens een probleem dat je als je er 's middags komt dat de medicatie bijvoorbeeld niet gegeven is.[...]" Dit laatste wordt door de respondenten van Mercator niet aangewezen als probleem.

Middelen

Een ander probleem, dat door respondenten op beide locaties wordt genoemd, is dat er niet altijd genoeg tablets beschikbaar zijn voor de invalkrachten. Respondent zes: 'Er zijn twee tablets extra.[...]' Respondent vijf reageert hierop: "[...] Maar soms heb je vijf medewerkers van het uitzendbureau.[...]" Toch verschillen ook hierbij de meningen tussen de twee locaties. De respondenten van de focusgroep discussie van Ebbingepoort vinden middelen een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van medicatiefouten. Hierbij worden het ontbreken van voldoende tablets, niet werkende tablets en problemen met de piepers genoemd. Bij Mercator komen deze oorzaken niet naar boven. Er wordt alleen gesproken over niet werkende codes om in de tablets te komen.

⁴ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

Apotheek

	Ebbingepoort	Mercator
Respondenten die dit thema als oorzaak zien voor het niet toedienen van medicatie.	negen van de 11	13 van de 15

Over het thema apotheek zijn respondenten eensgezind. Bij Mercator wordt dit thema als grootste oorzaak aangewezen, en bij Ebbingepoort komt het thema op de tweede plek. ⁵

Communicatie huisarts en apotheek

Eén van de problemen die door respondenten op beide locaties wordt aangegeven is de communicatie tussen de huisarts en de apotheek. Respondent K zegt: "[...] De huisarts moet de stoprecepten ook weer doorgeven aan de apotheek. En dat wordt dan niet gedaan...Kijk en dan kunnen wij wel weer oplossen of naar de apotheek bellen of via de doktersassistent. [...]"

Medicatielijsten

Een ander probleem op beide locaties is dat (medicatie) deellijsten incompleet of achterhaald zijn. Respondent zes: "[...] ook staat gestopte medicatie er nog op. Dat het dan wel stopt, maar hij staat nog wel op de lijst. Terwijl hij ook helemaal van de lijst af zou kunnen. [...]"

Ook noemen respondenten de uitgebreidheid en onoverzichtelijkheid van de medicatielijsten. Respondent H van Mercator zegt dat er daardoor niet goed wordt gelezen: "[...] De toedieningslijsten zijn heel uitgebreid, dus als je iemand hebt die baxter heeft, losse medicijnen en heel veel verband materiaal. En er gaat iets uit de baxter dan komt die losse medicatie, die staat op het derde blad achteraan. Ze kijken niet, oh baxter, los, oh verband, verband. De laatste pagina zien ze niet. [...]" Maar ook respondenten van Ebbingepoort lopen hier tegenaan. Zo zegt respondent vier: "[...] ik weet het niet, want we hadden altijd toen we begonnen met baxter stond het allemaal keurig onder elkaar wat gebruikt werd. Maar nu staat er een pilletje daar en een pilletje op de volgende bladzijde, en dan staat er ergens anders nog iets tussen gemoffeld. Het staat niet echt meer letterlijk onder elkaar, je moet alle bladzijdes bekijken. Sommige mensen hebben vijf bladzijdes, dan moet je vijf bladzijdes verder zoeken om te kijken wat hij of zij wel of niet gebruikt.[...]"

Verder geven de respondenten van Ebbingepoort aan dat het niet duidelijk is wie er verantwoordelijk is voor het herstellen van de fouten en het contact met de apotheek. Respondent acht: "[...] Nee in wezen is er in die zin niemand van ons verantwoordelijk, maar als jij iets ziet wat niet klopt ben je wel verantwoordelijk dit door te geven.[...]"

Looplijst

	Ebbingepoort	Mercator
Respondenten die dit thema als oorzaak zien voor het niet toedienen van medicatie.	zeven van de 11	11 van de 15

Binnen de woonzorglocaties wordt gewerkt met een looplijst. Een looplijst is een agenda, waarop werkzaamheden staan die binnen een dienst op welke tijdstippen moeten worden uitgevoerd. Afwijkende tijden (bv: 11:00, 14:00, 15:00 etc.) voor het toedienen van medicatie staan ook op de looplijst als hulpmiddel. Toch zorgt dit hulpmiddel ook voor problemen.

⁵ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

Bij beide locaties komt naar voren dat het thema looplijst niet de meeste invloed heeft op het aantal medicatiefouten. Toch is dit thema ook niet het minst belangrijk en wordt tijdens de focusgroep discussies van zowel Ebbingepoort als Mercator door de respondenten op een derde plek gezet.⁶ Het niet goed bijhouden van de looplijsten komt vooral naar boven, bij beide locaties, als oorzaak voor het niet toedienen van medicatie. Ook is het voor de respondenten onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor het bijhouden van de looplijsten.

Niet bijhouden looplijsten

Respondenten van beide locaties lopen ertegenaan dat looplijsten die dienen als een geheugensteun en leidraad tijdens het werk- en medicatieproces niet goed worden bijgehouden. Respondent F zegt hierover: "[...] Mensen hebben de medicatie op de kamer dus het is de verantwoordelijkheid van de medewerker om aan de medicatie te denken. Hiervoor hebben we dan wel een looplijst waarop staat wie medicatie krijgt. Maar daar staat ook heel vaak iets niet op. [...]"

Onduidelijkheid inhoud looplijsten

Eén van de problemen die door respondenten van Ebbingepoort worden genoemd is onduidelijkheid over de inhoud van de looplijsten. Respondent twee: "[...] die waren eerder wat uitgebreider, maar op den duur werd er gezegd, we kunnen alles wel op het looplijstje zetten. Dus we doen nu alleen het standaard looplijstje en de rest moeten ze maar allemaal vinden in het zorgplan. We hebben wel vaker aangegeven dat dat niet helemaal zo goed loopt als dat gedacht is.[...]"

Invalkrachten

Niet goed bijwerken van de looplijsten vormt volgens respondenten van Mercator vooral een probleem voor invalkrachten. Respondenten zijn van mening dat vaste medewerkers de onduidelijkheid die ontstaat op te vangen omdat men bekend is met de bewoners. Dit in tegenstelling tot invalkrachten, respondent B hierover: "[...]Maar dan kom je dus weer op de kwestie van de vaste mensen. Dan kom je dus als je als invaller hier heen moet en je neemt die looplijst mee als leidraad. En daar staat die kuur niet op dan vergeet je die, en dat snap ik ook wel. [...]"

Werkdruk

	Ebbingepoort	Mercator
Respondenten die dit thema als oorzaak zien voor het niet toedienen van medicatie.	zeven van de 11	11 van de 15

De respondenten van beide locaties vinden het thema werkdruk niet de meeste invloed hebben op het aantal medicatiefouten. Het thema werkdruk wordt door beide locaties op een derde plek van belangrijkheid gezet.⁷

Afleiding

Als er wordt gesproken over werkdruk is afleiding het meest genoemde begrip door respondenten van beide locaties. Respondent H vertelt: "[...] Werkdruk zal ongetwijfeld een rol spelen. je bent 's avonds met z'n tweeën. Je hebt twee afdelingen, als je een calamiteit hebben dan ben je, je blijft met z'n tweeën. Het moet er allemaal even tussen. En soms heb je onrustige bewoners die continu op de bel hangen. Ik kan mij voorstellen dat als je daar continu die bel hebt en je bent met medicatie bezig en je hebt de rest van de mensen. [...]" Meerdere respondenten reageren instemmend hierop.

⁶ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

⁷ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

Invalkracht

Een ander probleem dat op beide locaties wordt genoemd is het ontstaan van meer werkdruk door invalkrachten. Respondent 11: “[...] Ja dan ervaar je wel iets meer druk, dat je verantwoordelijkheid hebt.. tenminste zo ervaar ik dat.. dat je meer verantwoordelijk bent voor het geheel als je met een invalkracht werkt waardoor je meer taken hebt. En je je dus niet helemaal op de medicijnen kan focussen.[...]”

Middelen

Daarnaast benoemen respondenten van Ebbingepoort dat middelen die een oorzaak kunnen zijn voor het verhogen van de werkdruk. Respondent acht: “[...] Ja want je moet nu sowieso tussendoor zo vreselijk veel heen en weer lopen, want dan houd de pieper er in één keer mee op. [...]” Dit onderwerp wordt door de respondenten van Mercator niet aangevoerd als oorzaak.

Gedrag

	Ebbingepoort	Mercator
Respondenten die dit thema als oorzaak zien voor het niet toedienen van medicatie.	zes van de 11	12 van de 15

Bij het thema gedrag was er verdeeldheid tussen beide locaties. De respondenten van Mercator benoemden meerdere gedragingen als oorzaak voor medicatiefouten. Zo werd routine matig handelen benoemd, waardoor er niet meer kritisch wordt gehandeld. Het thema gedrag wordt door respondenten op een tweede plek gezet.

Bij Ebbingepoort gaat het om andere problemen. Een incomplete overdracht, het volgggedrag en het niet goed lezen wordt door een aantal respondenten genoemd. Toch word gedrag door de respondenten van Ebbingepoort niet als een van de belangrijkste oorzaken voor medicatiefouten gezien.⁸

Routine matig handelen

Routinematig handelen van vaste medewerkers is hierbij het begrip dat er tijdens de focusgroep discussie bij Mercator het meest uitspringt. Hiermee wordt bedoeld dat medewerkers vaak handelen vanuit hun eigen dagelijkse gewoonte, en hierdoor minder kritisch kijken naar medicatielijsten. Respondent F noemt als voorbeeld: “[...] dat is net als dat ik toen een keer had opgeschreven dat iemand kreeg dan 20 mg furosemide in plaats van 10mg. En dat doosje van 10mg had ik al weggedaan zodat er geen verwarring kwam. En nog tekenen ze bij 10mg af en geven ze 20mg. [...]” Dit begrip werd daarentegen niet aangedragen door respondenten van Ebbingepoort.

Overdracht

Eén van de problemen binnen Ebbingepoort is de overdracht. Respondent 11 zegt hierover: “[...] Ja dan wordt het dus 's ochtend uitgezet en neergelegd. Maar als je het dus uitgezet hebt moet je het goed overdragen naar de volgende. Als dat niet gebeurt... he maar dat komt omdat je dan heel vaak van de ene naar de andere afdeling moet.[...]”

Volgggedrag

Een ander probleem dat volgens respondenten van Mercator voortkomt uit routinematig handelen is volgggedrag. Respondent O zegt hierover: “[...] ik heb ook wel eens, dan zitten we aan het begin van de week niet word afgetekend, dat iemand heb vergeet bijvoorbeeld zaterdag starten we met een nieuwe lijst. Dan bijvoorbeeld oogdruppels om 10 uur, dan vinkt de eerste hem niet af als gegeven dan zie je de hele week dat die dan niet wordt gegeven. [...]” Respondent K reageert hierop: “[...] Automatische [...]”

⁸ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

Ook bij Ebbingepoort wordt dit begrip genoemd. Respondent negen zegt: “[...] Ja, als.. bijvoorbeeld met die medicijnlijsten.. als er één begint om het verkeerd.. bij de verkeerde af te tekenen. [...]” Hierop reageert respondent acht: “[...] ..Ja dan gaan de volgende er achter aan.[...]”

Locatie medicatie

TSN geïnteresseerd is in de vraag of de locatie van de medicijnen invloed heeft op de oorzaken van het niet geven van medicatie. De respondenten zijn gevraagd naar hun mening over het werken met een medicatiekar of met medicatie op de kamer.

Tijdens de focusgroepdiscussie bij Mercator is naar voren gekomen dat de respondenten tevreden zijn over de locatie van de medicatie. Mercator heeft de medicatie van de bewoners op de kamer in aan kastje die vergrendeld kan worden. Bijna alle respondenten, namelijk dertien van de vijftien, vinden dat de huidige werkwijze een positief effect heeft op het aantal medicatiemeldingen. Twee van de vijftien respondenten staan positief tegenover het invoeren van een medicatiekar. Respondent F zegt hierover: “ [...] Maar wat ik wel merkte met mijn kar is dat ik het overzicht meer had. Dus als ik die kar voor mij had kon ik gelijk zien van oh die rol zit er nog op en die. En dan hoefde ik niet elke keer bij al die mensen te kijken. Wat je makkelijk vergeet. En hier heb je gewoon die zestien mensen in de kar zitten dus je ziet van al die mensen gelijk het overzicht van de medicatie. En dat heb je op de kamer niet, dus als het niet op de lijst staat dan kijk je ook niet op de kamer of er medicatie is en loop je er waarschijnlijk bij langs. En als je die kar had dan zag je het want het staat voor je neus. ” Respondent C reageert hierop: “ [...] Ik denk dat je ook veel geconcentreerder bezig bent als je met zo'n kar loopt. Die heb je voor je en daar loop je mee rond. Nou ja dan met zo'n hesje aan dan ook zeg maar. Ja dan ben je gewoon alleen met die medicatie bezig. [...]”

Hoofdstuk 3: Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie beschreven. Er wordt eerst een samenvatting van de resultaten gegeven, hierbij is aandacht voor hetgeen de literatuur schrijft over de resultaten. Daarnaast zijn de methodologische beperkingen van het onderzoek en de invloed daarvan op de betrouwbaarheid en validiteit beschreven. Tot slot wordt de betekenis van dit onderzoek voor TSN en andere organisaties beschreven.

3.1 Samenvatting van de resultaten

Ebbingeпоort

Het thema invalkracht wordt als belangrijkste oorzaak gezien van de medicatiemeldingen. Een onjuist opleidingsniveau van de invalkrachten en het niet altijd duidelijk zijn of een invalkracht medicatie mag toedienen zijn de genoemde problemen. In het rapport van A.J.E. de Veer en A.L. Francke in: Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden wordt er door een medewerker in het verzorgingshuis benoemd dat: "[...] Een functie is aan de buitenkant niet zichtbaar, vooral bij invalkrachten is het bevoegd/bekwaam hun eigen verantwoording. Maar vast personeel krijgt wel de verwijten bij een fout. Wie let op wie en hoe wordt men ingewerkt?(p.26) [...]". Hieraan is te zien dat dit probleem zich niet alleen voordoet bij Ebbingeпоort en Mercator maar ook in andere intramurale zorglocaties. Daarnaast is er niet altijd een tablet beschikbaar voor de invalkrachten.

Het thema apotheek wordt als tweede genoemd. De communicatie met de huisarts en apotheek zijn een voorkomend probleem. Daarnaast komt het voor dat gestopte medicatie nog op de medicatielijst staat en is de medicatielijst onoverzichtelijk door het verbandmateriaal wat tussen de medicatie op de lijst staat. Alhoewel er geen literatuur te vinden is over gebreken aan de samenwerking tussen een apotheek en een verzorgingshuis, is het thema apotheek in het onderzoek als een belangrijke oorzaak voor medicatiefouten naar voren gekomen.

Als derde wordt het thema looplijst als oorzaak aangekaart. Onduidelijkheid over de inhoud van de looplijsten en het onvoldoende bijhouden van de looplijsten zijn de genoemde problemen.

Het thema werkdruk staat op de vierde plaats van de genoemde oorzaken. De invalkrachten, middelen en afleiding zijn als sub-thema's onder dit thema geplaatst. In de samenwerking met invalkrachten wordt meer werkdruk ervaren door de zorgmedewerkers. Daarnaast zijn er ook problemen met de pieper, waardoor zorgmedewerkers vaker heen en weer moeten lopen. De afleiding door cliënten, familieleden en collega's worden daarnaast ook genoemd als probleem voor het verhogen van de werkdruk. In het verbeterproject van Marlies Maaïen (2010) genaamd: Een verkenning van het werkingsmechanisme van best practices in Zorg voor Beter (plus) projecten in de langdurige zorg, een koppeling gemaakt met afleiding en medicatiefouten, word beschreven: "Tijdens het verbeterproject bleek dat veel medicatie-incidenten ontstonden omdat verzorgenden gestoord werden tijdens het delen van de medicatie aan de bewoners"(p.49). (Maaïen, 2010)

Het thema gedrag wordt als minst belangrijkste oorzaak genoemd voor de medicatiefouten. Een incomplete overdracht tussen zorgmedewerkers en het volgggedrag bij het aftekenen van medicatie zijn hierbij de genoemde problemen.

Locatie medicatie

Het werken met de medicatiekar wordt bij een aantal zorgmedewerkers gezien als voordeel. Daarentegen zijn er ook een aantal die vinden dat er geen invloed is met het werken met de medicatiekar en het aantal medicatiemeldingen.

Mercator

Het thema apotheek wordt als belangrijkste oorzaak gezien voor de medicatiemeldingen bij Mercator. De problemen van Mercator en Ebbingepoort komen bij dit thema overeen.

Daarnaast is het voor de zorgmedewerkers niet duidelijk wie er verantwoordelijk is voor het contact met de apotheek en het oplossen van fouten op de medicatielijsten.

Als tweede wordt het thema gedrag genoemd. Routine matig handelen van de zorgmedewerkers en het volggedrag zijn als problemen aan het licht gekomen.

Het thema werkdruk wordt als derde oorzaak genoemd. Hierbij wordt afleiding als probleem gezien. Door de afleiding verhoogd de werkdruk.

Het thema looplijst wordt als vierde oorzaak gezien. Hierbij wordt het niet goed bijhouden van de lijsten genoemd. Dit vormt een probleem voor de invalkrachten

Het thema invalkracht staat onderaan op de lijst van belangrijkheid. Bij dit thema worden er bij Mercator dezelfde problemen genoemd als bij Ebbingepoort.

Locatie medicatie

Het werken met de medicatie op kamer word gezien als voordeel. Daarentegen zijn er ook een aantal die het werken met de medicatiekar prettig vinden. Ze benoemen dat er dan meer overzicht is.

3.2 Methodologische beperkingen

Het onderzoek is tijdens de uitvoering door verschillende facetten bemoeilijkt, in deze paragraaf worden de methodologische beperkingen van het onderzoek beschreven. Hierbij is aandacht voor de mogelijke gevolgen van deze beperkingen op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

De onderzoekers hebben voor het onderzoek binnen TSN gekozen om data te verzamelen middels focusgroep discussies. Alvorens deze discussies kunnen plaatsvinden moeten respondenten worden geselecteerd, in dit onderzoek is getracht dit volgens een systematische steekproef met een aselekt begin te doen. Hierbij was het doel om te selecteren aan de hand van opleidingsniveau, verdeeld in een verhouding die representatief is voor de gehele populatie. Deze systematische steekproef is slechts deels gelukt, onderzoekers hebben respondenten geselecteerd en deze doorgegeven aan de zorgmanager van Ebbingepoort. In verband met de bezetting op de werkvloer en de belasting van het personeel heeft de zorgmanager besloten een aantal respondenten te vervangen. Dit kan de validiteit van het onderzoek beïnvloeden, dit omdat de zorgmanager de respondenten kent en er daardoor een stuk subjectiviteit kan ontstaan bij de selectie. Dit kan het waarheidsgehalte of echtheid van het onderzoek beïnvloeden. Door de subjectiviteit van de zorgmanager kunnen medewerkers uitgekozen worden die het onderzoek in de ogen van de zorgmanager positief beïnvloeden. Zo kunnen deze respondenten bij gevoelige onderwerpen een sociaal wenselijk antwoord geven dat past bij het verwachtingspatroon van de zorgmanager. Hierdoor kan met minder zekerheid gezegd worden dat er is gemeten wat je wilt meten.

Ook bij het selecteren van respondenten voor de focusgroep discussies in Mercator is er niet gewerkt volgens de planning van de onderzoekers. In verband met de planning van de focusgroepen en het terug laten komen van medewerkers hiervoor, heeft de zorgmanager gekozen voor een focusgroep discussie aansluitend op een klinische les. De medewerkers die deelnamen aan de klinische les waren dan automatisch geselecteerd. De selectie van deze medewerkers voor de klinische les is gegaan op basis van interesse, de medewerker kon zich vrij inschrijven. De namen van de medewerkers die meededen waar vooraf aan het

plannen van de focusgroep discussie bekend bij de zorgmanager, ook deze selectie kan dus zijn beïnvloed door subjectiviteit van de zorgmanager. Hierbij wordt de validiteit om dezelfde redenen als bij Ebbingepoort beïnvloed, en kan er met minder zekerheid gezegd worden dat er is gemeten wat je wilt meten.

Daarnaast zijn bij het selecteren van respondenten uitzendkrachten buiten beschouwing gelaten. TSN heeft aangegeven dat het niet te organiseren is om uitzendkrachten te betrekken bij het onderzoek, dit door de enorme diversiteit aan gezichten die via het uitzendbureau komen werken. Daarom is er af gegaan op de vaste medewerkers van de locaties. Het is dan ook mogelijk dat dit de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek heeft beïnvloed, er kan niet met zekerheid gezegd worden dat er gemeten is wat men wilde meten. Dit omdat de meningen en ervaringen van uitzendkrachten niet zijn meegenomen in de resultaten. Hierdoor wordt met name het thema 'invalkrachten' maar van één kant belicht, en zouden de werkelijke resultaten anders kunnen zijn.

Een ander facet dat een rol speelt bij de validiteit van dit onderzoek is de onervarenheid van de gespreksleider tijdens de focusgroep discussies. De echtheid of validiteit kan hierdoor worden beïnvloed. Dit omdat de gespreksleider energie moet steken in de basis beginselen van het leiden van een gesprek, hierbij is het zeer waarschijnlijk dat de gespreksleider steken laat vallen op het gebied van open vragen stellen en doorvragen. Daardoor is het minder zeker dat er wordt gemeten wat men wil meten en komt de validiteit in gevaar.

3.3 Betekenis voor de praktijk

De resultaten van dit onderzoek zijn direct relevant te noemen voor de twee onderzochte woonzorg locaties van TSN. Dit met name voor de zorgmanagers van Ebbingepoort en Mercator, die dit onderzoek en de resultaten kunnen aanleveren aan Menzis. Daarmee zijn de resultaten ook van betekenis voor Menzis, er wordt inzicht geboden in de mogelijke oorzaken van medicatiefouten en daarnaast aanbevelingen gegeven ter verbetering in de toekomst.

Daarnaast kunnen de resultaten ook relevant zijn voor de zorgmedewerkers van beide locaties, de resultaten kunnen medewerkers inzicht geven en motiveren tot verandering. Dit onderzoek leidt niet tot concrete veranderingen, maar nodigt middels de aanbevelingen wel uit tot een vervolgonderzoek naar relevante evidence based interventies.

De resultaten van dit onderzoek zijn niet direct relevant voor andere instellingen of organisaties. De resultaten zijn generaliseerbaar binnen TSN maar kunnen niet breder worden getrokken naar andere instellingen. Volgens het boek 'Wat is onderzoek?' van Nel Verhoeven moet daarvoor een steekproef representatief zijn aan de totale populatie. Er kan niet worden gezegd dat de steekproef binnen dit onderzoek representatief is voor de populatie in andere instellingen en organisaties omdat de kenmerken van de populatie van deze instellingen niet bekend zijn.

Hoofdstuk 4: Conclusie

In het begin stadium is er een hoofdvraag op gesteld die tijdens dit onderzoek centraal staat. De vraag die wordt gesteld is: 'Wat is de oorzaak dat zorgverleners medicatie niet toedienen in de intramurale zorglocaties Mercator en Ebbingepoort van TSN?'

Deelvragen die hierbij worden gesteld zijn:

- Wat zijn de ervaringen van de zorgverleners over het onderwerp medicatieveiligheid en/of fouten?
- Wat zien zorgmedewerkers zelf als oorzaak voor het niet toedienen van medicatie?
- Wat zijn de verschillen in de vermoedelijke oorzaken van het niet toedienen van medicatie tussen Mercator en Ebbingepoort?
- Heeft de locatie van de medicijnen invloed op de oorzaken van het niet geven van medicatie?

Concluderend kan worden gesteld dat de vraagstelling van dit onderzoek is beantwoord. Er zijn bij het analyseren van de data meerdere oorzaken voor niet geven van medicatie naar voren gekomen. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de twee woonzorginstellingen. De belangrijkste oorzaken bij Ebbingepoort kunnen worden gezocht in de thema's: invalkracht, apotheek, looplijsten en werkdruk.⁹ Bij Mercator ligt de verdeling qua oorzaken iets anders, de belangrijkste oorzaken die hier worden genoemd zijn vallen onder de thema's: apotheek, gedrag, looplijsten en werkdruk.¹⁰

Opvallend aan deze resultaten is dat de twee locaties drie thema's hebben die vrijwel overeenkomen. De thema's worden door de respondenten weliswaar op verschillende posities gezet, maar verschillen nooit meer dan één positie ten opzichte van de andere instelling.

Er zijn twee thema's die eruit springen qua positie ten opzichte van de andere instelling. Bij Ebbingepoort is dit het thema invalkracht die eruit springt. Het thema staat bij Ebbingepoort op een eerste plek, terwijl dit bij Mercator de laatste plek bekleedt. Het is lastig te zeggen waar dit verschil vandaan komt. Als er wordt gekeken naar de uitspraken die worden gedaan binnen dit thema in de verschillende focusgroep discussies worden op beide locaties vergelijkbare uitspraken gedaan. Het verschil in de volgorde van belangrijkheid kan dan alleen worden verklaard aan de hand van het aantal respondenten die het thema invalkracht als een probleem zien, dit is bij Ebbingepoort in verhouding aanzienlijk meer dan bij Mercator. Bij Mercator is het thema gedrag opvallend in de volgorde van belangrijkheid. Dit thema staat bij Mercator op een tweede plek, waar dit bij Ebbingepoort op de laatste plek staat. Als er wordt gekeken naar de uitspraken door respondenten van de verschillende locaties is er wel een duidelijk verschil zichtbaar. Zo is er te zien dat de sub thema's onder het hoofd thema gedrag per locatie aanzienlijk verschillen. Er kan dus worden gesteld dat meer medewerkers van Mercator een oorzaak zien in bepaalde aspecten van het gedrag van medewerkers dan dat medewerkers van Ebbingepoort dit zien.

De laatste deelvraag richt zich op de verschillende werkwijzen bij het delen van medicatie. TSN is geïnteresseerd in de vraag of het werken met een medicatiekar zoals dat gebeurt in Ebbingepoort of het werken met medicatie op de kamer zoals in Mercator invloed heeft de oorzaken van het niet geven van medicatie. Ervaringen van medewerkers zijn duidelijk, de eigen manier van werken werkt het best. Dit op twee medewerkers na die het werken met een medicatiekar in plaats van met medicatie op de kamer als positief inzien. Beide medewerkers vermoeden dan ook dat het werken met medicatie op de kamer meer fouten oplevert dan met een medicatiekar. Toch is deze deelvraag niet te beantwoorden met de

⁹ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

¹⁰ Tabel 3: Belangrijkheid thema's per locatie

verkregen data. Het onderzoek richt zich onvoldoende op de gestelde deelvraag. Daarnaast hebben, met uitzondering van de twee andersdenkende medewerkers, medewerkers geen ervaring met de andere werkwijze waardoor men zich moeilijk een voorstelling kan maken van de invloed die het heeft op het niet geven van medicatie.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de resultaten en conclusie van het onderzoek. De aanbevelingen voor beide woonzorginstellingen komen overeen.

Aanbevelingen voor de organisatie

In het onderzoek naar de oorzaak van het aantal medicatiemeldingen zijn er bij de resultaten meerdere kanten van de oorzaken aan het licht gekomen. De belangrijkheid verschilt per woonzorglocatie. Er wordt aanbevolen bij Ebbingepoort als eerste te werken aan de oorzaak onder het thema invalkracht. Bij Mercator is dit de oorzaak onder het thema apotheek. Zo kan er stapsgewijs interventies worden ingezet voor de thema's op volgorde van de belangrijkheid. Wat de beste manier is om de oorzaken te verhelpen en zo de problemen aan te pakken is geen gefundeerde uitspraak over te doen. De instellingen zouden hiervoor meer onderzoek moeten doen naar de oplossingen en vervolgstappen, die passend zijn bij de instelling.

Het is mogelijk een verbeterteam samen te stellen die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het zoeken naar geschikte oplossingen voor de resultaten van het onderzoek en de uitvoering daarvan. Bij het zoeken naar oplossingen zouden alle zorgmedewerkers kunnen worden betrokken.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De resultaten onder het thema locatie medicatie vallen uiteen. De verscheidenheid tussen de twee woonzorglocaties is groot, maar ook binnen de instelling verschillen de medewerkers van mening. Daarnaast richten de focusgroep discussies zich te weinig op dit thema. Om een gefundeerde uitspraak te kunnen doen over de aanbeveling over het thema locatie medicatie, zullen er binnen de instellingen meer onderzoek moeten worden gedaan. Zowel een praktijkonderzoek als een literatuuronderzoek. Alleen dan kan er een oordeel worden gegeven over welke wijze van werken, met de medicatiekar of met de medicatie op de kamer, de voorkeur heeft.

Literatuurlijst

- Arcares. (2002, Oktober). *Melding incident cliënten in verzorgings en verpleeghuizen*. Opgeroepen op Oktober 4, 2017, van www.zzpclientagenda.nl:
[https://www.zzpclientagenda.nl/ECD%20files/M32/Doc/02\[1\].028%20Rapport%20MIC.pdf](https://www.zzpclientagenda.nl/ECD%20files/M32/Doc/02[1].028%20Rapport%20MIC.pdf)
- Baarda, B. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek?* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Francke, A. d. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht.
- Maijnen, M. (2010). *een verkenning van het werkingsmechanisme van best practices in Zorg voor Beter (plus) projecten in de langdurige zorg*. Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement. Utrecht: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (sd). *Juridisch Kader*. Opgeroepen op Oktober 4, 2017, van www.nivel.nl: <https://www.nivel.nl/nl/dossier/juridisch-kader>
- Richtlijnen database. (2012). *Polyfarmacie bij ouderen*. Opgeroepen op september 28, 2017, van richtlijnen database.nl:
https://richtlijnen database.nl/richtlijn/polyfarmacie_bij_ouderen/polyfarmacie_bij_ouderen_-_korte_beschrijving.html
- TSN afdeling Kwaliteit en Ontwikkeling. (2017). *Medicatiebeleid TSN*.
- TSN. (sd). *Wonen en zorg*. Opgeroepen op oktober 31, 2017, van www.tsn-thuiszorg.nl:
<https://www.tsn-thuiszorg.nl/zorg-nodig/wonen-en-zorg/>
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?* (vijf ed.). Amsterdam: Boom uitgevers .
- VMS Zorg. (2013). *In het geweer tegen medicatiefouten*. Opgeroepen op oktober 4, 2017, van www.vmszorg.nl: http://www.vmszorg.nl/_page/vms_inline?nodeid=4561&subjectid=9638
- Zorg voor Beter. (2017, Februari 6). *Thema: Medicatieveiligheid*. Opgeroepen op Oktober 4, 2017, van www.zorgvoorbeter.nl: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Medicatieveiligheid-Organiseren-Wat-is-het.html>

Bijlagen

Bijlage 1: Kwartaalrapportages Q1 en Q2 2017

Kwartaalrapportages Q1 2017

Van: Afdeling Kwaliteit en Opleidingen

Datum: April 2017

Totaal overzicht meldingen Q 1 2017 (1 januari – 31 maart 2017) en Q1,2, 3 2016

Meldformulier	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017
MIT melding cliënt 2016 (medicatie, valincident, zorgmoment)	290	242	274	
MIC 2017 (medicatie, valincident, zorgmoment, onveilige situatie, ongewenst gedrag)				286
MIT melding medewerker 2016 (onveilige situatie, ongewenst gedrag, prikaccident, ongeval)	4	7	2	
Bedrijfsongeval/Incident medewerker 2017 (prikaccident, ongeval, ongewenst gedrag collega)				1
Klacht cliënt	1	0	0	0
Huiselijk geweld	0	0	0	0
Datalek	0	0	0	0
Totaal	295	249	276	287

Bij vragen over specifieke rapportages van je team, neem contact op met de afdeling Kwaliteit en Opleidingen via: kwiteit@tsn-thuiszorg.nl

Aanbevelingen:

- Vul bij het maken van een MIC altijd **1 categorie in!** Vul ook altijd 'Ja' in bij de hoofdcategorie, als je wel de subcategorie van de betreffende hoofdcategorie invult.
- Wanneer je de MIC hebt ingevuld zet hem dan z.s.m. op de status 'bespreken', de RWV er kan via het dashboard signaleren dat de MIC is ingediend en nagaan of er eventuele acties uitgevoerd moeten worden. Vervolgens wordt de MIC door de RWV op actueel gezet. Als de MIC besproken is tijdens het teamoverleg kan hij omgezet worden naar de status 'archief'. Zorg er voor dat de MICs in je team dit proces doorlopen, zodat er niet onverhoopt MIC als concept blijven staan.
- Wanneer je er achter komt dat er toch een concept MIC is aangemaakt wat niet de bedoeling was, vul dan bij de verplichte velden 'test' in, en laat de MIC het alle processtappen doorlopen (bespreken-actueel-archief). Geef vervolgens via kwiteit@tsn-thuiszorg.nl door dat je deze MIC zou willen laten verwijderen (geef dan cliëntnr, en startdatum MIC aan). Probeer dit te voorkomen en vul indien mogelijk de MIC z.s.m. volledig en zet deze op de status bespreken.
- Via het dashboard (Nedap) -> onder signaleringen kwaliteitsmonitor -> 04 MIC, kun je nagaan welke MIC's er nog op concept staan en welke op status bespreken. Ga na binnen je team of er meldingen zijn die nog van status concept-bespreken of bespreken-actueel (door RWV) gezet moeten worden. Of dat er een MIC in concept staat die weggehaald kan worden.
- Wanneer er sprake is van incident waarbij alleen de medewerker is betrokken en de cliënt in principe geen rol speelt dan kan er een bedrijfsongeval/incident (Bijv. prikaccident, infectieziekte of ongeval) melding gedaan worden via Afas/Insite -> Infotheek -> Personeelszaken. De melding wordt dan in behandeling genomen door de expert Arbo & Verzuim.
- Een (vermoedelijke) melding van Huiselijk Geweld kun je ook via een profielijst Nedap maken. Daarbij kun je de meldcode app gebruiken. De meldcode app helpt je bij het doorlopen van de 5

stappen van de meldcode. Let op: start ook met het doorlopen ook de stappen bij het vermoeden van huiselijk geweld (dus ook als je het nog niet zeker weet)

- Sinds 1 januari 2017 geldt er een nieuwe klachtenregeling. Het grootste verschil is dat er geen klachtencommissie meer is, maar een klachtenfunctionaris. Kijk op de [website van TSN](#) voor meer informatie. Je kunt cliënten ook informeren aan de hand van deze informatie als ze vragen hebben over een klacht.

Specificatie MIC

MIT Cliënt	Q1	
Medicatiemelding	160	51%
Valincident	107	34%
Zorgmoment inhoudelijk	37	12%
Werkomgeving	5	2%
Ongewenst gedrag	3	1%
Totaal	312	100%

Zie bijlage 1 voor MIC's op teamniveau, er zijn 286 MIC's ingediend waarbij soms meerdere categorieën zijn aangevinkt. Dat verklaart dat het aantal categorieën hoger ligt dan het aantal MIC's.

Van de medicatie incidenten heeft 46% (73) betrekking op niet toegediend. Van de valincidenten heeft 39% (42) betrekking op een val tijdens staan/lopen met hulpmiddel. Van de zorginhoudelijke incidenten heeft 59% (22) betrekking op geen uitvoering protocol/procedure/zorgplan. Van de ongewenst gedrag meldingen heeft 100% (3) betrekking op agressie. Zie voor meer informatie het exceloverzicht Q1 2017 overzicht meldingen – Categorieën.

Specificatie Bedrijfsongeval/incident medewerker

Incident Medewerker	Q1		Locatie/Team
Ongeval	0	0	
Ongewenst gedrag	1	100%	De Ebbingepoort
Prik-/snij-/bijt-/spataccident	0	0	
Totaal	1	100%	

Vergelijking:

In onderstaande tabel is een vergelijking te zien tussen het aantal MIC meldingen per kwartaal voor 2017 ten opzichte van 2016.

	Aantal 2015	Aantal 2016	Vergelijking	Aantal 2016	Aantal 2017	Vergelijking
Q1	200	318	+59%	318	286	-10%
Q2	364	295	-19%			
Q3	326	242	-26%			
Q4	272	274	+1%			
Totaal	1162	1129	-3%	318	286	-10%

Bijlage 1: MIC (uitdraai 05-04-

Medicijn incident?	Val incident?	Zorg inhoudelijk incident?	Werk omgeving incident?	ongewenst gedrag incident?	Totaal Categorieën	Totaal meldingen
--------------------	---------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------	------------------

Van: Afdeling Zorgkwaliteit en Opleidingen

Datum: Juli 2017

2017)

Team/categorieën							
Extramurale zorg EB	4	9	1			14	14
Extramurale zorg MC	15	7	4			26	22
Extramurale zorg VA	9	9	3			21	19
Team Aak	14	15	3			32	30
Team Afdeling 1	4	8	3			15	13
Team Afdeling 2	21	3	3		1	28	29
Team Afdeling 3	15	8	4			27	25
Team Bark	8	8	7			23	16
Team Begane grond	1	3		1		5	5
Team Boteringepoort	26	9	2		1	38	37
Team Coaster	10	5	4	2		21	16
Team Dogger	1	2	1			4	3
Team Herepoort	10	12		2	1	25	24
Team Kranepoort	10	4	1			15	14
Team Steentilpoort	12	5	1			18	19
(leeg)						0	0
Eindtotaal	160	107	37	5	3	312	286

Kwartaalrapportages Q2 2017

Totaal overzicht meldingen Q 2 2017 (1 april – 30 juni 2017) en Q1 2017, Q3, 4 2016

Meldformulier	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q 2 2017
MIT melding cliënt 2016 (medicatie, valincident, zorgmoment)	242	274		
MIC 2017 (medicatie, valincident, zorgmoment, onveilige situatie, ongewenst gedrag)			286	249
MIT melding medewerker 2016 (onveilige situatie, ongewenst gedrag, prikaccident, ongeval)	7	2		
Bedrijfsongeval/Incident medewerker 2017 (prikaccident, ongeval, ongewenst gedrag collega)			1	0
Klacht cliënt	0	0	0	0
Huiselijk geweld	0	0	0	0
Datalek	0	0	0	0
Totaal	249	276	287	249

Bij vragen over specifieke rapportages van je team, neem contact op met de afdeling Zorgkwaliteit en Opleidingen via: kwiteit@tsn-thuiszorg.nl

Aanbevelingen/conclusies:

- **Dossieropbouw & Verslaglegging:**

Let erop dat je klachten tijdig meldt en registreert, waarbij ook gemaakte afspraken met de cliënt worden vastgelegd. Het is belangrijk zorg te dragen voor dossieropbouw, in het bijzonder bij veelvuldige klachten en wanneer sprake lijkt te zijn van zorgbeëindiging.

- **Registreren meldingen:**

Wees je bewust van de verschillende subcategorieën bij het invullen van een melding.

Voor het verkrijgen van betrouwbare en valide gegevens is het van belang dat meldingen adequaat geregistreerd worden. Vanuit de gegevens blijkt dat dit in de praktijk onvoldoende wordt gedaan. Bijvoorbeeld de melding medicatie '*niet afgetekend*'. Waarbij onder de melding medicatie '*niet afgetekend*' de volgende meldingen zijn geregistreerd : medicatie '*niet toegediend*', medicatie '*geweigerd*' en medicatie '*niet ingenomen*' door ongewenst gedrag. Deze dienen niet geregistreerd te worden bij medicatie '*niet afgetekend*'. Dit geldt voor V&V ook bij meldingen bedrijfsongeval/incident.

- **Verbeteracties teams:**

De afdeling Zorgkwaliteit en Opleidingen gaat aankomend kwartaal onderzoeken welke teams veelvuldig verkeerde meldingen doen en wat hier de exacte oorzaak van kan zijn. Eventuele verbeteracties worden teruggekoppeld naar de teams. Daarnaast wordt in het volgend kwartaal onderzocht in hoeverre het wenselijk is dat de categorisatie van meldingen aangepast wordt.

- **Werkkaart Huiselijk Geweld:**

Volgend kwartaal ontwikkelt de afdeling Zorgkwaliteit en Opleidingen, in afstemming met Diana von Hebel, een werkkaart voor het melden van (vermoeden) van huiselijk geweld. Deze werkkaart heeft als doel een bijdrage te kunnen leveren aan tijdig signaleren, herkennen en melden van (vermoeden) van huiselijk geweld. Heb jij suggesties? mail: kwiteit@tsn-thuiszorg.nl

- Voor eventuele vragen en/of opmerkingen bij huiselijk geweld kun je contact opnemen met Diana von Hebel via: dvonhebel@tsn-thuiszorg.nl
- Bij eventuele vragen en/of opmerkingen omtrent klachten kun je contact op nemen met Anneke van Gaalen (klachtenfunctionaris) via: avangaalen@tsn-thuiszorg.nl. Voor overige informatie wordt doorverwezen naar Afas; Infotheek; Zorgkwaliteit en Opleidingen; Meldingen Klachten. Hier vind je diverse instructies betreffende klachtenreglement.
- Meldingen bedrijfsongeval/incident kun je indienen via: Afas; Infotheek; Personeelszaken. Deze worden in behandeling genomen door Fokje van de Lageweg of Annette Croeze (Experts Arbo & Verzuim).

Ter herinnering:

- Meldingen (vermoeden) huiselijk geweld kun je via een profiellijst Nedap indienen. Daarbij kun je de 5 stappen van de meldcode app gebruiken.
- MIC procedure:
 - o Vul bij het maken van een MIC melding altijd **1** categorie in! Vul daarnaast altijd 'Ja' in bij de hoofdcategorie, als je wel de subcategorie van de betreffende hoofdcategorie invult.
 - o MIC indienen ofwel '**status bespreken**', RVW'r kan via dashboard signaleren of een MIC is ingediend, eventuele vervolgacties worden uitgezet. RVW'r zet MIC op '**status**

actueel'. Wanneer MIC besproken is binnen het team wordt de MIC omgezet naar **'status archief'**.

- o Aanmaak concept MIC verwijderen, vul dan bij verplichte velden 'test' in en doorloop alle processtappen (status bespreken; actueel; archief). Geef vervolgens via: kwaliteit@tsn-thuiszorg.nl door dat je deze MIC zou willen laten verwijderen (geef dan cliëntnummer en startdatum MIC aan).
- o Overzicht aantal MIC's status 'concept' of 'bespreken' kun je via dashboard Nedap vinden. Ga naar: onder signaleren kwaliteitsmonitor en klik op 04 MIC.

Samenvatting/Conclusie:

Specificatie MIC

MIC Cliënt	Q1		Q2	
Medicatiemelding	160	51%	124	46%
Valincident	107	34%	108	40%
Zorgmoment inhoudelijk	37	12%	30	11%
Werkomgeving	5	2%	7	3%
Ongewenst gedrag	3	1%	2	1%
Totaal	312	100%	271	100%

Zie bijlage 1 voor MIC's op teamniveau, er zijn voor Q2 249 MIC's ingediend waarbij soms meerdere categorieën zijn aangevinkt. Dat verklaart dat het aantal categorieën hoger ligt dan het aantal MIC's.

Van de medicatie incidenten is 46% 'niet toegediend', in totaal zijn er 57 meldingen gedaan. Er is een stijging te zien in de categorie valincident lopen/staan zonder hulpmiddel namelijk 31% (34 meldingen) t.o.v. Q1 22% (23 meldingen). Van de zorginhoudelijke meldingen heeft 57 % te maken met 'verkeerde uitvoering' van een protocol/procedure of zorgplan, totaal van 17 meldingen. Dit betekent t.o.v. van Q1 een toename van 35 %, in totaal 13 meldingen. Er is een daling te zien in de MIC meldingen die betrekking hebben op onveilige medewerker situaties vanwege werkomgeving en ongewenst gedrag cliënt. Zie voor meer informatie het Excel overzicht Q2 overzicht meldingen-categorieën.

Specificatie Bedrijfsongeval/incident medewerker

Er zijn in Q2 geen meldingen gedaan van ongeval, ongewenst gedrag door collega danwel prik-/snij-/bijt-/spataccident.

Vergelijking: In onderstaande tabel is een vergelijking te zien tussen het aantal MIC meldingen per kwartaal voor 2017 ten opzichte van 2016.

	Aantal 2015	Aantal 2016	Vergelijking	Aantal 2016	Aantal 2017	Vergelijking
Q1	200	318	+59%	318	286	-10%
Q2	364	295	-19%	295	249	-16%
Q3	326	242	-26%			
Q4	272	274	+1%			
Totaal	1162	1129	-3%	613	535	-12%

Bijlage 1: Totaal overzicht MIC Q2

<i>Team/ categorieën (uitdraai 07- 07-2017)</i>	<i>Medicijn incident ?</i>	<i>Valinci dent?</i>	<i>Zorg inhoudeli jk incident?</i>	<i>Ongewen st gedrag incident?</i>	<i>Werk omgevin g incident ?</i>	<i>Totaal categorie ën</i>	<i>Totaal meldinge n</i>
<i>Extramurale zorg EB</i>	4	13			1	18	20
<i>Extramurale zorg MC</i>	5	7	2			14	12
<i>Extramurale zorg VA</i>	6	8	1			15	14
<i>Intramurale zorg MC</i>	1					1	1
<i>Intramurale zorg VA</i>	4	2	1			7	8
<i>Team Aak</i>	13	17	4	1		35	31
<i>Team Afdeling 1</i>	5	3	1			9	8
<i>Team Afdeling 2</i>	12	6				18	19
<i>Team Afdeling 3</i>	12	6	2			20	20
<i>Team Bark</i>	20	4	8		1	33	24
<i>Team Begane grond</i>	5	6	1			12	11
<i>Team Boteringepoort</i>	4	7	2			13	11
<i>Team Coaster</i>	3	10		2		15	15
<i>Team Dogger</i>	8	6	1	1		16	14
<i>Team Herepoort</i>	12	3	3	3		21	18
<i>Team Kranepoort</i>	4	6	2			12	11
<i>Team Steentilpoort</i>	6	4	2			12	12
<i>(leeg)</i>						0	0
<i>Eindtotaal</i>	124	108	30	7	2	271	249

Bijlage 2: Transcripties focusgroep discussies Mercator.**Focusgroep discussie Mercator****Datum: 14 november****Duur: 33 minuten**

Nanda: Nou allereerst goedemorgen en bedankt dat jullie er allemaal willen zijn. Uhm wij doen dus een onderzoek hier uhm met betrekking tot de medicatieveiligheid. Wij zijn Gerda

en Nanda. We zitten allebei in het vierde jaar van de HBO-V en dit is nu ons afstudeerfase waarbij het onderzoek dus een onderdeel is. Uhm nou deze bijeenkomst zal dus ongeveer een half uurtje duren, we moeten even kijken hoe we uitkomen met de tijd. Uhm even kijken hoor uhm *lacht*. Nou ja het onderzoek zal dus plaatsvinden hier bij Mercator en bij Ebbingepoort, dat zijn de twee intramurale zorglocaties in Groningen. Wij hebben voor deze twee gekozen omdat het dan binnen de perken blijft en uhm hier vooral uhm nou uhm ja het ontwikkelde zeg maar. Uhm we zijn benaderd door TSN uhm omdat vanaf januari uh een verhoging is uh van het aantal MIC meldingen is waargenomen. En uhm vooral uh onder het kopje niet toegediend. Onder alle medicatiemeldingen was niet toegediend 46% van de redenen. Dus dat is best wel een hoog bedrag of hoog aantal. Uhm TSN is dus geïnteresseerd naar wat de oorzaak is van deze MIC meldingen. Uhm dus hebben ze daarop een vraag ingediend bij de Hanzehogeschool en wij hebben deze gekozen. Uhm wij denken dat de vraag het beste te beantwoorden is door jullie dus als medewerkers op de werkvloer te ondervragen door middel van een focusgroepdiscussie. Uhm deze discussie is op basis van ervaringen en meningen. En we hopen dat dit uhm, nou dat jullie elkaar kunnen inspireren tot uhm andere inzichten of uhm andere ideeën kunnen brengen.

Gerda: Yes, Nou tijdens deze discussie zal ik de gespreksleider zijn en Nanda zal wat meer op de achtergrond observeren en zorgen dat het opgenomen wordt. Uhm zoals we al in de voorstelbrief hadden gezegd, het wordt opgenomen. Maar het is alleen voor ons tweeën dus verder uh de leidinggevendenden hier of onze docenten op school krijgen het niet te horen. Uh wij gaan dit uittypen en analyseren en dan hopen wij er conclusies uit te kunnen trekken. Dus uh daarbij is jullie privacy wel gewaarborgd, we gaan er wel dingen over schrijven maar dat zal geanonimiseerd zijn. Uhm nou het doel van deze focusgroep discussie is eigenlijk dat we gaan kijken van uh wat nou de oorzaken zijn van uh de 46% niet toegediend. Uh hoe dat kan en dat jullie daar als groep gezamenlijk zeggen van nou dit denken wij dat de oorzaken zijn en dit staat een beetje meer aan de rand daarvan. Uhm ja dat is het eigenlijk, dus dan kunnen we beginnen.

Ik wou eerst even een kort voorstel rondje doen van wie ben je en wat is je opleidingsniveau. Dat mag heel kort even, mag ik bij u beginnen?

Deelnemer A: Uh ja ik ben deelnemer A en ik werk als verzorgende IG.

Deelnemer B: Deelnemer B, en ik werk ook als verzorgende IG.

Deelnemer C: Ik ben deelnemer C, verzorgende IG.

Deelnemer D: Mijn naam is deelnemer D, en ik werk hier als verzorgende IG.

Deelnemer E: Ik ben deelnemer E, verzorgende IG.

Deelnemer F: Ik ben deelnemer F, en werk als IG

Deelnemer G: Deelnemer G, ik ben verpleegkundige.

Gerda: Oké nou goed, dan weet ik even een beetje wie iedereen is. Uhm dan gaan we nu naar het probleem, want uh wij zeggen wel dat er een medicatieprobleem is met zoveel procent niet toegediend. Maar hoe zien jullie dat zelf, is er een probleem? Waaraan merk je dit? Uh ja dan wil ik jullie even kort de tijd geven om hierover even wat op te schrijven, dan kunnen we daarna een rondje doen en met elkaar delen wat de ervaringen zijn.

1 minuut stilte, deelnemers schrijven het probleem op

Deelnemer G: Moeten we alleen het probleem of ook de oorzaken?

Gerda: Nee we gaan straks de oorzaken bespreken, maar eerst even het probleem.

56 seconden stilte, deelnemer schrijven het probleem op

Gerda: Oké heeft iedereen wat op kunnen schrijven voor zichzelf? Bij wie mag ik beginnen?

Deelnemer B: Nou ik wil wel beginnen hoor, ik heb als probleem werkdruk en invallers die niet op de hoogte zijn of niet goed ingewerkt zijn. Ik denk dat uh dat we daar ook wel tegenaan lopen.

Gerda: Oké dan gaan we al wat meer naar de oorzaken natuurlijk...

Deelnemer B: Ja dat is meer een oorzaak maar ja.

Gerda: En als u dan het probleem wat betreft medicatie zou moeten omschrijven? (H) erkent u dat probleem? Ziet u ook een probleem, of heeft u zelf zoiets van ik zie geen probleem?

Deelnemer B: Jawel ik zie het wel, dat het niet gegeven wordt en dat het blijft liggen. Maar dat heeft dus.. nou ja te maken met de oorzaken die ik net aangeef.

Gerda: Ja precies.

Deelnemer A: Ja eigenlijk heb ik dat ook, ik bedoel ze komen dan maar één morgen ofzo.

Ze lezen dan niet goed en zijn niet goed op de hoogte dat daar medicatie moet worden

gedeeld. Of ze hebben geen tablet die werkt. Dus eigenlijk komen daar heel veel fouten van.

Gerda: Uh ja dat zijn dan ook eigenlijk wat meer de oorzaken.

Deelnemer B: Ja precies.

Gerda: Ja. Oké.

Deelnemer A: En wij zijn natuurlijk ook bekend met de mensen, wij weten wat ze krijgen.

Gerda: Ja, ja

Deelnemer A: En dat maakt ook een verschil hoor.

Gerda: Oké, heeft iemand anders nog een ander probleem opgeschreven?

Deelnemer D: Ik heb ook nog niet afgetekend.

Deelnemer F: En niet gegeven.

Deelnemer C: Of wel gegeven en niet afgetekend.

Deelnemer D, F, A: Ja

Deelnemer A: En dan zit je inderdaad met invallers die niet bekend zijn, de werkdruk. Ik vindt zelf dat je veel wordt afgeleid...

Deelnemer A, B, C, F: Ja

Deelnemer A: Je krijgt een alarm tussendoor of er komt een collega van kun je even helpen.

Er komt een collega: ik moet je even wat vragen, je krijgt een telefoontje. En dan ben je snel geneigd althans dat heb ik tenminste om even te vergeten dat krabbeltje te zetten.

Gerda: Ja precies.

Deelnemer A: En meestal zet je het dan later wel in de tablet, dat vindt ik ook zoiets. Je moet het twee keer aftekenen, zowel in de tablet als in het dossier.

Gerda: Hm Hm

Deelnemer A: Maar dan vergeet je toch weer dat papieren dossier.

Gerda: Maar dan hebben we het over het aftekenen, maar is het dan wel gegeven?

Deelnemer A: Dan heb je het wel gegeven.

Gerda: Oké, en in het onderzoek hebben we het natuurlijk meer over de meldingen met als onderwerp 'niet toegediend'. Je hebt zeg maar MIC meldingen binnen TSN verdeeld in verschillende categorieën. Je hebt dan bijvoorbeeld naast 'niet toegediend' dus ook een categorie niet afgetekend. Maar die categorie laten we even buiten beschouwing. We hebben het dus over de categorie 'niet toegediend', hierbij zou het medicijn dus überhaupt niet gegeven zijn ook al is er al dan niet afgetekend.

Deelnemer B: Nee precies, dan zit bijvoorbeeld het baxterzakje nog aan de rol?

Deelnemer A: Ah oké.

Gerda: Ja precies.

Deelnemer B: Dus bijvoorbeeld dat het zakje van 22.00 blijft dan liggen en daaraan kun je zien dat het niet gegeven is.

Gerda: Precies, ja.

Deelnemer A: Ja kijk dan zit je met nieuwe medicatie, kuren die worden vergeten.

Deelnemer B: Ja.

Deelnemer A: Uh we hebben nu een mevrouw op de afdeling die heeft oogdruppels die moet je in de koelkast bewaren, dat wordt ook snel vergeten. Want je kijkt in een kastje en niet in de koelkast.

Gerda: En heeft dit dan iets te maken met de werkprocessen? U zegt dan dubbel aftekenen maar zijn er ook nog andere dingen die invloed kunnen hebben op dit soort fouten?

Deelnemer F: Ik denk vooral te weinig personeel, de tijdsdruk en afleiding. Want dat hebben wij ook als je avonddienst draait. Je hebt dan twee afdelingen in je eentje waar je de pillen moet doen.

Gerda: Ja

Deelnemer F: Ja nou ja en in die tijd heb je ook gewoon de belletjes die je moet doen. Er moeten mensen naar de wc, of er is iemand gevallen. Of je moet weer daarheen of je moet die helpen.

Gerda: Ja

Deelnemer F: Of dan belt de activiteitenbegeleiding weer, die bewoner moet je even uit de zaal halen. Wij moeten dus al die dingen tegelijk doen, waardoor er heel vaak wat vergeten word denk ik.

Deelnemer B: Ja ik denk dat het heel goed zou zijn als degene die medicatie dus rond deelt bijvoorbeeld geen pieper op zak heeft.

Deelnemer F: Ja

Deelnemer B: En alleen met de medicatie bezig is. Dan haal je al een stukje druk weg.

Deelnemer F: Maar ja ik denk dat dat nu niet haalbaar is, dat is net als toen met die baxters. Toen wij de baxterrollen bij langs moesten brengen je een hesje aandeed zodat je niet afgeleid wordt. Maar dat gebeurt ook niet meer...

Deelnemer B: Nee.

Deelnemer F:waardoor er ook fouten worden gemaakt, en bijvoorbeeld de verkeerde rol bij iemand wordt neergelegd. Dat komt omdat er dan afleidingen zijn waardoor mensen het maar snel ergens neerleggen van dan zijn we ervan af.

Gerda: Oké.

Deelnemer B: Maar dat is een aantal jaren geleden hier al gebeurd, met een vestje aan en geen pieper.

Deelnemer F: Nee maar ja daar wordt ook niks meer mee gedaan.

Gerda: Maar hoe verloopt het medicatie proces dan als je bijvoorbeeld om 17.00 medicatie gaat delen?

Deelnemer F: Mensen hebben de medicatie op de kamer dus het is de verantwoordelijkheid van de medewerker om aan de medicatie te denken. Hiervoor hebben we dan wel een looplijst waarop staat wie medicatie krijgt. Maar daar staat ook heel vaak iets niet op.

Deelnemer B: Dat kan veranderd zijn.

Deelnemer C: Ja.

Deelnemer F: Kijk als iemand bijvoorbeeld nieuw is, zoals nu hebben we een nieuwe bewoner erbij. Kijk ik weet dat er medicatie gegeven moet worden, alleen een invaller bijvoorbeeld die ziet de bewoner niet op de lijst staan en denkt daar hoeft ik niet heen. Terwijl diegene misschien wel medicatie heeft, maar dat staat dan niet op de lijst dus dan aan ze er gewoon voorbij.

Gerda: En wie is er verantwoordelijk voor het bijhouden van de looplijsten?

Deelnemer B: Er zijn een aantal mensen die dat bijhouden, maar goed het is mensenwerk. Het wisselt zo per dag. Ik bedoel er kan vandaag een huisarts komen, er kan wat voorgescreven worden dat dezelfde middag binnenkomt en 's avonds gegeven moet worden. Als er dan geen duidelijke communicatie is, en het staat niet op die lijst. Hoe moet je het dan weten? Er zou misschien wel continu iemand moeten zijn die de lijsten bijwerkt.

Gerda: Zou daar dan ook een oorzaak kunnen zijn voor het niet toedienen van medicatie?

Deelnemer A: Dat denk ik wel, ik denk dat degene die werkt die lijsten gewoon bij moet werken.

Deelnemer B, F: Ja

Deelnemer F: Dat doe ik 's avonds dan wel, ik heb nu ook bij drie mensen kuurtjes erachter gezet zodat collega's weten dat er kuurtjes zijn.

Deelnemer A: Ja maar dat is ook de afspraak.

Deelnemer B: Maar dan kom je dus weer op de kwestie van de vaste mensen. Dan kom je dus als je als invaller hier heen moet en je neemt die looplijst mee als leidraad. En daar staat die kuur niet op dan vergeet je die, en dat snap ik ook wel.

Gerda: Nee precies, maar ligt de oorzaak dan bij de invalkracht zoals jullie het noemen of zou het dan bij het bijhouden van het lijstje liggen?

Deelnemer F: Nee ik denk dan wel meer bij ons. Maar ik denk dat te weinig personeel, de werkdruk en de afleidingen toch de grootste oorzaak zijn. Vooral de afleidingen we worden s' avonds zo vaak gebeld tijdens het delen van de pillen. In de anderhalf uur dat wij die pillen moeten doen worden wij wel tien keer gebeld van die moet naar de wc, die moet een schone broek, die moet weer naar boven gebracht worden, die moet naar bed gebracht worden, dan belt er nog een huisarts.....

Deelnemer B: En dan heb je het nog niet over de calamiteiten. Als er iemand onwel wordt of valt dan moet je daar ook heen. Vaak ook nog met z'n tweeën waardoor het hele werkproces stagneert. En dan loop je achter waardoor je ook weer eerder fouten maakt. Dan moet je weer kijken van waar ben ik gebleven....dan kan het zo zijn dat je er een paar vergeet.

Deelnemer F: Ja, nou ik heb voor mezelf dat ik het laatste kamernummer op mijn hand schrijf. Van oh ja daar ben ik gebleven.

Deelnemer B: Ja maar zo is het wel, ik snap dat wel.

Gerda: Oké, ja

Deelnemer E: Ja en wat ik ook wel lastig vindt is dat als de cintrom niet uitgezet is 's morgens. Nou dan moet ik het uitzetten maar dan moet ik naar mijn collega van wil je even kijken. Oh dossier moet mee want ik moet ook nog aftekenen.

Gerda: Oké de medicatie wordt dus in de ochtend uitgezet voor de hele dag?

Deelnemer A,B,C,E,F,G: nee alleen de cintrom.

Deelnemer B: Dat is een dubbelcheck, in de ochtend wordt het uitgezet. En om zes uur wordt het gegeven en de avonddienst controleert dat en tekent het af.

Gerda: Ja precies, maar je gaat dus niet met z'n tweeën tegelijk checken maar dit is verspreid over de dag?

Deelnemer B: Ja precies, maar als dit 's morgens vergeten wordt dan moet je in de middag een collega opzoeken.

Deelnemer F: Of wanneer de cintromlijst is gewijzigd en je in één keer drie moet geven.

Deelnemer A: Of wanneer het niet goed wordt uitgezet, dan moet je ook.

Deelnemer B, F: Ja

Deelnemer B: Of wanneer er 's morgens bloed geprikt word, dan komt er 's middags nieuwe lijst. Dus dan heb ik 's morgens twee uitgezet en moeten het er s' avonds opeens drie zijn, dus dan moet je ook weer zoeken hoe je het op moet lossen.

Gerda: Maar zou dat uitzetten 's morgens ook een oorzaak kunnen zijn, dan praten we alleen over de cintrom natuurlijk maar.....

Deelnemer F: Nee want de medicatie zit allemaal vaak in een baxter systeem, dat zijn allemaal van die zakjes..

Deelnemer G: Ja

Gerda: Ja maar die cintrom natuurlijk niet, en als ik zo hoor dat als het 's morgens uitzet en het wijzigt 's middags, en je zou zo'n wijziging niet doorhebben en geeft toch twee in plaats van drie.

Deelnemer F: Ja dat heb ik ook wel een 's avonds gehad, dan heb ik al iemand cintrom gegeven en dan komt die lijst en dan is het in één keer gewijzigd. Ja dan kan ik eerst weer gaan bellen met de trombosedienst van ik heb nu twee gegeven en het moet er één zijn. Dan gaan ze weer overleggen en moet ik weer terugbellen. En dan wijzigt de dosering voor de

dag erna weer.

Gerda: Maar ik proef een beetje aan deze reactie dat jullie dit niet als oorzaak zien voor medicatiefouten, klopt dat?

Deelnemer B: Nou ja ik zie het meer als de tijd die je eraan kwijt bent want je moet er weer achteraan bellen en dat kost allemaal tijd. En dan loop je weer achter op je werk, dus... Ja als je dan je kamernummer opgeschreven hebt is het goed maar als je dat niet meer weet dan ja kun je makkelijk iets vergeten.

Deelnemer F: Ik denk dat de grootste oorzaak gewoon de tijd en de afleiding in de zin van belletjes.....

Deelnemer B: En misschien iemand erbij?....

Deelnemer F: Ja, ja

Deelnemer B: Werkdruk, gewoon iemand extra erbij voor als er inderdaad wat aan de hand is.

Gerda: Oké.

Deelnemer B: Dat ervaar jij ook wel.

Deelnemer F: Ja want wij hebben ook wel eens gezegd als er 's avonds iemand is die de toiletronde kan doen, weet je dan ben je in ieder geval daar...

Deelnemer B: Ja dat is wel fijn.

Deelnemer F: al minder mee bezig.

Iedereen: Hmm hmm

Deelnemer F: Want dan heb je kamer 14 die belt om kwart voor 4, nou mevrouw op 22 die belt om kwart over 4. Dus dan ben je de hele tijd.. en dan moet kamer 9 weer naar boven of eh.

Deelnemer B: Hmm hmm.

Deelnemer F: En dan moet die weer uit de zaal terug, dus dan heb je zoveel afleidingen die je eigenlijk krijgt. Of je hebt familie die je aanspreekt dan ben je daar mee bezig, of kun je even hier komen dan ben je daar weer mee bezig. Ja ik kom er zo aan hoor.. ja maar mijn moeder.. ja maar ik ben heel even bezig.

Deelnemer A: Eigenlijk zouden die flexteams een half uur eerder moeten beginnen, dat die even die mensen doen.

Iedereen: *door elkaar* instemmend.

Gerda: Ik hoor nu eigenlijk vooral de oorzaken werkdruk en afleidingen. En in het medicatieproces he.. want ik probeer nog wat verder te kijken van wat zou eventueel nog meer oorzaken kunnen zijn. Zien jullie daarin ook nog oorzaken?

Deelnemer C: Deellijsten soms, daar loop ik wel tegen aan dat het er niet goed op staat.

Deelnemer F: Nou ik vindt dat mensen soms niet goed lezen.....

Deelnemer C: Ja precies!

Deelnemer F: ... dat is net als dat ik toen een keer had opgeschreven dat iemand kreeg dan 20 mg furosemide in plaats van 10mg. En dat doosje van 10mg had ik al weggedaan zodat er geen verwarring kwam. En nog tekenen ze bij 10mg af en geven ze 20mg. Dus denk ik van ja er wordt gewoon niet goed gekeken naar wat je geeft, en hierdoor kan ook het beeld ontstaan dat de medicatie niet is gegeven.

Deelnemer C: Ja je ziet dan furosemide staan en tekent achteloos af.

Deelnemer B: Ja je ziet de medicatiennaam staan en tekent dan gelijk af.

Deelnemer A: Ja daar zit een groot probleem want de medicatiewijziging moet weer via de huisarts gespeeld worden.

Deelnemer B: Ja daar zit wel een probleem, net wat deelnemer F aangeeft nou dat is ook weer zoiets want bijvoorbeeld stel dat de huisarts vandaag geweest en heeft besloten dat het medicijn gehalveerd moet worden. Eigenlijk moet er dan gelijk 's middags een nieuwe recente lijst komen zodat het 's avonds er goed op staat. Want wij mogen niet op die lijsten

schrijven.

Iedereen: *door elkaar* nee, nee inderdaad.

Deelnemer F: Nou ik heb het dus wel gedaan, ik heb het gewoon doorgekrast en het goede erop gezet.

Deelnemer C: Nou in nood mag dat ook toch.

Deelnemer D: Nou.. *lacht*

Deelnemer C: Nee serieus volgens mij mag dat geloof ik wel. Als het er inderdaad echt niet op staat en je kan de apotheek niet mee bereiken, dat je het er dan inderdaad op mag schrijven.

Iedereen: Ja, ja, ja.

Gerda: En wanneer komen die nieuwe lijsten? Kun je die zelf uitprinten?

Deelnemer F: Meestal worden die bezorgd door de apotheek.

Deelnemer A: Maar vaak blijven de verkeerde medicijnen ook op de nieuwe lijsten staan. En dat is gewoon heel verwarrend.

Iedereen: *door elkaar* instemmend.

Deelnemer A: Want vanmorgen ook had ik drie Fentanyl pleisters van 12mcg, 25mcg en 50mcg. Ik denk ja.. wat krijgt ze nou.

Deelnemer D: Ja wat is nou wat, en vooral met een nieuwe lijst waarop nog niet is afgetekend.

Deelnemer A: Ja er staat nergens duidelijk wat ze moet hebben, en dan denk je ja *kijkt vragend*.

Deelnemer D: Nee, ja dan moet je de rapportage lezen.

Deelnemer A: Jawel dat is ook zo, maar toch.

Gerda: En wie is er verantwoordelijk voor het bijhouden en wijzigen van de medicatielijsten?

Deelnemer D: De huisarts...

Deelnemer A: De huisarts hoort dat door te geven, de apotheek hoort dat te veranderen. De apotheek moet dat eraf halen.

Deelnemer B: En wij kunnen ook wel wijzigingen doorgeven, alleen.....

Deelnemer A: Wordt dat niet geaccepteerd want wij moeten dat via de huisarts doen. Want zij pakken het niet van ons, nee...

Deelnemer B: Nee.

Deelnemer A: ... dat moet de huisarts doen. Dus dan moet je weer naar die huisarts bellen dat er een medicijn af moet. Dat is zo'n gedoe voordat je dat weer voor elkaar hebt.

Deelnemer B: Nou dan krijg je de week erna de lijst, en dan is bijvoorbeeld die van 15.00 eraf die je wel moet plakken en de andere twee pleisters staan er nog op.

Deelnemer A: Ja zo vervelend.

Deelnemer D: Ja

Deelnemer F: Ik vindt het ook altijd zo irritant dat alle verbandmaterialen erop staan....

Deelnemer A,B,C: *door elkaar* instemmend, ja, ja.

Deelnemer F: Dan heb je soms wel vier pagina's waarvan er drie verbandmateriaal...

Deelnemer A: Ja klopt.

Deelnemer F: Dus dan zit ik te bladeren en te bladeren.

Deelnemer D: Die kunnen er ook wel af we kunnen er zo niks mee.

Deelnemer A: Hetzelfde als een kuur afgelopen is blijft hij er gewoon op staan. Totdat je weer de huisarts belt van wil je nou eindelijk eens die kuur eraf halen. Want je zoekt je kapot om een kuur die allang afgelopen is. En ik kan me dan voorstellen dat mensen een MIC melding doen dat de kuur niet is gegeven.

Iedereen: *door elkaar* ja, ja.

Deelnemer A: Het zijn allemaal van dat soort dingen he.

Gerda: Maar als ik jullie zo hoor zou dat dus ook een oorzaak kunnen zijn van het niet toedienen van medicatie?

Iedereen: *door elkaar* Ja zeker, ja, ja

Deelnemer B: Want je moet een heel lijstje doorzoeken van wat krijgt diegene nou nog wel en wat niet..

Deelnemer F: En ik vindt ook...

Deelnemer C: Ja en vooral met invallers die de mensen niet kennen en dus op de lijsten aan moeten kunnen.

Deelnemer B: Ja dat klopt.

Deelnemer F: En ik vindt ook wel dat het opvalt dat als er bijvoorbeeld iets wordt gestopt, dat sommige dingen niet meteen worden weggehaald. Waardoor je ook fouten krijgt en verwarring want iemand denkt van wat moet diegene nou krijgen. En zo worden medicijnen niet toegediend.

Deelnemer A: In het doosje of in het kastje bedoel je.

Deelnemer B,C,E,G: *door elkaar* instemmend.

Deelnemer F: Ja, want als ik bijvoorbeeld iemand krijg die moet 's avond ineens 20mg furosemide en die had 10mg. Dan haal ik gelijk die 10mg weg of als de oogdruppels gestopt worden dan haal ik het weg want...

Deelnemer D: Ja.

Deelnemer F: Anders kun je, ja iemand ziet het staan en denkt van oh ja diegene krijgt oogdruppels.

Iedereen: Ja, ja

Deelnemer B: Automatische...

Iedereen: Ja, ja

Deelnemer F: Het is routine..

Iedereen: Hmm hmm

Deelnemer F: Dus daar krijg je ook fouten door.

Gerda: Dus eigenlijk zeggen jullie dat naast de uitzendkrachten ook de vaste medewerkers in de vorm van automatismen die in de werkprocessen zijn geslopen een rol hebben in de oorzaak van de medicatiefouten op het gebied van niet toegediend.

Iedereen: Instemmend *door elkaar*

Deelnemer B: Ja de uitzendkrachten lopen er vooral tegenaan, maar ook routinematig handelen van het vaste personeel kan een oorzaak zijn. Maar ook bepaalde andere dingen, ik geef een voorbeeld. Dit weekend moest er dus iets uit de baxterzakjes gehaald worden, maar dat mogen wij dus niet doen.

Deelnemer A,F: Nee inderdaad.

Deelnemer B: Maar.. nou ja.. om het niet nog ingewikkelder te maken heb ik het maar wel gedaan. En het goed op papier gezet en het voor zaterdag, zondag en maandag goed uitgezet. Zodat de collega's van maandag naar de apotheek kunnen om dat op orde te krijgen. Maar iemand kan ook in het weekend zeggen van er mist een tablet, dus een MIC melding voor niet toegediend.

Gerda: Ja

Deelnemer B: Want als ik dat ook nog moet regelen dan, ja. Dan moet ik de familie bellen, die moet die baxter gaan brengen. Nou die moet dan naar een apotheek die open is, eruit laten halen en vervolgens terug brengen. Dat kost gewoon heel veel tijd, en ja dat werkt gewoon niet. Maar dat zijn allemaal van die dingen, het is wel heel handig dat het in zakjes zit maar als je dit soort dingen dan weer tegenkomt ja dan.. ja. We mogen het er dus niet uithalen.

Deelnemer A: Nee dat mogen wij niet doen, net zoals pillen die gehalveerd moeten worden.

Dat mogen wij officieel niet doen. Maar ja het zo laten zitten geeft ook weer risico's op fouten.

Deelnemer B: Ja want als ik er niks aan doe en ik laat het zitten dan krijgt die mevrouw de volgende dag bijvoorbeeld 100mg terwijl ze 50mg moet hebben.

Iedereen: *door elkaar* ja, ja

Gerda: Dus eigenlijk als we het zo bekijken zitten er ook nog wel fouten in het proces.....

Deelnemer B: Ja

Gerda: Wat een oorzaak kan zijn voor het niet toedienen van medicatie. En uh de medicatie staat op de kamer, ervaren jullie daar ook voor of nadelen van?

Deelnemer B: Nee ik denk dat dit systeem op de kamer heel goed werkt.

Deelnemer F: Nou ik heb ook gewerkt met een medicatiekar en ik vond dat heel goed werken.

Deelnemer A: Vroeger vond ik dat ook heel goed werken, maar als je nou kijkt. Elke bewoner heeft zijn eigen medicijnen....

Deelnemer B, E, G: Ja, ja

Deelnemer A: Dus je kan geen fouten maken.

Deelnemer F: Maar wat ik wel merkte met mijn kar is dat ik het overzicht meer had. Dus als ik die kar voor mij had kon ik gelijk zien van oh die rol zit er nog op en die. En dan hoefde ik niet elke keer bij al die mensen te kijken. Wat je makkelijk vergeet. En hier heb je gewoon die zestien mensen in de kar zitten dus je ziet van al die mensen gelijk het overzicht van de medicatie. En dat heb je op de kamer niet, dus als het niet op de lijst staat dan kijk je ook niet op de kamer of er medicatie is en loop je er waarschijnlijk bij langs. En als je die kar had dan zag je het want het staat voor je neus. Dus dat vond ik toen...

Deelnemer B: Maar ja dan is het natuurlijk wel weer een risico als jij een belletje krijgt en die kar staat op de gang. Met je medicatie die moet je dan weer veilig wegzetten.

Deelnemer A,C: Ja, ja

Deelnemer F: Nee maar die kon dicht. Er zaten deurtjes voor en die deed je op slot en dan zet je hem gewoon aan de kant.

Deelnemer A: Maar dat kost ook weer tijd.

Deelnemer C,D: Ja, ja

Deelnemer B: Ik vindt het ook fijn op de kamer, het kan afgesloten worden. Dus mensen die dementeren die kunnen niet zelf wat pakken want het zit allemaal achter slot en grendel.

Deelnemer A,C,D,E,G: Ja, ja

Deelnemer B: Dus dat vindt ik gewoon wel heel fijn.

Deelnemer C: Hmm hmm

Gerda: En de dames achterin, wat vinden jullie ervan?

Deelnemer D: Dat klopt.

Gerda: Jullie zien vooral voordelen van de medicatie op de kamer?

Deelnemer G: Ja, ik weet niet anders.

Deelnemer D: Nee, ik heb nooit met dat karretje gewerkt dus...

Deelnemer F: Ebbingepoort heeft dat wel.

Gerda: Als jullie het verhaal van deelnemer F horen, denkt de rest niet dat het risico op het niet toedienen van medicatie groter is? Dat je het dan vergeet?

Deelnemer F: Ik vindt dat je hier heel afhankelijk bent van de looplijst, want als het daar niet op staat dan wordt het snel vergeten. En die afhankelijkheid heb je bij een medicatiekar minder.

Deelnemer C: Ik denk dat je ook veel geconcentreerder bezig bent als je met zo'n kar loopt. Die heb je voor je en daar loop je mee rond. Nou ja dan met zo'n hesje aan dan ook zeg maar. Ja dan ben je gewoon alleen met die medicatie bezig. En dan heb je....

Deelnemer A: Maar ja dan moet je ook geen bel hebben.

Deelnemer C:precies, dan moet je hem wel afsluiten zeg maar.

Deelnemer B: Dan moet je alleen daar mee bezig zijn.

Deelnemer C: Toch denk dat je dan veel geconcentreerder bezig bent.

Deelnemer B: Nou ja een voordeel is wel als er een keer iets niet is afgetekend je wel kan zien we daar dan is geweest. Want je stelt dan één iemand verantwoordelijk.

Deelnemer C: Ja precies.

Deelnemer D: Ja het is wel zo want je hebt niet alleen de baxter maar je hebt ook nog heel veel potjes ernaast.

Deelnemer A: Maar daar moet je dan ook overal omdenken als je een kar hebt. De cintrom dosering, alles. Dat zit niet in de baxter.

Deelnemer F: Nee maar dat zit ook allemaal in de kar he.

Deelnemer A: Ja maar dan heb je ook zo'n hele kar voor je. Dan moet je ook nog denken...nee hoor het is zo goed.

Deelnemer B: Ik vindt het zo ook goed.

Deelnemer A: Nee ieder z'n eigen veel beter.

Deelnemer B: En vrijdags komt het dan binnen, dan komen alle nieuwe medicatierollen binnen met de nieuwe lijsten dus dan eh worden ze weer rond gedeeld.

Gerda: Goed, als ik het tot nu toe samenvat leek het eerst dat jullie vooral de oorzaken zien in werkdruk en afleidingen. Maar als we er wat dieper op in gaan ook wel wat aan het proces scheelt eigenlijk. Zo worden lijsten niet goed bijgehouden, is er sprake van routinematig handelen bij vaste medewerkers en zijn medicatielijsten niet actueel. Over het al dan niet gebruiken van medicatiekarren is wat verdeeldheid in de groep. Heeft iemand hier nog iets aan toe te voegen, van dit hebben we niet genoemd maar vindt ik toch belangrijk.

Deelnemer A: Nou de cintrom eerder tekende iedereen per dag af weet je wel, maar dat werd wel eens vergeten af te tekenen op de cintrom lijst. De volgende dag komt er dan weer iemand, van oh dat is niet ingevuld en huppakee die pakt de verkeerde datum om af te tekenen. Dus toen is afgesproken van er mag niet meer op geschreven worden dus nu moet je naar de datum kijken.

Iedereen:*door elkaar* instemmend.

Deelnemer A: Eerder werden er zoveel fouten met het uitzetten van cintrom gedaan.

Gerda: En sinds wanneer is dit veranderd dan?

Deelnemer A: Begin van het jaar.

Deelnemer B: Nee korter geleden, twee a drie maanden geleden.

Gerda: oké dus dat kan misschien ook invloed hebben gehad op de stijging van het aantal MIC meldingen het eerste half jaar van 2017?

Deelnemer B: Dat kan, er werden zoveel fouten gemaakt met het uitzetten van de cintrom.

Deelnemer A: Maar nu kan je dus niet meer domweg streepjes zetten maar moet je echt naar de datum kijken...

Deelnemer E: Maar zou het ook niet weer kunnen dat er één aanspreek punt is op een afdeling die zaken regelt met de apotheek, zoals het bijhouden en actualiseren van medicatielijsten. Want iedereen gaat bellen met de apotheek of de huisarts en dan belt die en dan belt die. En voorheen was het zo dat wanneer je dingen doorbelt en het komt niet goed door kon je naar die collega en die maakte dat dan bespreekbaar.

Deelnemer B: Dat was inderdaad zo via de coördinerend verpleegkundige en die gaan dan af en toe naar de apotheek om verbeterpunten aan te voeren. Dat gebeurt ook wel, alleen ja die hebben ook heel veel werk op het bureau liggen dus ja dan worden die lijsten.. ja die zijn ook verantwoordelijk voor het aanpassen van die medicatielijsten. Dingen die er af gehaald werden en zo.

Gerda: En dat is nu niet meer zo?

Deelnemer A: Ik heb geen idee.

Deelnemer B: Uh ze zijn volgens mij laatst nog geweest voor een gesprek. Dus jawel...

Deelnemer D: Ja want laatst was er dus iets met de medicatielijsten, van verschillende afdelingen klopte er iets niet. En toen is gelijk de verpleegkundige weer in contact gegaan met de apotheek.

Deelnemer B: Ja toen stond alles verkeerd....

Gerda: Maar dat is dus niet standaard begrijp ik? Want ik hoor verschillende dingen op de lijsten die dus niet kloppen maar dan gaat niet de verpleegkundige standaard....

Deelnemer A,B,C,D: Nee, nee

Gerda: ... bijvoorbeeld eenmaal per week de lijsten bij langs.

Deelnemer B: Nee niet standaard elke week, volgens mij schrijven ze alles op een lijstje en dan...

Deelnemer F: Als de lijst vol is dan gaan ze heen *lacht*

Iedereen: *lacht*

Deelnemer A: Maar eigenlijk zou een apotheek daar toch ook zelf om moeten denken, ze zien een kuur van 10 dagen. Nou dan zouden ze na 10 dagen moeten ze hem gewoon verwijderen.

Deelnemer D: Tot tien dagen en dan gewoon geen datums meer, gewoon stop.

Iedereen: *door elkaar* instemmend.

Deelnemer B: Het staat ook heel vaak zo he, van tot en met die datum maar toch blijft de kuur erop staan. Dus inderdaad in ons systeem maar ook in dat van de apotheek gaat ook veel fout.

Gerda: Heeft iemand verder nog iets toe te voegen?

Deelnemer F: Nee de belangrijkste dingen zijn genoemd.

Iedereen: *door elkaar* instemmend.

Deelnemer B: Nee ik denk dat dit de belangrijkste oorzaken zijn.

Deelnemer D: Ik denk dat je het goed hebt samengevat.

Gerda: Oké goed dan denk ik dat we kunnen afronden, hoe vonden jullie het zo? Hebben jullie nog op of aanmerkingen.

Iedereen: *door elkaar* Nee, nee

Deelnemer A: We hopen dat jullie er wat mee gaan doen.

Gerda: Ja hier gaan we zeker wat mee doen, we gaan dit analyseren, conclusie uit trekken en aanbevelingen doen. Deze zullen wij presenteren aan de managers van Mercator en Ebbingepoort. En jullie zullen hier zeker nog iets van gaan horen.

iedereen neemt afscheid van elkaar

Focusgroep discussie Mercator

Datum: 23-11-2017

Duur: 24 minuten.

Nanda: zoals jullie zagen maken we alleen een geluidsopname, dus jullie komen niet in beeld. Dingen die er worden gezegd zullen we allemaal gaan gebruiken in het verslag, maar iedereen wordt geanonimiseerd, dus het is niet dat jullie daar later op aangekeken kunnen worden.

Allereerst nog hartelijk bedankt dat jullie hier allemaal bij aanwezig willen zijn. Wij zijn Gerda en Nanda en zitten in het vierde jaar van de HBO-V.

We doen het onderzoek bij TSN, het gaat over de medicatieveiligheid, met name het kopje niet toegediend.

Wat is nou de reden dat wij dit onderzoek gaan doen? Ik weet niet of jullie de formulieren hadden ontvangen? Daar hadden we al een korte introductie gegeven van waarom we het

onderzoek gaan doen. De reden is dat er vanaf januari het aantal MIC meldingen zijn gestegen. Van alle MIC meldingen was 46% niet toegediend. Dat is best wel een hoog aantal. TSN wil de oorzaak achterhalen, hoe kan het nou dat dat aantal zo hoog is. Dat gaan wij dus onderzoeken.

We willen graag met jullie in gesprek te gaan als zorgmedewerkers, dat gaan we doen aan de hand van een focusgroepdiscussie, daarvoor zijn we hier.

Een focusgroepdiscussie is op basis van ervaringen en meningen. We hopen dat jullie inspirerend op elkaar kunnen werken om zo tot een aantal oorzaken te komen.

Gerda: Tijdens deze discussie zal ik de gespreksleider zijn, Nanda zal meer op de achtergrond observeren en de tijd bewaken. Wat erg belangrijk is.

Het doel is, dat jullie als groep een aantal oorzaken aandragen van, wij denken dat hierdoor het zo vaak niet wordt toegediend. En de oorzaken en bijzaken daarvan een beetje kunnen scheiden. Tijdens de focusgroep zijn er een aantal regels, die spreken wel een beetje voor zich. Het is beter om niet door elkaar heen te praten. Discussiëren is wel goed, maar het moet wel centraal worden gehouden. Elkaar met respect behandelen en vooral vind ik het heel belangrijk, de dingen die worden gezegd kan over collega's zijn, over werkprocessen, over andere mensen hier op locatie, dat het gewoon binnen deze vier muren blijft. Wij zullen alles anonimiseren en zullen daar ook discreet mee omgaan.

Dan wil ik eerst beginnen met een kort rondje, wie ben je, ik wil graag het opleidingsniveau weten en wat jou ervaringen zijn met het probleem. Wij zeggen wel er is een probleem, met de medicatie meldingen, zo veel niet toegediend. Maar hoe ervaren jullie dat op de werkvloer. Mag ik met u beginnen?

Deelnemer H: je mag wel je zeggen hoor.

Iedereen: *lacht*

Deelnemer H: ik hoef mijn naam niet te zeggen natuurlijk want het wordt opgenomen.

Gerda: dat halen we eruit.

Deelnemer H: Oke, ik ben verzorgende IG. Ik kom het regelmatig tegen dat dingen niet gegeven zijn. Het levert extra werkdruk op, je moet MIC meldingen daarvoor invullen, collega's daarop aanspreken, ja het is altijd lastig.

Gerda: dus je komt het wel regelmatig tegen

Deelnemer H: ja.

Gerda: oké, goed.

Deelnemer I: ik ben.. ik ben verzorgende IG, ik heb veel nachtdiensten. Maar ik kom het als ik ochtenddienst heb wel eens tegen.

Gerda: oké, goed.

Deelnemer J: ik ben .. ik ben verzorgende IG. Ik werk in de ochtend, soms de nacht en de avond. Ik kom het niet zo vaak tegen, het valt mij mee.

Gerda: ja, oké, dat kan.

Deelnemer J: ja.

Deelnemer K: ik ben .. ik ben verzorgende en ik kom het ook inderdaad wel tegen. Zoals deelnemer H al zei, dan moet je de MIC formuliertjes invullen en collega's aanspreken.

Gerda: oké.

Deelnemer L: ik ben.. ik ben verpleegkundige niveau 5 en net als mijn collega's kom ik het ook regelmatig tegen.

Gerda: dus het probleem wordt wel herkend.

Deelnemer L: ja.

Gerda: prima

Deelnemer M: ik ben .. ik werk als verzorgende IG. Ik kom het ook wel tegen, maar niet zo veel meer als voorheen.

Gerda: dus er zit volgens jou eigenlijk wel verbetering in?

Deelnemer M: ja.

Gerda: oké, goed.

Deelnemer N: ik ben.., verzorgende IG. Ik kom het niet heel veel tegen. Als je het wel tegenkomt, dan heb je er weer rompslomp van. Dan moet je weer een MIC'je invullen en daar weer op doorspelen.

Deelnemer O: ik ben.. ik ben verzorgende AG. Ik heb het idee dat nu we met de tablets werken dat je sneller een MIC melding word ingevuld dan dat je dat thuis achter de PC nog even moest doen. Dat deed ik zelf ook gewoon niet. Dus ja. Ik denk dat dat ook een oorzaak is van de toename van het aantal MIC meldingen. Je doet het nu gewoon veel makkelijker, je hebt alles bij de hand.

Gerda: ja, dat kan hoor. Die oorzaak hebben wij ook te horen gekregen van de managers hier. Ze zeiden van, dat moet je altijd meenemen, maar we zijn toch wel benieuwd. We horen tijdens andere discussies, komen er toch wel weer dingen boven water. Dat zou beter kunnen of daar ligt het ook aan.

Deelnemer N: Het zijn ook wisselende kracht die binnenkomen, wat ik soms wel lastig vind. Of dat als er vaste krachten zijn, heb je dat een stuk minder.

Deelnemer O: Ja, ja, via zorgwerk.

Dan boeit het niet of die mensen het niet kunnen of .. dan kom je wel wat meer fouten tegen.

Deelnemer H: de toedieningslijsten zijn heel uitgebreid, dus als je iemand hebt die baxter heeft, losse medicijnen en heel veel verband materiaal. En er gaat iets uit de baxter dan komt die losse medicatie, die staat op het derde blad achteraan. Nou het gaat achter elkaar al, dat pillen 2 weken niet worden gegeven. Ze kijken niet, ohh baxter, los, ohh verband, verband. De laatste pagina zien ze niet.

Deelnemer M: Dat losse zien ze niet.

Deelnemer H: daar wordt niet naar gekeken. Eigenlijk zou je eerst medicatie moeten hebben en dan de verbandmateriaal.

Deelnemer I: Of dat er misschien ook wel, dat merk je bij ons nu op de afdeling ook wel, dat er dingen opstaan die niet meer gegeven worden. Of zalfjes die gestopt zijn of oogdruppels of verbandmateriaal..

Deelnemer M: Daar krijg je ook fouten van.

Deelnemer I: Ik denk dat je daar steeds meer bovenop moet zitten. En dat blijft dan ook, doordat je..

Gerda: en hoe kan het dan dat het er niet goed opstaat? Wie moet dat bijvoorbeeld aangeven?

Deelnemer I: dan zouden wij dat moeten doorgeven, dan inderdaad.

Deelnemer H: de huisarts moet..

Deelnemer K: de stoprecepten ook weer doorgeven aan de apotheek. En dat wordt dan niet gedaan. Kijk en dan kunnen wij wel weer oplossen of naar de apotheek bellen of via de doktersassistent.

Gerda: maar de eerste verantwoording ligt dus eigenlijk bij de huisarts?

Deelnemer M: ja, die moet zorgen dat eigenlijk de toedieningslijsten kloppen. Als ze gestopt zijn of dingen wat buiten de baxter omlopen.

Deelnemer H: wat je wel kan doen, is dat je via de maandbestelling, dan kun je de medicatie wel stop zetten.

Deelnemer M: ja, dat hoorde ik.

Deelnemer H: dat gaat namelijk ook naar de huisarts. Dan wordt het direct verwerkt. Dat gaat al een stuk sneller dan dat je.. dan gaat het even wat sneller.

Deelnemer N: dan ben je al inderdaad bezig met de medicatie, als je dan dat aan kan geven.

Deelnemer O: maar je moet een handtekening zetten op die maandlijsten.

Deelnemer H: wat zeg je?

Deelnemer O: die maandlijsten moeten zij zo wie zo nakijken.

Deelnemer H: het zijn recepten, alles gaat dan mee naar de huisarts, dus..

Deelnemer O: ja dat is wel een goede tip.

Deelnemer H: dan wordt het direct gestopt.

Gerda: wat houdt zo'n maandlijstje dan in?

Deelnemer H: Eén keer in de maand word de losse medicatie besteld. Dan hoef je niet aan de telefoon zitten te hangen de hele tijd.

Deelnemer K: dan zijn er vaste medewerkers die dan de maandlijsten of de medicatielijsten van iedere afdeling doen. En dan heb je ook een beetje een goed beeld wat mensen gebruiken en dan kun je daarop weer dingen veranderen.

Gerda: ja, oké. Dat klinkt al een beetje als een oplossing.

Deelnemer H: ja. Het grootste probleem is al die verbandenmaterialen tussen die medicatie. En vaste medewerkers weten dat wel, wat mensen krijgen. Maar je hebt zo veel invallers. Dan is het niet overzichtelijk. Het is bijna niet te overzien.

Gerda: ik begrijp dat het dan onduidelijk is. Wat zou dan de reden kunnen zijn dat vaste medewerkers wel goed doorkijken en andere medewerkers niet? Je zou toch gewoon kunnen verder bladeren?

Deelnemer H: ik denk dat vaste medewerkers al weten wat mensen krijgen.

Deelnemer K: en als het een keer fout is gegaan dan, die vangt dat op. Van de zorgwerkers, een oproepkracht die komt hier en vervolgens misschien 3, 4 of 5 weken niet, ja die krijgen dat dan niet mee.

Gerda: oké.

Deelnemer H: ja die hebben natuurlijk ook heel veel indrukken.

Deelnemer I: natuurlijk kunnen die dat ook zien.

Deelnemer H: maar als je heel veel informatie krijgt en je komt hier voor het eerst en je hebt late dienst en je moet hier 2 afdelingen doen en je bent hier nog nooit geweest. Ik snap dan wel dat het bijna niet te doen is.

Deelnemer K: ja dan is het veel.

Deelnemer H: het is niet alleen medicatie, het zijn nieuwe bewoners, iedere bewoner heeft zijn eigen, hoe die behandeld wil worden. Dat weten zij ook niet. Dus er komt wel heel veel druk op die mensen.

Gerda: en gaat het bij de zorgwerkers alleen mis omdat de lijsten niet overzichtelijk zijn? Of lopen ze ook nog tegen andere dingen aan in het medicatieproces. Zijn er bijvoorbeeld looplijsten die medicatie moeten hebben of hoe gaat dat?

Deelnemer H: nou er zijn ook looplijsten.

Deelnemer K: maar die zijn ook niet altijd goed. Als er een kuurtje is of zo dan staat meestal niet op de looplijst.

Meerdere tegelijk: nee, nee, klopt.

Deelnemer K: dus dan moet je zelf.

Deelnemer H: nee klopt.

Deelnemer L: je moet dat er zelf eigenlijk opzetten.

Gerda: dus de verantwoording ligt bij?

Deelnemer L: degene die dat advies kreeg, moet dat er eigenlijk zelf opzetten.

Deelnemer H: maar dat is ook niet handig voor de late dienst, want de late dienst. Want overdag blijven de routes erin zitten, dan kun je prima een papiertje erbij indoen. In de avonddienst zitten routes die gebruiken ze 's avonds. En dan 's avonds gooien ze die route weg, dus als ik daar een papiertje bij in doe of erop plak, is die 's avonds weg. Dus de volgende dag is er geen papiertje meer.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Gerda: dus dan ontstaat hetzelfde probleem de volgende dag weer?

Deelnemer N: je doet aan het einde van de dienst de overdracht naar de avonddienst toe, dus dan geef je ook door, die heeft een kuur, die heeft een kuur.

Deelnemer L: maar als je daar als vreemde staat, weet je niet wie het is, en dan schiet het er ook vaak bij in.

Meerdere tegelijk: ja, klopt.

Deelnemer M: en als ze dan de rapportage ook niet lezen.

Deelnemer O: en je hebt er geen beeld bij, weet je ook niet wie het is.

Deelnemer L: ik had ook de eerste avonddienst, je krijgt alleen de informatie van weet ik veel wie. Je schrijft het wel op.

Deelnemer H: maar je hebt er geen beeld bij.

Meerdere tegelijk: ja, klopt.

Deelnemer M: als je het in de rapportage zet, met een vinkje erbij.

Deelnemer L: dan moet je wel zorgen dat ze een tablet hebben, anders schiet het niet op.

Deelnemer M: of een groen stickertje voor een kuur.

Deelnemer H: dat is wel een groot probleem, heel veel zorgwerkers kunnen niet in hun tablet.

Deelnemer K: ja, dat is slecht.

Deelnemer H: dat is echt een heel groot probleem.

Gerda: dat ze niet op hun tablet kunnen?

Deelnemer N: we krijgen zo wie zo weinig informatie van hun terug.

Gerda: hoe kan het dan dat ze, of hebben ze geen tablet? Hoe zit dat dan?

Deelnemer H: nou er zijn..

Deelnemer I: of de codes zijn fout.

Deelnemer H: ja de codes.

Deelnemer I: dan heb je er op dat moment geen fluit aan.

Gerda: nee, nee.

Deelnemer I: dan kan je niet op letten.

Gerda: dus dat kan dan ook wel een oorzaak zijn? Of zien jullie dat niet zo?

Deelnemer L: ja ik denk dat je goed moet kijken inderdaad, wat je allemaal geeft.

Deelnemer I: die hebben niet genoeg informatie.

Deelnemer K: ik denk ook niet dat het heel reëel is, om alles op de zorgwerkers af te schuiven.

Deelnemer I: nee, natuurlijk niet.

Deelnemer H: dat zijn wij zelf ook, dat heb ik direct al gezegd.

Deelnemer M: het is gewoon in het algemeen.

Gerda: Oké, en is er ook iemand verantwoordelijk voor het bijwerken van die lijsten? Of hoe gaat dat? Of doet iedereen die werkt dat, zoals jij zei ik draag dat over.

Deelnemer O: meestal die van de avonddienst, die houdt de looplijsten van de avond bij.

Gerda: oké, er is dan wel één iemand voor de avonddienst dan, is dat ook voor de dagdienst dan?

Deelnemer O: uhh, ja..

Deelnemer H: dat is voor de dagdienst ook, maar..

Deelnemer K: dat is niet goed gecommuniceerd.

Deelnemer H: nee, dat staat nog niet helemaal goed.

Deelnemer O: nee, dat is nog niet duidelijk.

Deelnemer K: daar worden wel eens dingen in gewijzigd.

Gerda: dus daar is nog ruimte voor verbetering. Hoor ik?

Meerdere tegelijk: ja.

Gerda: oké.

Deelnemer H: het lastige is, dat wijzigingen pas heel laat doorgevoerd worden. Dan ben je alweer..

Deelnemer I: dan is de kuur al klaar..

Deelnemer H: ja.

Meerdere tegelijk: ja.

Deelnemer K: voor een kuur kun je eigenlijk niet een looplijst aanpassen. Dat is gewoon te arbeidsintensief.

Gerda: het is best wel veel werk om zo'n lijst aan te passen?

Deelnemer K: ja, ja, en uitdraaien en je hebt zeven dagen in de week, dus elke keer die lijsten die je uit moet draaien, dan heb je nog een middaglijst.

Gerda: je hebt echt per dag dus een looplijst begrijp ik?

Deelnemer K: ja.

Deelnemer I: je hebt er drie van, elke afdeling.

Deelnemer K: vier.

Deelnemer I: ochtend middag avond.

Deelnemer K: en je hebt vier afdelingen. Tel uit je winst.

Deelnemer M: ochtendlijst, middaglijst, avondlijst, nachtdienstlijst.

Gerda: ja, oké. En zijn er nog andere dingen in het proces van daar ligt ook een oorzaak dat het niet gegeven wordt?

Deelnemer H: werkdruk zal ongetwijfeld een rol spelen. je bent 's avonds met z'n tweeën. Je hebt twee afdelingen, als je een calamiteit hebben dan ben je, je blijft met z'n tweeën. Het moet er allemaal even tussen. En soms heb je onrustige bewoners die continu op de bel hangen. Ik kan mij voorstellen dat als je daar continu die bel hebt en je bent met medicatie bezig en je hebt de rest van de mensen.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Deelnemer H: en alles moet je doen.

Deelnemer K: ja dan is je focus weg.

Deelnemer L: ja, je kunt je maar op 1 ding focussen.

Gerda: en als je dan even afgeleid bent, dan lukt het wel om daar goed weer in te komen?

Deelnemer I: nou, niet altijd.

Gerda: want hier wordt gewerkt met medicatie op de kamer toch?

Meerdere tegelijk: ja, klopt.

Gerda: hoe ervaren jullie dat? Zou bijvoorbeeld een medicijnkar, zou dat ook nog voordelen hebben?

Deelnemer M: daar hebben we het ook wel eens over gehad. We hebben toen ook hesjes gehad. Dat dan één de medicatie zou doen en dat je dan ook een hesje aan zou doen, zodat iedereen ziet dat je met de medicatie bezig bent, en niet storen. Maar dat is er ook nooit doorgekomen.

Gerda: oké.

Deelnemer M: dat was op vrijdag.

Deelnemer N: ja dan was het inderdaad meer op vrijdag. Want de baxters komen op vrijdag. Dus dan moet je de baxterrollen dan verdelen.

Deelnemer I: ja, want daar was het in principe voor.

Deelnemer N: je had natuurlijk de maandbestelling die meekomt, de losse medicatie wat dan bij de bewoners op kamer gebracht moet worden.

Gerda: ja, oké.

Deelnemer N: en dat zijn nu eigenlijk altijd dingen die we nu tussendoor doen. En als je een alarmering krijgt of je krijgt 3 alarmeringen, dan ga je dat doen. En ondertussen zet je je werkkarretje in werkkast, met de baxterpullen en wanneer je weer tijd hebt, pak je het weer op.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer N: en soms ben je bij een bewoner bezig en heb je 3 belletjes en ga je vervolgens eten omdat het je pauze is. En dan pas, pak je het weer op.

Deelnemer I: dan ga je weer verder.

Deelnemer N: ja en dan gebeurt het wel eens.

Deelnemer H: dus je lost met een medicijnkar niets op. Zeker in de avond is het niet te realiseren. Dan heb je extra personeel nodig, het is niet afsluitbaar.

Deelnemer I: nee, dat is geen optie.

Deelnemer H: nee, dat hebben we hier niet. We hebben hier geen ruimtes, die dicht kunnen. Het is hier gewoon open.

Gerda: waarom zou dat moeten dan denk je? De medicatiekar kun je afsluiten met een sleutel.

Deelnemer M: hier in de lewenborg rijden ze met kar en al weg.

Meerdere lachen.

Deelnemer H: ja, ik denk..

Gerda: maar jij zegt, gewoon op de kamer, dat vind ik wel prettig.

Deelnemer H: ja.

Deelnemer O: op zich werkt dat wel prettig, want je hebt wel alles gewoon bij die bewoners. Dus ben je daar, dan kun je alles wat je nodig hebt, in principe, gebruiken.

Gerda: maar dan ben je wel, zoals ik jullie hoor, van die looplijsten afhankelijk. Want anders weet je niet bij wie je naar binnen moet om..

Deelnemer I: nou ja, die looplijsten..

Deelnemer K: je moet ook nooit blind afgaan op een looplijst, omdat de ervaring leert dat het niet altijd even goed is bijgewerkt. Dus het is gewoon zaak dat je zelf goed de medicatielijsten langsloopt.

Deelnemer N: ja, alle bladzijdes.

Deelnemer K: ja, ik denk dat dat ook nog wel een ontbreekt. Zorgvuldigheid bij de medewerkers.

Deelnemer H: zo is er een bewoner 3 weken geleden overleden, maar die staat nog wel op de looplijst. Ik heb toch wel even gekeken voor de zekerheid. Ja, vreemde afdeling.

Deelnemer K: ja, ja.

Deelnemer H: straks is er een nieuwe bewoner gekomen, maar de kamer was echt leeg, dus die had geen medicatie nodig.

Gerda: maar eigenlijk de medicatielijsten, die hebben jullie wel gewoon bij je?

Deelnemer K: die zitten in de zorgdossiers, in de kastje bij het medicijnkastje zeg maar. Dus alles is wel gecentreerd.

Gerda: ja, precies en dan kun je dus wel in die map kijken, daar moet ik heen om medicatie te geven.

Deelnemer M: nee, dat staat gewoon op de looplijst.

Gerda: maar jij zegt ook zorgvuldigheid daar schort het nog wel eens aan?

Deelnemer K: ik denk dat, ik denk dat het iedereen wel eens overkomen is dat je eens een keer wat vergeet. En dat is geen moedwil, maar dat is of te druk of er niet helemaal bij of de bewoner heeft even de aandacht nodig.

Deelnemer L: het is mij zelf het weekend overkomen, met ... toen ben ik vergeten insuline te geven. En waarom? Ja.. 's middags om 3 uur krijg je het Spaans benauwd dat dan ineens het lampje gaat branden van dat ben ik vergeten. En waarom? Omdat je op dat moment 100 duizend dingen tegelijk komen..

Gerda: dus eigenlijk afleiding?

Meerdere tegelijk: ja, afleiding.

Deelnemer L: en dat er dingen tussendoor komen. En vervolgens vergeet je het en uiteindelijk zit het wel in je systeem, alleen toen was het 3 uur.

Deelnemer M: dan kom je tot rust en dan..

Deelnemer L: ja toen kwam ik tot rust inderdaad, toen ging ik alles bij lang en toen dacht ik van.. oeps.

Gerda: oké.

Deelnemer L: terwijl ik weet dat die bewoner iedere middag insuline heeft en ik het .. ook regelmatig insuline geef. Maar het overkomt je dan, toch?

Deelnemer M: ja, en dat is op zich niet een... dat gebeurt iedereen wel eens.

Gerda: het is natuurlijk uiteindelijk ook gewoon mensenwerk, je kunt niet alle fouten voorkomen.

Deelnemer L: ja, precies.

Gerda: je kunt wel kijken van goh, dingen die je eruit kan halen.

Deelnemer L: ik weet ook van mezelf. Het was hectisch, het was druk er waren veel prikkels om mij heen, waardoor, ja dat denk ik dan. Dat het daardoor dan is vergeten.

Gerda: ja, oké. Ik hoor heel veel oorzaken, zoals afleiding hoor ik vooral, die medicijnlijsten is een groot probleem. Soms zorgvuldigheid, medewerkers die niet helemaal goed op de hoogte zijn, zorgmedewerkers dan. Of uitzendkrachten, die niet in de tablets kunnen, dat is ook een probleem waardoor ze niet op de hoogte zijn.

Zijn er nog andere dingen waarvan jullie denken in het proces of andere factoren dat het mis kan gaan?

Deelnemer H: nou ik denk in de avonddienst, kijk overdag als je uitzendkrachten hebt of zorgwerkers, die kun je begeleiden, daar kun je even langslopen. In de avond is dat gewoon onmogelijk. Mensen zijn hier met z'n tweeën, toch?

Deelnemer M: of met z'n drieën.

Deelnemer H: als jij een vaste medewerker hebt en een uitzendkracht die krijgt een papiertje, begane grond en 1 en kijk die moet je doen, en de ander gaat naar 2 en 3, en die moet zich maar redden.

Deelnemer K: en waar we ook nog wel eens tegenaan lopen is dat als ik op afdeling 2 loop, dan zijn er dus 2 of 3 bewoners die van buiten de afdeling worden gedaan, om het zo maar even te zeggen. En dan kan het zijn dat het een verzorgende is, maar het kan ook zijn dat het een helpende is. Maar goed ik weet niet exact van wie welk niveau heeft en helemaal niet van zorgwerkers, dus dat moet je dan eerst checken. Dan moet je dus inderdaad checken, soms schiet dat erbij in. Dan denk je ohh verrek, want een helpende mag geen medicijnen doen, dan weet ik ik moet er nog heen. Maar soms ontkomt je dat en dan wordt er daardoor ook wel eens wat vergeten.

Deelnemer O: en dat heb je natuurlijk best wel de laatste tijd dat we niet een verzorgende kunnen krijgen, waardoor er van zorgwerk een helpende word gestuurd. Dat is natuurlijk hartstikke fijn, want de handen hebben we wel. Dus ze kunnen heel veel voor ons doen. Maar ik denk wel.. dan houd het wel in dat wij als verzorgende..

Deelnemer K: dat moet gecommuniceerd worden..

Deelnemer O: die medicatie erbij moeten doen. En dat kan natuurlijk ook weer best fout gevoelig zijn.

Deelnemer I: maar moeten jullie dan ook buiten jullie eigen routen doen.

Gerda: en wordt er aan het begin van de dienst ook gecommuniceerd, van jij bent een helpende, of mist die communicatie dan ook wel eens? Zoals jij zegt, dan weet ik niet..

Deelnemer H: ja, wij moeten het vragen..

Deelnemer K: ja, wij moeten wel echt specifiek vragen van mag jij medicijnen doen, oh nee, dan weet ik dat. Ja en soms dan eh..

Gerda: dus daar moet je best heel scherp mee zijn?

Deelnemer H: en sommige die zeggen dat ze het mogen, maar die mogen het niet.

Deelnemer M: dan weet je het nog niet.

Deelnemer N: die heb je ook.

Gerda: ja, dat kun je natuurlijk nooit voor zijn.

Deelnemer M: nee, daar kun je niets aan doen.

Deelnemer L: daar mocht het ook, maar hier mag het niet.

Deelnemer N: gaf ze sintrom 's ochtends om 8 uur.

Meerdere tegelijk: oh echt?

Deelnemer N: ja, daar heb ik een hoop werk van gehad.

Gerda: oké, iemand anders nog? Iets kunnen bedenken?

Deelnemer J: misschien dat je, normaal heb je 8 uur, 12 uur, 18 uur en 22 uur medicijnen. Maar soms heb je ook 14 uur medicijnen, ik denk dat soms ook wel eens. Dan zie ik ook dan een medicijn ook wel eens blijft liggen, een zakje wat niet de normale tijden zijn, zeg maar. En als dan iemand niet heel erg bekend is, het vergeet, of dat diegene net niet thuis is, dat je het dan ook wel snel vergeet. Om het dan achteraf nog een keer te geven.

Gerda: en hoe weet je dan dat die afwijkende tijden, moet je die ook eigenlijk onthouden van goh..

Deelnemer J: ja, ze zouden wel op de looplijst moeten staan, als het iemand is die dat standaard krijgt. Maar als het een nieuw iemand is dan..

Gerda: dan niet..

Deelnemer J: dan schiet dat er wel eens bij in.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer J: denk ik.

Gerda: dat zou dus ook best een oorzaak kunnen zijn van het vergeten.

Deelnemer J: ja, dat denk ik wel.

Gerda: oké.

Deelnemer L: die bewoner krijgt om 14 uur haar oogdruppels, dat wordt ook vergeten.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer L: Tenminste de 5^e keer zeg maar.

Gerda: ja, precies. Dat het op 5 verschillende tijden.

Deelnemer L: dan moet dat 's nachts om 3 uur weer, 's avonds nog een keer, voor de nacht nog een keer. Dus die van 3 uur die vergeet ik ook.

Gerda: ja, oké.

Deelnemer O: ik heb ook wel eens, dan zitten we aan het begin van de week niet word afgetekend, dat iemand heb vergeet bijvoorbeeld zaterdag starten we met een nieuwe lijst. Dan bijvoorbeeld oogdruppels om 10 uur, dan vinkt de eerste hem niet af als gegeven dan zie je de hele week..

Meerdere tegelijk: ja.

Deelnemer O: dat die niet wordt gegeven. Maar dan werkt ik bijvoorbeeld 's avonds. Nou werk ik niet op zaterdag, maar ik doe bijvoorbeeld zet mijn paraafje dat ik hem gegeven heb..

Deelnemer K: dan gaat het de hele week goed.

Deelnemer O: dan zien ze oh.. die moet om 10 uur ook nog wat, en dan zie je wel dat het de hele week afgetekend wordt.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Deelnemer O: dat gevoel heb ik wel eens hoor.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Gerda: dat is een beetje volggedrag eigenlijk he?

Deelnemer O: ja, ja.

Meerdere tegelijk: ja, klopt.

Deelnemer N: gewoon kijken oh dat is afgetekend eerder, dan moet dat nu ook.

Deelnemer O: niet lezen, maar meer kijken van oh daar staat al wat..

Meerdere tegelijk: ja, ja. *geroezemoes*

Deelnemer H: dat is ook met puffjes nu.

Deelnemer O: ja, precies.

Deelnemer H: want we hebben geregeld dat er nu eigen beheer staat, maar het stond wel afgetekend. Want eerst schreven wij dat erbij, dat mag ja niet meer.

Deelnemer O: nee, dat mag niet meer.

Deelnemer H: dus niet heel fanatiek, eigen beheer, staat het er keurig bij.

Deelnemer O: en als een begint op zaterdag..

Deelnemer H: iedereen tekent het af..

Deelnemer O: dan volgt iedereen de hele week het aftekenen.

Deelnemer N: dat is ook eigenlijk een tegen dat er niet goed gelezen wordt.

Deelnemer O: dat is weer onzorgvuldigheid.

Meerdere tegelijk: ja klopt.

Gerda: oké.

Deelnemer K: automatisme.

Gerda: omwille van de tijd zal ik even afsluiten. Ik heb heel veel oorzaken gehoord, ik denk afleiding, apotheeklijsten, de zorgwerkers dan, ook al licht het niet persoonlijk aan hun, daar hebben jullie als medewerkers ook wel een invloed op, niet goed lezen. Ik denk dat jullie dat als de belangrijkste oorzaken aanduiden. Bij de medicijnkar zijn de meningen verdeeld sommige zeggen ik vind het zo goed, anderen zeggen het kan misschien toch bijdragen. Heb ik dat zo goed samengevat?

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Gerda: heeft een van jullie nog iets toe te voegen?

Meerdere tegelijk: nee, nee.

Gerda: dan wilde ik jullie bij deze nogmaals bedanken dat jullie hebben meegedaan. Wij gaan het presenteren aan de zorgmanagers. We doen dit ook bij Ebbingepoort. Daar doen we ook het onderzoek en dan gaan we het dus ook vergelijken. Daar gaan onze aanbevelingen uitschrijven en in principe moet dat dan weer verder opgepakt worden door TSN. En dan wordt er een plan van aanpak gemaakt van hoe het te verbeteren is.

Meerdere tegelijk: ik ben heel benieuwd. We hopen er wat van te horen.

Gerda: dat denk ik wel. Wij gaan ook nog bekijken, wat wij daarin kunnen betekenen om het aan jullie te presenteren, dat moet ook weer worden georganiseerd. Dus we moeten even kijken hoe dat het beste kan. Maar jullie horen daar ongetwijfeld nog wat van.

Meerdere tegelijk: oke, super.

Bijlage 3: Transcripties focusgroep discussies Ebbingepoort

Focusgroep discussie Ebbingepoort

Datum: 15-11-2017

Duur: 34 minuten.

Nanda:

Goedemorgen allemaal,

Zoals jullie zagen, heb ik een telefoon en camera neergelegd.

Er word alleen een geluidsopname gemaakt tijdens de focusgroepdiscussie, dus jullie komen niet in beeld.

Allereerst willen we jullie nog een keertje bedanken dat jullie allemaal aanwezig wilden zijn en ons willen helpen bij het onderzoek.

Wij zijn Gerda en Nanda en zitten dus in het vierde jaar van de HBO-V, onderzoek doen is een gedeelte om de studie af te sluiten.

We doen dus onderzoek voor TSN.

Wat is nou de aanleiding? Jullie hebben als het goed is al een formulier gekregen, met wat de aanleiding was, maar ik zal het nog even kort toelichten.

Het aantal MIC meldingen is vanaf januari gestegen. Met name onder het kopje niet toegediend, omvatte 46% van alle MIC meldingen, dat is dus best wel een hoog percentage. TSN wil dus heel graag de oorzaak achterhalen van 'hoe kan het nou dat dit ontstaat'. Dat gaan wij dus onderzoeken.

Wij hebben gekozen om daarvoor met jullie als zorgmedewerkers in gesprek te gaan, omdat we zo denken achter de oorzaak te komen.

We gaan dus een focusgroepdiscussie doen. Dat is op basis van ervaringen en meningen van jullie. En we hopen tijdens de focusgroepdiscussie inspirerend op elkaar kunnen werken en tot andere inzichten te komen.

Gerda:

Tijdens de discussie zal ik de gespreksleider zijn, Nanda zal een beetje meer op de achtergrond observeren en de tijd bewaken. Het duurt ongeveer een half uur tot driekwartier, even kijken hoe het loopt.

Het doel is, wat aansluit op de vraag, dat we uiteindelijk als groep de oorzaken kunnen benoemen van de medicatiefouten, en wat meer de randzaken zijn. Daar kunnen jullie in discussie over gaan.

Daarbij zijn er natuurlijk wel een aantal spelregels, die spreken wel een beetje voor zich. Het is handig dat we niet door elkaar praten, tijdens de discussie kan het soms gebeuren, maar ik zal daar als gespreksleider proberen dat te voorkomen. Elkaar met respect behandelen en ook vind ik het heel belangrijk dat er soms dingen worden gezegd over collega's of processen, dat het binnen deze vier muren blijft. Wij zullen uiteindelijk wel dingen schrijven over zaken wat er hier gezegd is, maar het wordt allemaal geanonimiseerd. Er worden alleen uitspraken gebruikt. Is dat allemaal duidelijk?

Iedereen: Instemmend.

Gerda: Goed, nou dan wil ik graag beginnen. Wij hebben onszelf al kort voorgesteld. Ik zou het leuk vinden om nog even een rondje te doen. Wie ben je? Hoe lang werk je hier al? En wat zijn jou ervaringen met het probleem? Wij zeggen wel er is een probleem met de medicatie, dat is te zien in de cijfers, maar hoe ervaren jullie dat probleem? Is er een probleem en hoe zien jullie dat op de werkvloer terug? Mag ik bij u beginnen?

Deelnemer 1: Zeg maar jij. Ik ben deelnemer 1, ik werk hier nu 7 jaar. Wat mij wel een beetje laat schrikken is de cijfers. Ik vind dat nogal hoog 46%. Maar is dat dan ook afhankelijk van welke periode, is dat dan de vakantieperiode of..

Gerda: 46% is gebaseerd op de eerste 2 kwartalen van 2017.

Deelnemer 1: Dus januari-februari

Gerda: Nee, eerste 2 kwartalen zijn 4 maanden.

Deelnemer 1: Daar hebben we het al een beetje over gehad, in de vakantieperiode gaat er vaak heel wat mis.

Gerda: Daar zit de zomer dan inderdaad ook bij in, maar we hebben ook de cijfers van 2016 gezien, die nemen we dan niet mee in het onderzoek. Maar daar zag je over het hele jaar ook wel een stijging van het aantal MIC-meldingen.

Deelnemer 1: oh dat is wel even schrikken. Dat had ik niet geweten.

Gerda: Ja dat begrijp ik. Heeft u verder nog ervaringen, komt u het veel tegen op de werkvloer dat dingen fout gaan of?

Deelnemer 1: Jawel, maar toch niet zoveel als de cijfers doen vermoeden.

Gerda: oké, goed. De volgende

Deelnemer 2: ik werk hier nu ongeveer nu 2 jaar. Daarvoor heb ik 5 jaar intramuraal gewerkt. Nou ja, wat ik wel tegenkom is dubbel checks wat vaak wordt vergeten. En medicijnen die er nog liggen van de vorige dag.

Gerda: Oké.

Deelnemer 2: Dat is het eigenlijk wel wat ik tegenkom.

Gerda: oké.

Deelnemer 2: ook al moet ik zeggen dat het niet heel vaak is.

Gerda: Nee? Het valt mee?

Deelnemer 2: Het is mij niet zo opgevallen.

Gerda: *wijst naar de volgende zorgmedewerker*

Deelnemer 3: Ik ben deelnemer 3, ik werk hier nu 3 jaar intern. En ja je loopt er wel eens tegenaan dat de dubbelcheck, daar loop je tegenaan. En soms is de medicatie niet gegeven, maar we hebben ook veel wisseling van het personeel, veel zorgwerk. Dus ja dan gaat er wel eens wat mis.

Gerda: dan gaan we al richting de oorzaken, daar komen we zo inderdaad op. Maar goed dat je het benoemd.

Deelnemer 4: ik ben deelnemer 4, ik ben verzorgende en ik werk hier 35 jaar

Iedereen lacht

Deelnemer 4: er is wel heel veel veranderd vind ik hoor, want je moet nu elk pilletje checken. Daar ben ik ook nog mee begonnen, dat is wel een hele verbetering vind ik.

Gerda: ja.

Deelnemer 4: dat het beter gecheckt wordt.

Gerda: en komt u het ook vaak tegen dat het niet toegediend is, of dat er inderdaad..

Deelnemer 4: het gebeurt ook wel eens dat het wel is gegeven maar niet is afgetekend. Dat gebeurt ook wel eens.

Gerda: maar opvallend is dat niet afgetekend, weer een andere categorie is. Dus de 46% waar wij over spreken is echt dat het medicijn niet gegeven is. En dat het al dan wel of niet afgetekend is, maakt daarbij niet zoveel uit. Maar het wordt nog gevonden op de kamer zeg maar, of in de medicijnkar in dit geval.

Deelnemer 4: ja en je hebt ook soms wel dat je bij mensen bij de inname moet blijven. Dan wordt dat niet altijd gedaan denk ik.

Gerda: Oke.

Deelnemer 4: daar kunnen ook nog fouten inzitten.

Gerda: ja, ja, klopt. *Gerda wijst de volgende zorgmedewerker aan*

Deelnemer 5: ik ben deelnemer 5, ik werk 5 jaar intern. En ik denk ook wel dat het probleem een beetje ligt bij dat je als ochtenddienst de medicatie uitzet voor de middag, maar dan ben je zelf bijvoorbeeld om 13:00 uur vrij. Dan laat je de verantwoording bij de collega laat liggen die om de middagmedicatie moet denken en geven. Maar die vergeet dat bijvoorbeeld, dat heb je het wel afgetekend maar niet toegediend. Waardoor je eigenlijk je verantwoording afschuift.

Gerda: oké, ja.

Deelnemer 4: ik denk dat daar ook wel een groot probleem in ligt.

Deelnemer 5: iedereen, als je tot 10:00 werkt, dan hoor je de ochtendmedicatie te doen. En wie de hele dag werkt ook de middag medicatie en niet degene van de ochtend. En vaak is er dan ook nog wel eens een helpende die de middag route dan doet, nou die heeft dan misschien weer andere prioriteiten of die denkt er niet aan.

Deelnemer 3: het zit niet in hun systeem. Wat in principe hoeven ze geen medicatie te doen.

Deelnemer 5: ja precies, dan is het wel afgetekend maar niet toegediend.

Gerda: Nee.

Deelnemer 5: dan blijft het liggen. Ja ik doe het zelf ook wel eens.

Deelnemer 3: ja maar we worden er ook toe gedwongen. . Dan staat er medicatie uitzetten, omdat ze dan gewoon geen andere dienst kunnen vinden en dan wordt er een helpende neer gezet. Dus ja.

Gerda: maar die geeft het dan wel?

Meerder personen door elkaar: dat gebeurt niet, daar ligt het aan.

Gerda: Nee, maar die verantwoording geef je dan wel aan de helpende, van jij moet het geven, ik teken alleen af

Meerdere personen door elkaar: ja, ja, eigenlijk wel.

Gerda: nee, oké.

Deelnemer 4: Eigenlijk mag een helpende geen medicijnen geven.

Gerda: goed, ik zal nog even het rondje afmaken. We gaan al richting de oorzaken, wel heel mooi hoor, maar.. *wijst de laatste zorgmedewerker aan*

Deelnemer 6: ik ben deelnemer 6, ik werk hier nou 12 jaar. En ik denk dat eigenlijk alles al wel gezegd is.

Gerda: daar loop jij ook tegenaan?

Deelnemer 6: en vooral dat laatste stukje inderdaad. Dat de helpende bijvoorbeeld in de avonddienst worden gezet, terwijl het wel een verantwoordelijke dienst is. En dat er dan gewoon wordt gezegd, dan doet jantje of pietje het wel eventjes. Dan geeft de helpende het wel.

Gerda: ja.

Deelnemer 3: of dat je in de avonddienst 2 afdelingen hebt.

Deelnemer 6: ja, maar dat bedoel ik, dan moet je het wel uitzetten, maar je hebt geen tijd om het te geven. En dat is dan weer de verantwoording van die wordt gelegd bij de helpende. Ja, ik vind dat niet echt kunnen, maar ja.

Gerda: nee, nee, nee.

Maar wat zou dan de oorzaak zijn, dat een helpende het niet zou geven?

Deelnemer 6: nou, ik denk dat, niet, niet, niet, ik bedoel dit niet negatief..

Deelnemer 1: ze zijn er niet voor geschoold.

Deelnemer 6: ja, precies

Deelnemer 4: in principe mogen ze het ook niet.

Deelnemer 6: ze hebben minder verantwoordelijkheidsgevoel.

Deelnemer 1: ik mag dat ook niet doen, zeggen ze dan.

Deelnemer 6: sommige dingen weten ze ook niet goed.

Deelnemer 4: aan de ene kant mag je het niet, maar 's avonds mag het wel omdat het beter uitkomt.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 4: en dan denk je, denk ik, als helpende zou ik er niet bij nadenken, omdat je het normaal ook niet mag.

Gerda: nee, precies.

Deelnemer 4: die verantwoordelijkheid heb je normaal ook niet.

Gerda: nee, nee.

Deelnemer 1: en als je het heel druk hebt op de route. Bij jezelf en daar ja dan gaat er ook wel eens wat mis door onszelf. De tijdstippen dat je wat zou moeten geven, 18:00 wordt 21:00.

Deelnemer 2: er worden ook helpende neergezet op een verzorgende route.

Deelnemer 4: het gebeurt inderdaad ook wel veel, dat wanneer je, de medicatie wel uitzet, je legt het bij de zorgvrager neer, maar dan staat er wel op papier, bij inname blijven. Maar diegene gaat dan weer weg, omdat het druk is. En de zorgvrager vergeet het zelf in te nemen. Dan kom je daar de volgende dag en dan ligt die medicatie er nog op het aanrecht.

Gerda: En dat komt dan echt door de drukte?

Deelnemer 4: ja dat kan een oorzaak zijn.

Deelnemer 1: er is natuurlijk erg veel ziekte geweest afgelopen jaar. Wat opgevuld moest worden, dat is natuurlijk ook heel erg moeilijk. Dat snappen wij ook wel weer.

Deelnemer 4: ja of de degene, die het wel neerget. En jij doet 's ochtends de medicatie en je legt het neer. En er komt bijvoorbeeld iemand die niet bekend is, die gaat diegene wassen en die doet dan ook zeg maar de medicatie. Die weet dat niet, dus die legt het neer en loopt dan misschien weg.

Meerdere mensen door elkaar: ja dat gebeurt ook veel.

Gerda: hoe kun je dat weten dan?

Deelnemer 3: als verzorgende denk ik dat je dan weer even terug moet om te kijken..

Deelnemer 4: maar die tijd heb je vaak niet..

Deelnemer 3: nee maar dan krijg je dus problemen..

Deelnemer 4: dan schiet het erbij in..

Deelnemer 6: maar het staat ook in het zorgplan he.. dan is het ook de verantwoording.. maar niet iedereen heeft een tablet. *lacht* dus dat is ook weer een dingetje.

Deelnemer 1: je kunt het ook altijd aan ons even melden. Je gaat erheen, je komt hier invallen, je bent nieuw. Denk ook om die medicijnen en ADL. Bij het broodje er direct even bij.

Meerdere mensen door elkaar: ja *wordt ja geknikt*

Deelnemer 1: ik denk dat dat al heel veel meldingen kan wegnemen.

Deelnemer 5: en het zorgplan inderdaad lezen. Dat wordt ook niet altijd gedaan.

Deelnemer 4: maar als je van zorgwerk komt en je hebt geen tablet.

Deelnemer 6: dan heb je een probleem.

Deelnemer 5: maar dat hoort de organisatie te regelen, dat iedereen een tablet heeft.

Deelnemer 6: dat klopt, maar dat gebeurt dus niet.

Gerda: En zijn er geen extra tablets, zodat zij dingen kunnen lezen?

Deelnemer 6: er zijn er twee..

Deelnemer 5: maar soms heb je 5 medewerkers van het uitzendbureau.

Deelnemer 3: en dan kan je het wel aangeven, let erop je moet bij inname blijven. Maar dan heb je het wel gezegd, maar dan nog. Als je nieuw bent..

Deelnemer 1: er gebeurt dan zoveel..

Deelnemer 3: ja precies. Je kan het alsnog vergeten.

Deelnemer 5: je zegt het om 7:00 en misschien gaat diegene om 10:00 naar die mevrouw toe.

Deelnemer 6: ja precies.. als er zoveel gebeurt.

Gerda: en jullie werken verder niet met werkbrieftjes of dat soort dingen?

Deelnemer 6: ja, ja, routes.

Gerda: maar daar staan de medicatie niet bij op?

Allemaal instemmend: nee

Gerda: zou dat ook een oorzaak kunnen zijn? Dat ze het dan weer vergeten tussen 7:00 en 10:00?

Deelnemer 2: die waren eerder wat uitgebreider, maar op den duur werd er gezegd, we kunnen alles wel op het looplijstje zetten. Dus we doen nu alleen het standaard looplijstje en de rest moeten ze maar allemaal vinden in het zorgplan. We hebben wel vaker aangegeven dat dat niet helemaal zo goed loopt als dat gedacht is.

Gerda: nee, oké.

Deelnemer 6: inderdaad, als TSN dat een probleem vind de medicatiefouten, dan vind ik wel dat zij er ook voor moeten zorgen dat het dan op de looproute komt te staan. Als zij dat een prioriteit vinden.

Deelnemer 3: ja dat vind ik ook.

Deelnemer 6: maar als je dat aangeeft, dan wordt er gezegd dat hoort niet op het looplijstje, dat moeten jullie allemaal maar in het zorgplan vinden. Maar vervolgens zijn er niet genoeg tablets, dus dan kan je het niet zien in het zorgplan.

Gerda: en dan worden er fouten gemaakt?

Allemaal instemmend: ja.

Gerda: maar nu zijn we dus alleen aan het praten over mensen die nieuw zijn, dat is volgens jullie de oorzaak. Maar zou het volgens jullie ook aan andere werkprocessen kunnen liggen dat het fout gaat bij het vaste personeel?

Deelnemer 4: ik denk dat de overzichten van de apotheek ook niet altijd overzichtelijk zijn. De medicatielijsten.

Gerda: hoe komt dat? Hoe moet ik dat voor mij zien?

Deelnemer 4: ik weet het niet, want we hadden altijd toen we begonnen met baxter stond het allemaal keurig onder elkaar wat gebruikt werd. Maar nu staat er een pilletje daar en een pilletje op de volgende bladzijde, en dan staat er ergens anders nog iets tussen gemoffeld. Het staat niet echt meer letterlijk onder elkaar, je moet alle bladzijdes bekijken.

Sommige mensen hebben 5 bladzijdes, dan moet je 5 bladzijdes verder zoeken om te kijken wat hij of zij wel of niet gebruikt.

Gerda: staat er dan tussen, niet relevante medicatie, of?

Meerdere tegelijk: verbandmateriaal. Verbandspullen.

Gerda: oh oké,

Deelnemer 5: en vaak ook de 20:00 medicatie staat wel onder elkaar. Maar dan heb je vaak diclofenac wel om 20:00, maar ook om 15:00 en dan staat die alweer op een andere bladzijde, omdat het niet alleen de ochtend is.

Gerda: nee, nee, ik snap het.

Dus dat zorgt ook wel voor verwarring, begrijp ik?

Meerdere tegelijk: ja, klopt of *knikken*

Gerda: en hebben jullie daar al iets voor ondernomen? Dat is onduidelijk of..?

Deelnemer 2: volgens mij hebben we dat wel eens aangegeven.

Deelnemer 4: ik wou het net zeggen, het is wel eens aangegeven. Maar het..

Deelnemer 5: maar apotheken zijn daar ook vaak heel erg laks in.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 4: dat gaat ook nog regelmatig mis.

Gerda: als ik het goed begrijp, zorgt dat voor verwarring dat het zo uit elkaar staat?

Deelnemer 4: je moet gewoon constant goed opletten.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 4: en ik bedoel helemaal als je die nieuwe lijsten heb, kijk als er al iemand voor jou is geweest, dan zie je vaak aan de handtekening, oohh daar staat ook nog wat.

Gerda: ja, precies.

Deelnemer 4: maar als je de nieuwe deellijsten hebt, dan moet je extra weer opletten.

Deelnemer 6: maar ook dan komen er fouten, want als iemand verkeerd aftekent. Dan zijn het net lammetjes die achter elkaar, hetzelfde gaan aftekenen, terwijl het medicijn misschien helemaal niet meer gegeven hoeft te worden.

Gerda: dus dat is dan ook een gebrek aan scherpheid, als ik dat zo goed omvat.

Deelnemer 6: ja of gewoon, oh ja daar staat ook wat.

een aantal lachen

Deelnemer 4: oh ja die *wordt gelachen*

Deelnemer 6: dan het de verkeerde soort insuline of zo.

Deelnemer 2: dus eigenlijk moet het dan zeg maar als het stopt gelijk van die lijst af. Lijstje weg of het doosje weggooien.

Deelnemer 6: ook staat het gestopte medicatie er nog op. Dat het dan wel stopt, maar hij staat nog wel op de lijst. Terwijl hij ook helemaal van de lijst af zou kunnen.

Gerda: Hoe lang blijft het dan staan?

Deelnemer 3: best wel lang.

Gerda: totdat jullie dat aangeven?

Deelnemer 4: totdat wij bellen.

Gerda: oké.

Deelnemer 3: Terwijl de apotheek hem toch stopt, dus ik bedoel de lijst kunnen ze zo aanpassen.

Gerda: oké, maar zijn jullie daarvoor verantwoordelijk om te bellen of doet de coördinerend verpleegkundige dat?

Deelnemers 4 en 5: dat doen wij.

Deelnemer 5: dat is dan ook wel een fout van ons inderdaad.

Deelnemer 3: en ik denk dat er soms ook wel, het kan hoor, je moet natuurlijk goed lezen. Maar je hebt medicijnen in baxter maar ook achter baxter.

Dus als er iemand vanuit het uitzendbureau komt, wij weten dat wel, maar dat is soms voor hun ook wel verwarrend denk ik.

Gerda: ja, maar wat merk jullie als jullie medicijnen vinden die niet gegeven zijn. Is dat veel baxter of is dat veel andere medicatie?

In losse potjes of doosjes?

Deelnemer 3, 5: dat verschilt.

Gerda: dus daar zich niet veel onderscheid in?

Deelnemer 6: want vaak, doe je ook wel de losse medicatie, maak je het baxterzakje even open en doe je de losse medicatie erbij in.

Deelnemers 4, 5: ja dat klopt.

Gerda: ja oké.

Deelnemer 6: zeg maar dat ze niet los kwijtraken.

Gerda: oké, maar jij zegt vooral baxter?

Deelnemer 6: ja, ik vind vooral baxterzakjes, al dan niet open of dicht inderdaad. Maar het zijn vooral wel de zakjes die je vind.

Deelnemer 5: losse medicatie kun je ook niet vinden, want die zitten gewoon in de strip.

Deelnemer 3: die mis je ook vaak niet.

Deelnemer 5: die mis je dan niet.

Deelnemer 3: nee klopt.

Deelnemer 5: omdat je niet ziet of je het wel of niet erin zit.

Gerda: nee klopt.

Deelnemer 5: in baxter zie je de tijd. Oh dinsdag om 8 uur in de ochtend. En dat heb je niet in die stripjes natuurlijk.

Gerda: dat klopt.

Deelnemer 5: dat vind je niet of je ze mist.

Gerda: nee inderdaad, oké. Maar daarnaast zeggen jullie dat uitzendkrachten er tegen aan lopen dat die strips er nog zijn? Maar jullie lopen daar zelf niet tegenaan?

Deelnemer 3: nee, daar lopen wij zelf ook tegenaan.

Gerda: daar is dan niet echt een onderscheid tussen?

Deelnemer 3: nee.

Gerda: nee, oké. Oké.

Deelnemer 5: wacht even hoor, hoe bedoel je dat?

Gerda: nou, u zei van, jij zei.. haha dat het voor uitzendkrachten soms verwarrend zit dat er nog een strip achter zit, en dan geef je hem niet.

Maar lopen jullie daar zelf niet tegenaan dat het verwarrend is, dat er nog een strip achter zit, en dat je hem dan niet geeft?

Deelnemer 5: ik denk dat, als ik dan voor mijzelf spreek, als je op je eigen afdeling zit, dan is weet je dat.

Deelnemer 4: ja, dat weet je dat.

Deelnemer 5: maar als ik bijvoorbeeld naar een andere afdeling moet, dan kan het voor mij ook verwarrend zijn.

Deelnemer 3: omdat je dan ook 3 keer zoveel moet opletten.

Deelnemer 5: ja, precies, dan kan ik misschien ook die fout maken. Dat je denkt, ohh ja dat heb ik niet gezien, omdat het zo onoverzichtelijk is.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 6: wat ik vanochtend nog inderdaad, want ik heb vorige week vrijdag voor het laatst gewerkt. En dan komt de nieuwe deellijst van de nieuwe baxter. Dan staat er bij meneer diclofenac zo nodig. Dus ik dacht nog, dat hoeft hij niet standaard te hebben, dus komt er vanochtend een collega naar mij toe, ja je hebt een fout gemaakt, want je hebt vrijdag niet de diclofenac gegeven. Dus ik kijken op die deellijst. Toen zei ik er staat zo nodig, het is een nieuwe deellijst, dus ik zie niet dat hij dat standaard krijgt.

Gerda: nee, nee.

Deelnemer 6: dus dat is dan ook weer een fout, van die afdeling dat ze eigenlijk er achteraan moeten bellen. Dat die zo nodig er moet en dat meneer hem standaard per dag krijgt.

Deelnemer 2: ja precies.

Gerda: oké

Deelnemer 6: en dat wordt dan als fout gezien, maar eigenlijk is het niet mijn fout, want hij staat op zo nodig.

Deelnemer 4: het staat er ook niet, het staat er dan gewoon niet goed.

Deelnemer 6: ja, daarom.

Deelnemer 5: dan is onderling die afspraak zo gemaakt. Maar dan is het niet.. het is een ongeschreven afspraak.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 6: terwijl de vaste medewerkers dat weten, maar ja ik ben geen vaste medewerker op die afdeling. Dus ik wist het niet.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 6: dus dat is ook wel..

Gerda: een dingetje.

Deelnemer 6: dat het onderling bij collega's wel duidelijk is, maar zodra je als onbekende op de afdeling komt en het is een ongeschreven regel, dan weet je het niet.

Gerda: dat is niet goed. En is er op de afdeling dan ook een verantwoordelijk voor, maar jullie zeggen iedereen is daar verantwoordelijk voor. Als het in je eigen dienst het gebeurt, dan moet je het wijzigen of?

Deelnemers 2, 4, 5, 6: ja klopt.

Gerda: dus er niet één aanspreekpunt die dat doet?

Deelnemer 3: degene die het ziet, die moet..

Gerda: die doet het..

Deelnemer 4: wie het constateert, doet het eigenlijk.

Deelnemer 5: maar dan is de apotheek er ook wel weer vaak laks in, dan bel je. Dan komt er een nieuwe deellijst en volgende week staat er nog zo nodig op de lijst.

Gerda: ja, ja, precies. Oké.

Deelnemer 2: dan pakken ze de oude lijst weer.

Deelnemer 5: dan moet je echt weer 10 keer bellen, om het uiteindelijk he..

Gerda: ja precies. Oké, dus ik hoor wel behoorlijk wat dingen waar jullie tegenaan lopen. Is het ook nog iets in het medicatieproces. Want jullie werken volgens een medicijnkar en wij vergelijken dat in ons onderzoek met Mercator, die werken met medicatie op de kamer. En dat is een heel ander ding. Vinden jullie werken met de medicatiekar handig, zitten daar voordelen aan, nadelen? Wat vinden jullie daarvan?

Meerdere tegelijk: een voordeel.

Deelnemer 3: ik vind het een voordeel. Je hebt de medicatie al bij elkaar.

Deelnemers 4, 5, 6: ja, dat vind ik ook.

Deelnemer 3: want als je als enigste verzorgende loopt en je moet als die kamers bij langs, al die kastjes. Dan ben je denk ik wel een half uur extra bezig. En nu heb je alles gewoon al bij elkaar.

Deelnemer 5: want bij de ene ligt het daar, en bij de andere misschien net daar.

Deelnemer 3: in principe hebben zij gewoon hun kastjes op de kamer.

Gerda: ja standaard, in de kamer, bij iedereen is dat het zelfde.

Deelnemer 4: oké, iedereen heeft zijn eigen kastje.

Deelnemer 5: dat was hier toch ook zo? Dat zouden wij hier toch ook krijgen.

Deelnemer 3: ja dat was de bedoeling.

Deelnemer 5: maar de kastjes zijn weer weggehaald.

Deelnemer 3: het behoud van de badkamer, en weg kastjes.

Deelnemer 5: ja *lacht* precies.

Deelnemer 2: ik vind het zo wel handig.

Meerdere instemmend: ja.

Deelnemer 4: oh ja, dat was wel in Mercator. Daar heb ik zelf ook nog gewerkt.

Gerda: oh kijk.

Deelnemer 4: ja, daar was de medicatie op de kamer.

Deelnemers 3, 5: we hebben nu meer overzicht.

Deelnemer 5: ook met medicijnen bestellen en zo, dat is gewoon veel handiger.

Deelnemer 4: mensen worden geestelijk toch ook wat minder.

Gerda: het zit op slot.

Deelnemer 4: het zit wel op slot allemaal, maar..

Gerda: ja, ja. Maar als jullie medicatie delen. Er zijn dan vaste tijden, denk ik? Moeten jullie daar dan zelf om denken?

Deelnemer 5: het staat ook op je lijst.. medicijnen delen staat er dan..

Gerda: er staat ook duidelijk, welke kamers moet ik bij langs?

Deelnemer 4: nee, dat staat er niet.

Gerda: dat moet je dan zelf bedenken?

Deelnemer 5: nee, we hebben een map. En we hebben natuurlijk al die aftekenlijsten.

Deelnemer 3: dat is natuurlijk niet zo als bij Mercator op de badkamer.

Gerda: dus als je wegloopt en je komt terug, weet je nog waar je bent?

Deelnemers 3, 5, 6: ja.

Gerda: dus dat ervaren jullie als positief?

Deelnemer 5: ja dat vind ik fijn werken.

Deelnemers 2, 3, 4: ja.

Gerda: ja, oké. Ja, goed.

Deelnemer 5: ik vind het op karren wel handiger.

Deelnemer 3: ik denk als je bestellingen moet doen, maakt het op de kamer lastiger, dan moet je bij alle bewoners weer op de kamer.

Deelnemer 6: ja ook, sommige krijgen om 13 uur medicatie, om 15 uur, dan ga je al die tijden bij iedereen langs?

Deelnemer 3: niet bij iedereen.

Deelnemer 6: dat weet je dan ja niet.

Deelnemer 3: kijk ik heb bij een ander huis gewerkt daar had je dan echt op de lijst staan, nou oké, die en die krijgt dan medicatie.

Deelnemer 6: oh, zo.

Deelnemer 3: dus dat je niet om 13 uur al die kamers weer bij langs moet. Dan heb je dus een soort looplijst van de medicatie.

Gerda: maar dat hebben jullie hier niet? Een looplijst?

Meerdere mensen: nee, nee.

Deelnemer 3: dat is hier niet nodig, want we hebben gewoon een kar.

Gerda: oké. Ik hoorde aan het begin ook nog dubbel aftekenen. Volgens mij zei jij dat?

Deelnemer 3: ja klopt.

Gerda: waar lopen jullie dan tegenaan wat niet goed gedaan is? Komen daar ook fouten door? Is dat ook een oorzaak?

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Deelnemer 5: het zijn andere collega's, dus stel je voor dat de insuline is 's ochtends niet afgetekend door de avonddienst, dan draai je hem op en roep je er een collega bij wil je even mee checken? Dan heb je hem alsnog, maar het kost wel meer tijd.

Gerda: ja.

Deelnemer 5: dus, ja..

Deelnemer 3: daarom heb ik er wat op tegen..

Deelnemer 5: het is niet echt dat je zelf een fout maakt.

Deelnemer 6: daarbij niet, naast sintrom, dat valt ook wel mee.

Meerdere mensen: ja, ja.

Deelnemer 6: dat gaat wel goed.

Deelnemer 3: ja ik wilde net zeggen dat gaat op zich wel goed.

Gerda: en lopen jullie er dan niet tegenaan dat als jullie.. 's ochtends zetten jullie de sintrom uit begrijp ik? En als overdag de doseringslijst veranderd en je checkt hem 's middags?

Deelnemer 3: dan moet degene die de doseringslijst aanpast, nog kijken of het klopt.

Deelnemer 6: dat gaat op zich wel goed.

Deelnemer 3: ik wou net zeggen..

Deelnemer 4: en anders bellen we de trombosedienst even. Of hun bellen ons als er wat verandert.

Deelnemer 2: ja ze bellen ons als het anders wordt.

Deelnemer 3: ja, dan moet je de inhoud waarschijnlijk veranderen, dat bedoelt ze waarschijnlijk.

Deelnemer 2: ja, ja.

Gerda: ja, precies. Dat ze inderdaad de dosering aanpassen.

Deelnemer 3: dat als ze van 2 naar 1 gaan, dat er dan..

Deelnemer 6: dat ze er dan 1 uithalen.

Gerda: dat gaat wel goed? Daar lopen jullie niet tegenaan dat dat vaker fout gaat?

Deelnemer 4: nee, af en toe eens, maar dan bellen we de trombosedienst gewoon zelf. Het is al gegeven, 1 meer of 1 minder.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 2: het was eerder wel altijd zo, dat als de sintrom kaarten binnen kwamen dat er dan even gebeld werd naar boven. Ik heb sintrom kaarten. Dat is nu niet altijd meer zo.

Deelnemer 3: van de balie..

Gerda: oké, dus dan moet je zelf erom denken van..

Deelnemer 4: ze komen vaak 's middags en vaak begint die dan 's avonds. Dan vind je dat de volgende dag op de kar.

Deelnemer 3: maar in principe kwam het toch nog overeen met de oude die in de dienst zit?

Deelnemer 4: ja, maar niet altijd.

Deelnemer 5: nee, nee.

Deelnemer 4: dat is wel veranderd. Dat los je dan wel weer op

Gerda: dat is niet een oorzaak?

Deelnemer 2: de dag dat hij komt moet je hem ook meteen pakken en gebruiken.

Gerda: ja. Oké. Nou ik heb heel wat dingen al gehoord, zijn er nog dingen die jullie zeggen, andere processen of dingen van dat kan er ook nog aan bijdragen?

Deelnemer 1: ik denk met name voor ons dat de intramurale ook heel veel mic'jes zijn ingevuld van één cliënt. Die is dan nog wel halfstarrig, als wij dan zeggen, je moet het innemen, dat hij dan zegt, dat doe ik straks wel. Dat doe ik straks wel. De avondmedicatie staat er daardoor 's ochtends nog. En inderdaad wat gewoon ingevuld is.

Gerda: wat voor iemand is dat dan?

Deelnemer 1: hij woont op zichzelf en is eigen baas, nu is het de afspraak gekomen met de hoofdverpleegkundige. Nu staat we er 's avonds er gewoon bij, dan doet hij het ook wel.

Deelnemer 5: welke kamer dan?

Deelnemer 1: ...

Deelnemer 2: noemt een naam.

Deelnemer 1: nu staan wij erbij, dan moet hij het wel innemen. Ik denk dat dat al wel heel wat wegneemt bij de MIC'jes.

Gerda: dat zou kunnen. Dat weten wij niet.

Deelnemer 1: maar jij kunt dat niet zien.

Gerda: nee inderdaad.

Deelnemer 1: maar ik denk dat er voor die cliënt heel wat is ingevuld.

Deelnemer 3: bij ons is er denk ik ook veel ingevuld.

Gerda: wat zou daar de oorzaak van kunnen zijn?

Deelnemer 3: omdat je veel met vreemde mensen werk. Heel veel van zorgwerk. En dan ja..

Deelnemer 5: geen continuïteit.

Deelnemer 1: ja dat is wat je net ook al zei.

Meerdere tegelijk: ja.

Deelnemer 3: ja daar lopen wij tegenaan.

Gerda: dan komen we weer bij het verhaal van..

Deelnemer 3: en in de zomer hebben we dat natuurlijk wat meer, omdat wij dan massaal op vakantie gaan, zo ongeveer.

Meerdere tegelijk: ja. *lachen*

Deelnemer 3: dan werken er gewoon veel meer onbekenden dan nu. Ik bedoel nu lopen er misschien een stuk of 3 of 4. En dan mag je blij zijn als er 2 of 3 vaste mensen door het hele huis heen lopen.

Gerda: oké..

Deelnemer 1: en die mag op de afdeling vaak ook geen medicijnen geven.

Deelnemer 3: ja, precies.

Deelnemer 1: dus dan duurt het voor ons ook weer langer.

Deelnemer 5: maar op Merepoort is voor voornamelijk 's avonds heel vaak een helpende, en nu nog.

Meerdere tegelijk: ja klopt.

Gerda: ja, dat is dan wel echt de hoofdoorzaak als ik het zo goed hoor?

Deelnemer 5: dat hebben wij ook al heel vaak aangegeven.

Deelnemer 2: op elke afdeling moet ook altijd een verzorgende zijn.

Gerda: ja, ja.

Deelnemer 6: en als er dan ook ziekte is, dan hebben wij ook gezegd, je kan dan beter zeg maar overdag een helpende erbij in plannen, want dan zijn er nog genoeg verzorgenden.

Gerda: ja.

Deelnemer 6: maar je moet zorgen dat die avonddiensten dat dat gewoon allemaal verzorgenden zijn.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Deelnemer 6: anders krijg je gewoon fouten. Dat is al heel vaak aangegeven, maar..

Gerda: en daar doen ze dan niets mee?

Deelnemer 1: en dan zin er ook de meeste calamiteiten 's avonds, wat we tussendoor krijgen.

Deelnemer 6: ja, daarom. En dan moet je gewoon dat de afdelingen goed zijn.

Deelnemer 3: ja, en je hebt ook veel wisselend personeel. Als er wat gebeurt ben je gelijk..

Deelnemer 1: ja, dan ben je gelijk..

Deelnemer 6: de sjaak..

Gerda: maar ook al zijn er allemaal verzorgden, is er dan ook te weinig personeel. Volgens jullie?

Deelnemer 1: nou het is wel zo, als ik eerlijk ben. Als er mensen wegvallen, overlijden ofzo, dan gaat er gelijk tijd af, dan komen er mensen bij, dan duurt het best wel een poosje voordat je personeel erbij krijgt. Dan loop je soms echt wel de naad uit je sloffen.

Meerdere tegelijk: ja, ja.

Gerda: oké.

Deelnemer 6: nu zijn er twee inwoners van de begane grond overleden, maar bam direct een uur eraf.

Deelnemer 2: ja, nou is het weer tot 9 uur.

Deelnemer 6: maar er zijn alweer mensen op de lijst, om de kamers weer te vullen. Maar tegen de tijd dat we dat uur er weer bijkrijgen..

Deelnemer 5: moet je eerst weer om zeuren.

Meerdere tegelijk: ja, precies.

Deelnemer 3: dan is iedereen alweer bekaf.

Deelnemer 5: ze zijn veel te snel met de tijden eraf te halen. als je even lucht krijgt..

Deelnemer 2: dan heb je even wat meer tijd voor de mensen.

Meerdere tegelijk: ja.

Deelnemer 5: ja en ook voor je collega's, om die weer te ondersteunen.

Deelnemer 1: en dat overloopt je wel eens. Er is genoeg te doen, is mis altijd tijd, meestal. Van de week had ik er dan eentje. Maar eh poeh..

Gerda: maar heeft die werkdruk ook invloed op de medicatiefouten, denken jullie?

Deelnemer 5: ja ik den het wel.

Deelnemer 3: ja..

Gerda: want jullie noemen het niet gelijk, dat is opvallend.

Deelnemer 6: je moet nog even snel wat dingen doen, waardoor je even bent afgeleid. Ja en dan moet je weer verder. Ik denk dat ook fouten door ontstaan.

Deelnemer 3: of dat je er niet altijd bij blijft staan.

Deelnemer 6: nee, precies ook dat.

Deelnemer 3: zo van: oh ik moet daar nog heen, daar nog heen.

Meerdere: ja, ja.

Deelnemer 6: dat denkt ik wel.

Gerda: oké. Nou ik denk dat we heel wat besproken hebben. Vooral dat helpende verhaal. Dus, ik heb het idee dat jullie dat als hoofdoorzaak aandragen. Heb ik dat goed begrepen? Zeggen jullie van dat is de hoofdoorzaak?

Meerdere tegelijk: ja, dat denk ik wel.

Deelnemer 6: en ik denk ook wel de continuïteit op de afdeling.

Deelnemer 3: ja dat vind ik ook.

Deelnemer 5: en ook dat de deellijsten niet goed zijn.

Gerda: ja, precies.

Meerdere tegelijk: ja, inderdaad.

Gerda: en dat is ook nog een fout...?

Deelnemer 3: de apotheek heeft daar ook wel een rol aan..

Gerda: ja, inderdaad. De apotheek heeft daar ook een rol in, maar jullie zelf natuurlijk ook. Is dat dan ook nog een oorzaak?

Meerdere tegelijk: daar heb je gelijk in.

Gerda: en ja, werkdruk, dat noemen jullie niet gelijk, maar dat heeft wel overal invloed op.

Meerdere tegelijk: ja.

Gerda: mis ik dan nog iets?

Deelnemer 1: wat zei je?

Gerda: mis ik dan nog iets als ik die 3 noem?

Deelnemer 5: ik denk dat we alles wel hebben benoemt.

Meerdere tegelijk: *instemmend* ja.

Gerda: heeft iemand nog iets van dat heb ik niet benoemt?

Meerdere tegelijk: nee.

Deelnemer 5: dit zijn alle oorzaken.

Gerda: ja, nou mooi. Ik vond het een duidelijk verhaal. Nou dan hebben we de 3 oorzaken. Dan zijn we daarmee eigenlijk aan het einde gekomen van de focusgroepdiscussie. Hoe vonden jullie het zo om met elkaar in gesprek te gaan?

Meerdere tegelijk: we zitten wel op 1 lijn. *iedereen lacht*

Deelnemer 1: we hadden niets afgesproken hoor.

Gerda: maar soms denk je ook, dan zeg jij iets en dan denk je van oh dat is ook zo. Dat je elkaar kan inspireren.

Meerdere tegelijk: ja.

Gerda: Goed, ik wil jullie dan nog een keer hartelijk bedanken dat jullie hier zijn. En we gaan kijken hoe we dat naar jullie gaan communiceren, maar horen en zo wie zo nog wat van.

Meerdere tegelijk: ik ben benieuwd.

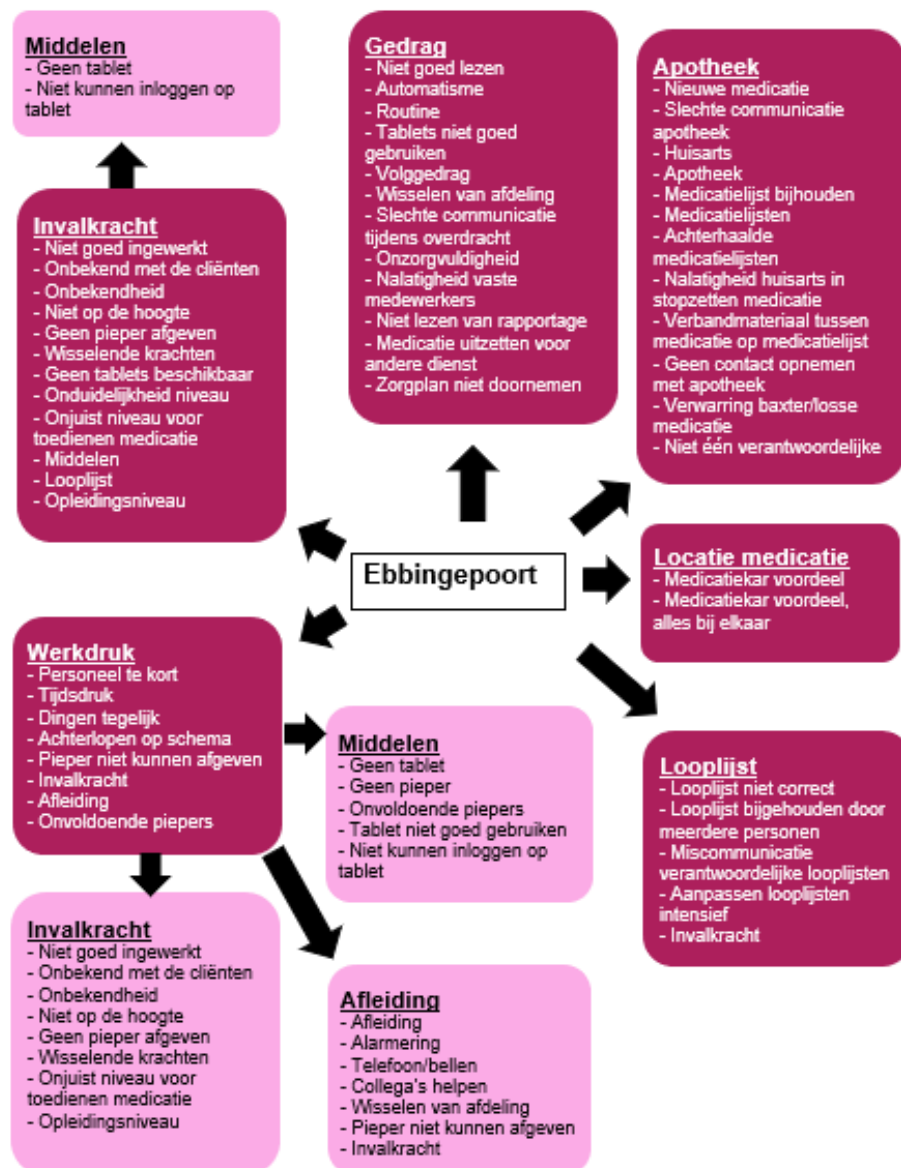
Deelnemer 4: het is wel goed om het er een keer over te hebben.

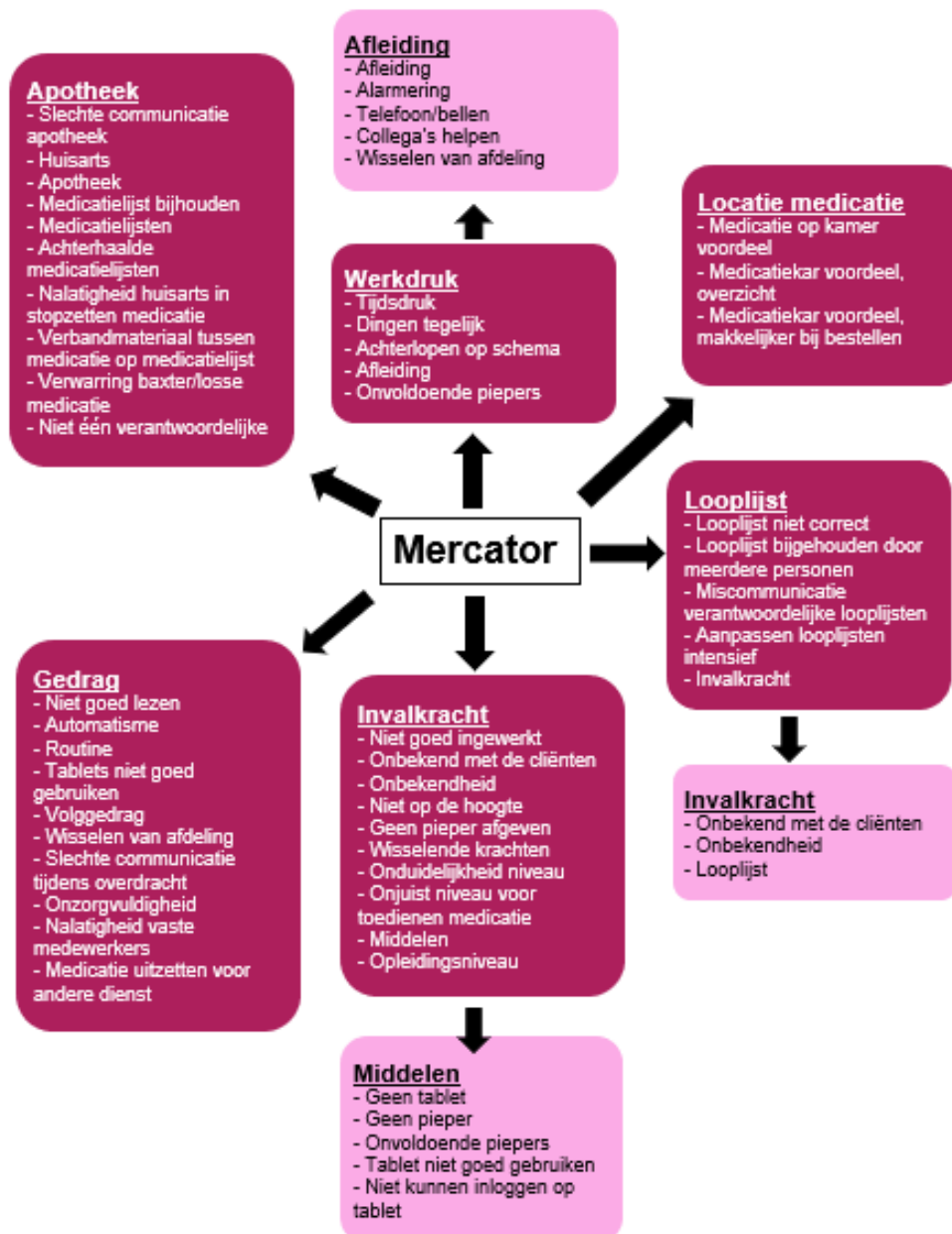
Meerdere tegelijk: ja, ja.

Deelnemer 1: in plaats van dat het zo algemeen even tijdens overleg met Alida. Zo even buitenom. Wat blijft dat ook een gedoe die medicijnen.

Meerdere tegelijk: ja, jullie ook veel succes.

Bijlage 4: Stroomschema's





Bijlage 5: Logboek

Datum	Werkzaamheden	Wie	Duur
12/09/2017	- Introductie college - Mail verstuurd docent begeleider	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
13/09/2017	- Oriëntatie onderzoeksvraag	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
19/09/2017	- Hoorcollege (kwalitatief/kwantitatief onderzoek) - Oriëntatie onderzoeksvraag/opdrachtgever - Voorbereiden gesprek docentbegeleider	Gerda en Nanda	5,5 uren (samen 11 uren)
22/09/2017	- Afspraak docentbegeleider (kennismaken) - Voorbereiden kennismakingsgesprek opdrachtgever TSN	Gerda en Nanda	2,5 uren (samen 5 uren)
25/09/2017	- Afspraak opdrachtgever TSN (Locatie: Mercator) - Verslaglegging gesprek opdrachtgever	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
26/09/2017	- Hoorcollege (systematische Literatuurstudie en kwaliteit van onderzoek) - Literatuur over probleem/doel/vraag bestuderen - Schrijven probleem/doel/vraag	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
28/09/2017	- Schrijven inleiding en begripsafbakening	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
29/09/2017	- Afspraak docentbegeleider (bespreken probleem/doel/vraag) - Mailcontact TSN en docentbegeleider voor inplannen gesprek	Gerda en Nanda	0,75 uren (samen 1,5 uren)
02/10/2017	- Mailcontact TSN en docentbegeleider methodologie - Literatuur over methodologie bestuderen - Schrijven methodologie - Schrijven inleiding	Gerda en Nanda	7 uren (samen 14 uren)
03/10/2017	- Werkcollege: kwalitatieve methode - Hoorcolleges: beschrijvende statistiek, kwalitatieve analyse. - Schrijven methodologie onderzoeksvoorstel	Gerda en Nanda	10 uren (samen 20 uren)
04/10/2017	- Schrijven methodologie onderzoeksvoorstel - Methodologie onderzoeksvoorstel inleveren voor feedback	Gerda en Nanda	8 uren (samen 16 uren)
05/10/2017	- Voorbereiden gesprek TSN en docentbegeleider	Gerda en Nanda	2 uren (samen 4 uren)
06/10/2017	- Gesprek TSN en docentbegeleider methodologie	Gerda en Nanda	1 uren (samen 2 uren)
09/10/2017	- Feedback docentbegeleider methodologie verwerken (vraagstelling/doelstelling/deelvragen)	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
10/10/2017	- Hoorcollege: Het onderzoeksvoorstel/verslag - Literatuur over tijdsplanning en topic list bestuderen - Tijdsplanning en topic list beschrijven - Concept onderzoeksvoorstel uitwerken	Gerda en Nanda	6 uren (samen 12 uren)

11/10/2017	- Concept onderzoeksvoorstel uitwerken - Concept onderzoeksvoorstel inleveren voor feedback	Gerda en Nanda	8 uren (samen 16 uren)
13/10/2017	Gesprek/feedback docentbegeleider concept onderzoeksvoorstel	Gerda en Nanda	1 uur (samen 2 uren)
17/10/2017	Mailcontact TSN, afspraak inplannen voor gesprek met TSN locatie Ebbingepoort	Nanda	0,5 uur
18/10/2017	Feedback docentbegeleider verwerken Informatie zoeken en kennis vergroten	Gerda en Nanda	4 uren (samen 8 uren)
20/10/2017	Feedback docentbegeleider verwerken Informatie zoeken en kennis vergroten	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
23/10/2017	Inleiding herschrijven/aanpassen	Gerda	3 uren
24/10/2017	Feedback opdrachtgever verwerker	Nanda	2 uren
26/10/2017	Onderzoeksvoorstel controleren op grammatica	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
29/10/2017	Onderzoeksvoorstel controleren op grammatica Concept onderzoeksvoorstel inleveren voor feedback	Gerda en Nanda	2 uren (samen 4 uren)
30/10/2017	Feedback docentbegeleider verwerken	Gerda en Nanda	4 uren (samen 8 uren)
31/10/2017	Feedback docentbegeleider verwerken Feedback 2 ^e beoordelaar verwerken	Gerda en Nanda	2,5 uren (samen 5 uren)
01/11/2017	Gesprek Ebbingepoort voorbereiden Gesprek Ebbingepoort (Kennismaking, voortgang onderzoek en plannen focusgroepdiscussies voor beide locaties)	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
02/11/2017	Feedback verwerken	Gerda en Nanda	3,5 uren (samen 7 uren)
03/11/2017	Laatste controle onderzoeksvoorstel Safe assignment Onderzoeksvoorstel inleveren ter beoordeling	Nanda	2 uren
10/11/2017	Goedkeuring onderzoeksvoorstel Definitieve planning focusgroep discussies, afstemming met de zorgmanagers.	Gerda en Nanda	0.5 uren
13/11/2017	Vorbereiding focusgroep discussies. Hoe gaan we het onderwerp inleiden? Topic list onderwerpen verder uitwerken, hoe gaan we het aanpakken?	Gerda en Nanda	4 uren
14/11/2017	Focusgroep discussie Mercator	Gerda en Nanda	1,5 uren
15/11/2017	Focusgroep discussie Ebbingepoort	Gerda en Nanda	1,5 uren
16/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
17/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
21/11/2017	Werkcollege Atlas Transcriberen focusgroep discussies	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
22/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
23/11/2017	Focusgroep discussie Ebbingepoort	Gerda en	3 uren

	Focusgroep discussie Mercator	Nanda	(samen 6 uren)
24/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies	Gerda en Nanda	3 uren (samen 6 uren)
27/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies Methodologie onderzoeksverslag schrijven/aanpassen.	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
29/11/2017	Transcriberen focusgroep discussies Methodologie onderzoeksverslag schrijven/aanpassen.	Gerda en Nanda	2 uren (samen 4 uren)
04/12/2017	Afspraak docentbegeleider op school. Vragen omtrent coderen gesteld.	Gerda en Nanda	0.45 minuten
05/12/2017	Hoorcollege Analyseren en coderen focusgroep discussies.	Gerda en Nanda	4 uren (samen 8 uren)
14/12/2017	Resultaten schrijven Product opsturen naar contactpersonen TSN en vervangend begeleider school.	Gerda en Nanda	8 uren
18/12/2017	Afspraak contactpersonen TSN. Hoe staat het ervoor? Bespreken eerste feedback resultaten. Hoe gaan we het presenteren? Plannen presentaties.	Gerda en Nanda	1 uur
21/12/2017	Resultaten schrijven Logboek bijwerken	Gerda en Nanda	2 uren (samen 4 uren)
22/12/2017	Resultaten schrijven	Gerda en Nanda	2 uren (samen 4 uren)
02/01/2018	Aanbevelingen/conclusie/discussie schrijven.	Gerda en Nanda	4 uren (samen 8 uren)
04/01/2018	Aanbevelingen/conclusie/discussie schrijven. Logboek bijwerken	Gerda	3 uren
05/01/2018	Aanbevelingen/conclusie/discussie schrijven. Inleiding aanpassen	Gerda en Nanda	4 uren (samen 8 uren)
06/01/2018	Aanbevelingen/conclusie/discussie schrijven.		5 uren (samen 10 uren)
08/01/2018	Conclusie schrijven Aanbevelingen schrijven Concept opsturen voor feedback naar de opdrachtgever en docent.	Gerda Nanda	3 uren (samen 6 uren)
09/01/2018	Contact opdrachtgever en versturen uitnodigingen presentaties.	Gerda	15 minuten
15/01/2018	Ontvangst feedback docent	-----	-----
16/01/2018	Telefonisch contact docent ter verduidelijking feedback. Bespreking verbeteringen en verdelen taken.	Gerda en Nanda	4 uren
17/01/2018	Resultaten aanpassen Samenvatting van de resultaten aanpassen Stroomschema maken Aanbevelingen aanpassen	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
18/01/2018	Conclusie aanpassen Stroomschema afmaken Methodologische beperkingen aanpassen Verslag doorlezen APA en taalfouten	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)

	Samenvatting maken		
19/01/2018	Samenvatting afmaken Verslag doorlezen APA en taalfouten Verslag inleveren docent en opdrachtgever Samenvatting sturen medewerkers TSN	Gerda en Nanda	5 uren (samen 10 uren)
23/01/2018	Presentatie Ebbingepoort Feedback formulieren invullen	Gerda en Nanda	1.5 uren
25/01/2018	Presentatie Mercator Feedback formulieren invullen	Gerda en Nanda	1.5 uren
29/01/2018	Mondelinge verantwoording	Gerda en Nanda	

Bijlage 6: Antiplagiaat verklaring.

Hanzehogeschool Groningen

Antiplagiaatverklaring (tegelijk met de opdracht inleveren)

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Groningen**Datum: 19/01/2018**

Naam student 1: Nanda Aeilkema

Handtekening student 1:

Naam student 2: Gerda Bakker

Handtekening student 2:

Bijlage 7: Safe assignment

Afstudeeronderzoek (verslag)

Gerda Bakker GE on Fri, Jan 19 2018, 1:21 PM

32% highest match

Submission ID: 48298504-ba36-4cc7-b4e0-2d66df20d6e6

- **Onderzoeksverslag U3 Gerda Bakker en Nanda Aeilkema (1).docx**

Word Count: 30,609

Attachment ID: 195568962

32%

Het safe assign percentage valt erg hoog uit, dit heeft te maken met een foute plagiaatscan die wij hebben gedaan bij het onderzoeksvoorstel. Hierover is contact geweest met de regisseur van het blok, echter zij kon dit niet oplossen. Hierdoor hebben we bij de inleiding/methodologie/logboek etc. bijna volledig plagiaat. Dit omdat we dit bijna volledig uit ons eigen onderzoeksvoorstel hebben overgenomen.