

# **MEDICATIEVEILIGHEID**

Onderzoek naar en Implementatie van  
Kwaliteitsverbeteringen voor Medicatieveiligheid  
op afdeling Ouderenzorg 1, GGZ Oost Brabant, Regio Oss



**Afstudeerproject HBO-Verpleegkunde**

Januari - December 2011



# MEDICATIEVEILIGHEID

Onderzoek naar en Implementatie van  
Kwaliteitsverbeteringen voor Medicatieveiligheid  
op afdeling Ouderenzorg 1, GGZ Oost Brabant, Regio Oss

Afstudeerproject HBO-Verpleegkunde, Fontys Hogeschool te Eindhoven,  
in samenwerking met GGZ Oost Brabant te Boekel

## **Afstudeergroep:**

Thea van den Boom  
Verpleegkundige niveau 4  
Afdeling Ouderenzorg 1, GGZ Oost Brabant, Oss  
studentnummer: 2157755

Mariëlle Craane  
Verpleegkundige niveau 4  
Afdeling FACT, GGZ Oost Brabant, Oss  
studentnummer: 2158427

Hanny Leijten  
Verpleegkundige niveau 4  
Afdeling Ouderenzorg 2, GGZ Oost Brabant, Oss  
studentnummer: 2156430

Conny Slegers  
Verpleegkundige niveau 4  
Afdeling Volwassenenzorg, GGZ Oost Brabant, Oss  
studentnummer: 2157550

## **Afstudeerbegeleiders:**

Mw. B. Stockman,  
docent Fontys Hogeschool, Eindhoven

Mw. A. Welling,  
docent Fontys Hogeschool, Eindhoven

Dhr. J. van Wagenberg,  
teamleider GGZ Oost Brabant, Oss

Mw. S. Petersen,  
teamleider GGZ Oost Brabant, Oss

December 2011



## VOORWOORD

Dit projectverslag over het onderwerp *Medicatieveiligheid* en in het bijzonder het onderwerp *Medicatie-toediening* is onze schriftelijke verantwoording voor het afsluiten van de opleiding HBO-Verpleegkunde, die door de afstudeergroep aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven in samenwerking met de GGZ Oost Brabant gevolgd is.

Het verslag bevat een beschrijving van het gehele afstudeerproject, inclusief de implementatie van twee kwaliteitsverbeteringen, die gedurende de maanden januari 2011 tot en met december 2011 door de afstudeergroep is uitgevoerd.

Het project werd uitgevoerd op de afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss. We werden bij dit project begeleid door mw. B. Stockman, docent aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven. Als meelezer was vanuit Fontys Hogeschool mw. A. Welling aan het project verbonden. Vanuit de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, waren als opdrachtgevers de teamleider van de afdeling Ouderenzorg, dhr. J. van Wageningen en de teamleider van de afdeling Volwassenenzorg, mw. S. Petersen, bij het project betrokken.

Het onderwerp Medicatieveiligheid is door de afstudeergroep gekozen omdat het een actueel onderwerp is (het is een target in jaarplannen en rapporten op zowel meso- als macroniveau). Elke verpleegkundige heeft dagelijks met medicatieveiligheid te maken en het is van invloed op de directe dagelijkse patiëntenzorg.

Lopende het afstudeerproject werd het onderwerp 'Medicatieveiligheid' gereduceerd tot een in de dagelijkse praktijk goed toepasbaar aspect van dit onderwerp, namelijk de 'Medicatie-toediening'. U zult zich verbazen over alle zaken die direct of indirect te maken hebben met een veilige medicatie-toediening.

In het afstudeerproject zijn alle beroepscompetenties voor de HBO-Verpleegkundige geïntegreerd. Zoals u in dit verslag kunt lezen, is in het project aandacht voor zorg op maat, regie op maat, deskundigheidsbevordering en kwaliteitszorg.

De afstudeergroep heeft met veel plezier aan dit afstudeerproject gewerkt. Het was heel leerzaam, zowel op het gebied van de theoretische aspecten over dit onderwerp, als op het gebied van het opzetten en uitvoeren van een afstudeerproject en verbetertraject.

De projectgroep wil de volgende personen bedanken voor hun hulp en begeleiding:

*Team van Ouderenzorg 1:* Als eerste genoemd omdat jullie zeker niet de minste inbreng hebben gehad! Mede dankzij jullie enthousiaste en actieve deelname aan het project is dit afstudeerproject voor ons geslaagd! Heel hartelijk bedankt en blijf actief met, en bewust van, de medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1!

*Berdi Stockman:* Jouw kenmerkende feedback en sturing aan het onderwerp, maar zeker ook aan ons als projectgroep, heeft ons goed geholpen. We werden hierdoor kritisch wanneer het moest, maar ook flexibeler wanneer het kon.

*Anneloes Welling:* De feedback gaf met momenten reden tot discussies waar we uiteindelijk ons voordeel mee hebben gedaan in het eindresultaat.

*Jan van Wageningen en Sandra Petersen:* Voor het opperen van het onderwerp Medicatieveiligheid en het meebewegen in de richting van het onderwerp gedurende het proces. Jullie enthousiasme en positieve reacties werkten bij ons aanstekelijk!

*Onze naasten:* Woorden schieten tekort om te zeggen hoeveel jullie voor ons hebben betekend in dit afstudeertraject. Ons afstuderen is ook jullie verdienste! Bedankt!

Verder iedereen die niet persoonlijk is genoemd, maar zeker heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit eindresultaat: BEDANKT!

Boekel, december 2011

De HBO-V afstudeergroep,  
Thea van den Boom, Mariëlle Craane, Hanny Leijten, Conny Slegers

## SAMENVATTING

### **Aanleiding voor het HBO-Verpleegkunde afstudeerproject Medicatieveiligheid**

Uit studie blijkt dat er in Nederland per jaar 16.000, mogelijk vermijdbare, acute ziekenhuisopnames zijn die te maken hebben met geneesmiddelen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010).

Elk jaar komen er zelfs 1.250 mensen door om het leven. Een van de grootste problemen is dat de kans op fouten en de gevolgen ervan worden onderschat (Veilige Zorg, ieders zorg, 2010).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Nederland hebben het onderwerp Patiëntenveiligheid hoog op de agenda staan. Eén aspect van patiëntenveiligheid is Medicatieveiligheid.

Door de teamleider van de afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, is de afstudeergroep HBO-Verpleegkunde, gevraagd om de medicatieveiligheid op deze afdeling in kaart te brengen, aanbevelingen voor verbeteringen te doen en deze zo mogelijk te implementeren.

### **Oriëntatie en onderzoek**

In de oriëntatie- en onderzoeksfase van het project is de medicatieveiligheid beschreven op micro-, meso- en macroniveau. Op micro- en mesoniveau is dit gedaan door het beschrijven van de huidige situatie en het uitvoeren van verschillende onderzoeken. Op macroniveau door literatuurstudie.

Voor het onderzoek op microniveau is gebruik gemaakt van vijf onderzoeksmethodes namelijk een gesloten vragenlijst-verpleegkundigen, een gesloten vragenlijst patiënt/ eerste contactpersoon, een geeltjesmeting, een member check en een triple check.

Bij de antwoorden uit de vragenlijst-verpleegkundigen viel op dat door de respondenten geen eenduidige antwoorden werden gegeven.

De uitkomst van de vragenlijst patiënt/ eerste contactpersoon, liet zien dat zij niet tevreden zijn over de informatieverstrekking van het medicatiegebruik.

De geeltjesmeting gaf een hoge score ten aanzien van uitzetfouten en toedieningsfouten.

De member check, met vijf afgevaardigden van het verpleegkundig team en de teamleider, riep bij de projectgroep vragen en tegenstrijdigheden op over de uitslagen van de vragenlijst en de geeltjesmeting.

Om duidelijkheid te krijgen over deze tegenstrijdigheden en om het onderzoek betrouwbaar en valide te maken is gekozen voor een triple check.

De resultaten uit de onderzoeken leerde de projectgroep dat de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 zeker voor verbetering vatbaar is, met name ten aanzien van het toedienen van medicatie.

### **Conclusies en Aanbevelingen**

Met behulp van deelvragen is door literatuurstudie onderzocht op welke wijze de medicatieveiligheid verbeterd kon worden. De deelvragen richten zich op de richtlijnen voor medicatietoediening, de wettelijke kaders met betrekking tot medicatietoediening en het bevorderen van de deskundigheid en bewustwording van het verpleegkundig team ten aanzien van het individueel verpleegkundig handelen bij medicatietoediening.

Door de huidige situatie af te zetten tegen de wenselijke situatie kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 onvoldoende op de hoogte zijn van de manier waarop medicatie *toegediend* moet worden. De verpleegkundigen onvoldoende op de hoogte zijn van de betreffende *wetgeving* en zich onvoldoende *bewust* zijn van het individueel *verpleegkundig handelen*.

In totaal zijn er 26 aanbevelingen voor verbeteringen in het medicatieproces op Ouderenzorg 1 beschreven door de projectgroep.

Uit deze aanbevelingen heeft de projectgroep twee verbeterpunten geselecteerd voor implementatie gedurende de projectperiode namelijk;

1. Scholing van het verpleegkundig team
2. Implementeren van een stroomschema voor het malen van medicatie.

De overige aanbevelingen worden door de projectgroep aangeboden aan de teamleider van Ouderenzorg 1.

Uit onderzoek naar de resultaten van de implementatie van deze twee kwaliteitsverbeteringen, blijkt een duidelijke daling in medicatiefouten en een toename van de deskundigheid en bewustwording bij de verpleegkundigen op Ouderenzorg 1.

Ook in de dagelijkse verpleegkundige praktijk komt deze bewustwording tot uiting doordat de verpleegkundigen elkaar aanspreken op hun verpleegkundig handelen bij de medicatietoediening. Echter een eenduidige werkwijze voor medicatietoediening is er niet.

De projectgroep heeft hiervoor een belangrijk resultaat behaald ten behoeve van de borging van het afstudeerproject. De teamleider van Ouderenzorg 1 heeft namelijk de aanbeveling van de projectgroep overgenomen om een werkgroep Medicatieveiligheid te installeren. Deze werkgroep gaat zich richten op het verder verbeteren van de Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1. Hiervoor kan de werkgroep gebruik maken van de resterende aanbevelingen zoals beschreven in het projectverslag Medicatieveiligheid. Hierdoor blijft er na de projectfase aandacht voor het verder verbeteren van de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1.

Afsluitend concludeert de projectgroep dat de doelstelling van dit afstudeerproject ruimschoots is behaald en het afstudeerproject zeer succesvol is verlopen.

## INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

Samenvatting

Inhoudsopgave

Inleiding blz. 01

### **DEEL I Oriëntatie- en Onderzoeksfase**

|                    |                                                                              |    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 1</b> | <b>Voorlopige vraagstelling en doelstelling van het project</b>              |    |
| 1.1                | Voorlopige vraagstelling                                                     | 04 |
| 1.2                | Voorlopige wenselijke situatie                                               | 04 |
| 1.3                | Doelstelling projectgroep                                                    | 04 |
| 1.4                | Deelvragen bij de voorlopige vraagstelling                                   | 04 |
| <b>Hoofdstuk 2</b> | <b>Voorlopige deelvraag 1: Medicatieveiligheid op microniveau</b>            |    |
| 2.1                | Huidige situatie op afdeling Ouderenzorg 1                                   | 05 |
| 2.2                | Beschrijving van het medicatieproces op Ouderenzorg 1                        |    |
| 2.2.1              | Het proces van medicatie voorschrijven en levering                           | 05 |
| 2.2.2              | Het proces van medicatie uitzetten                                           | 07 |
| 2.2.3              | Het proces van medicatietoediening                                           | 07 |
| 2.2.4              | Medicatieoverdracht in het medicatieproces                                   | 08 |
| 2.2.5              | De patiënt en het medicatieproces                                            | 09 |
| 2.2.6              | Scholing en deskundigheidsbevordering met betrekking tot het medicatieproces | 09 |
| 2.2.7              | Veilig Incidenten Melden (VIM) en het medicatieproces                        | 09 |
| 2.2.8              | Beleid en verantwoordelijkheden in het medicatieproces                       | 10 |
| 2.2.9              | Veiligheid en controle in het medicatieproces                                | 10 |
| <b>Hoofdstuk 3</b> | <b>Voorlopige deelvraag 2: Medicatieveiligheid op mesoniveau</b>             |    |
| 3.1                | GGZ Oost Brabant                                                             | 11 |
| 3.2                | Apotheek ZALV                                                                | 12 |
| 3.3                | Veilig Incidenten Melden (VIM)                                               | 13 |
| 3.4                | Regiegroep Veiligheid                                                        | 14 |
| <b>Hoofdstuk 4</b> | <b>Voorlopige deelvraag 3: Medicatieveiligheid op macroniveau</b>            |    |
| 4.1                | Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)                                      | 15 |
| 4.1.1              | Richtlijnen Inspectierapport                                                 | 16 |
| 4.2                | Landelijke organisaties                                                      | 17 |
| 4.3                | Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ)                                  | 19 |
| 4.4                | Veilig Incidenten Melden (VIM): landelijke ontwikkelingen                    | 19 |
| 4.5                | Rechten van de patiënt met betrekking tot medicatieveiligheid                | 20 |

|                    |                                                                                                                                                                                               |    |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 5</b> | <b>Onderzoek Medicatieveiligheid afdeling Ouderenzorg 1</b>                                                                                                                                   |    |
| 5.1                | Toegepaste onderzoeksmethodes                                                                                                                                                                 | 21 |
| 5.1.1              | Vragenlijst-verpleegkundigen                                                                                                                                                                  | 22 |
| 5.1.2              | Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon                                                                                                                                                     | 23 |
| 5.1.3              | Geeltjesmeting                                                                                                                                                                                | 23 |
| 5.1.4              | Member check                                                                                                                                                                                  | 24 |
| 5.1.5              | Triple check                                                                                                                                                                                  | 24 |
| 5.2                | Resultaten en Discussie onderzoeksgegevens                                                                                                                                                    |    |
| 5.2.1              | Vragenlijst-verpleegkundigen                                                                                                                                                                  | 25 |
| 5.2.2              | Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon                                                                                                                                                     | 35 |
| 5.2.3              | Geeltjesmeting                                                                                                                                                                                | 36 |
| 5.2.4              | Member check                                                                                                                                                                                  | 37 |
| 5.2.5              | Triple check                                                                                                                                                                                  | 38 |
| 5.2.6              | Algemene discussiepunten                                                                                                                                                                      | 40 |
| 5.3                | Het vermelden waard                                                                                                                                                                           | 41 |
| <b>Hoofdstuk 6</b> | <b>Definitieve vraagstelling Medicatieveiligheid afdeling Ouderenzorg 1</b>                                                                                                                   |    |
| 6.1                | Probleemanalyse volgens het visgraatdiagram                                                                                                                                                   | 42 |
| 6.2                | Beschrijving visgraatdiagram-analyse                                                                                                                                                          | 43 |
| 6.3                | Definitieve vraagstelling                                                                                                                                                                     | 46 |
| 6.4                | Deelvragen bij de vraagstelling                                                                                                                                                               | 46 |
| <b>Hoofdstuk 7</b> | <b>Beantwoording deelvragen</b>                                                                                                                                                               |    |
| 7.1                | Welke medicatie toedieningsvormen zijn er en hoe dienen deze volgens richtlijnen op microniveau worden gehanteerd?                                                                            | 47 |
| 7.1.1              | Toedieninggerelateerde aspecten van orale medicatie                                                                                                                                           | 48 |
| 7.1.2              | Het malen van medicatie                                                                                                                                                                       | 51 |
| 7.2                | Welke wettelijke kaders zijn relevant voor de patiënten op afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatietoediening?                                                                  | 53 |
| 7.2.1              | Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)                                                                                                                                             | 53 |
| 7.2.2              | Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)                                                                                                                                  | 54 |
| 7.3                | Welke (wettelijke) kaders zijn relevant voor de verpleegkundigen van afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatietoediening?                                                        | 55 |
| 7.3.1              | Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)                                                                                                                                             | 55 |
| 7.3.2              | Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)                                                                                                                                            | 55 |
| 7.3.3              | Beroepscode voor verpleegkundigen                                                                                                                                                             | 57 |
| 7.4                | Wat is nodig om de deskundigheid van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1 te bevorderen en hen bewust te maken van hun verpleegkundig handelen bij het toedienen van medicatie? | 58 |
| 7.4.1              | Scholing                                                                                                                                                                                      | 58 |
| 7.4.2              | Intervisie                                                                                                                                                                                    | 60 |
| 7.4.3              | Verpleegkundig werkoverleg                                                                                                                                                                    | 61 |
| 7.4.4              | Vakliteratuur                                                                                                                                                                                 | 61 |
| 7.4.5              | Verbetertrajecten                                                                                                                                                                             | 61 |
| 7.4.6              | Landelijke protocollen en richtlijnen                                                                                                                                                         | 61 |
| 7.4.7              | Kwaliteitsregister                                                                                                                                                                            | 61 |
| 7.4.8              | Schematische en visuele hulpmiddelen                                                                                                                                                          | 62 |
| 7.4.9              | Niet-storen-hesjes                                                                                                                                                                            | 63 |
| 7.4.10             | Medicijnkar                                                                                                                                                                                   | 63 |

|                       |                                                                              |    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 8</b>    | <b>Conclusies en aanbevelingen</b>                                           | 64 |
| 8.1                   | Proces van medicatietoediening                                               | 64 |
| 8.2                   | Overige aspecten van het medicatieproces                                     |    |
| 8.2.1                 | Proces van medicatie voorschrijven                                           | 65 |
| 8.2.2                 | Proces van medicatielevering                                                 | 66 |
| 8.2.3                 | Proces van medicatie uitzetten                                               | 67 |
| 8.2.4                 | Scholing en deskundigheidsbevordering met betrekking tot het medicatieproces | 68 |
| 8.2.5                 | Veilig Incidenten Melden (VIM) en het medicatieproces                        | 69 |
| 8.2.6                 | Beleid en verantwoordelijkheden in het medicatieproces                       | 70 |
| 8.2.7                 | Veiligheid en controle in het medicatieproces                                | 71 |
| 8.3                   | Strength Weakness Opportunities Threats (SWOT)-analyse                       | 73 |
| 8.4                   | Antwoord op de vraagstelling                                                 | 74 |
| <b>DEEL II</b>        | <b>Implementatiefase</b>                                                     |    |
| <b>Inleiding</b>      |                                                                              | 01 |
| <b>Hoofdstuk 1</b>    | <b>Aanbevolen verbeterpunten voor implementatie</b>                          |    |
| 1.1                   | Scholingstraject voor medicatietoediening                                    | 03 |
| 1.1.1                 | Voorstel voor een scholingstraject                                           | 04 |
| 1.2                   | Stroomschema voor medicatietoediening                                        | 06 |
| 1.2.1                 | Voorstel voor een stroomschema                                               | 07 |
| <b>Hoofdstuk 2</b>    | <b>Segmentatie van de doelgroep</b>                                          |    |
| 2.1                   | Segmentatie van de doelgroep                                                 | 09 |
| 2.1.1                 | Segmentatie van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1           | 10 |
| <b>Hoofdstuk 3</b>    | <b>Implementatieplan</b>                                                     |    |
| 3.1                   | Implementatiefasen volgens model van Grol en Wensing                         | 12 |
| 3.2                   | Deming-cirkel en Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus                             | 12 |
| 3.3                   | Oriëntatiefase                                                               | 13 |
| 3.4                   | Inzichtsfasen                                                                | 14 |
| 3.5                   | Acceptatiefase                                                               | 15 |
| 3.6                   | Veranderingsfasen                                                            | 16 |
| 3.7                   | Behoud van verandering                                                       | 18 |
| 3.8                   | Schema implementatieplan                                                     | 20 |
| <b>Hoofdstuk 4</b>    | <b>Evaluatie implementatie</b>                                               |    |
| 4.1                   | Klinische les                                                                | 21 |
| 4.1.1                 | Evaluatie klinische les                                                      | 22 |
| 4.2                   | Resultaten onderzoeken implementatie                                         | 23 |
| 4.2.1                 | Vragenlijst-verpleegkundigen                                                 | 23 |
| 4.2.2                 | Geeltjesmeting                                                               | 24 |
| 4.2.3                 | Turflijst en evaluatieformulier stroomschema                                 | 26 |
| 4.3                   | Samenvatting resultaten onderzoeken                                          | 27 |
| <b>Hoofdstuk 5</b>    | <b>Conclusie project Medicatieveiligheid</b>                                 | 28 |
| <b>Begrippenlijst</b> |                                                                              | 30 |
| <b>Bronvermelding</b> |                                                                              | 31 |

**Bijlagen**

Voor de in dit projectverslag genoemde schriftelijke bijlagen, wordt u verwezen naar het apart bijgeleverde bijlagen document.

*“Medicatieveiligheid staat de laatste jaren erg in de belangstelling. In het medicatieproces kan veel fout gaan - of bijna fout gaan. Meestal gebeurt dat tijdens het voorschrijven van medicijnen en tijdens het toedienen” (Veilige Zorg, ieders zorg, 2010).*

*“Uit studie blijkt dat er in Nederland per jaar 16.000, mogelijk vermijdbare, acute ziekenhuisopnames zijn die te maken hebben met geneesmiddelen” (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010).*

*“Elk jaar komen er zelfs 1.250 mensen door om het leven. Een van de grootste problemen is dat de kans op fouten en de gevolgen ervan worden onderschat” (Veilige Zorg, ieders zorg, 2010).*

*Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2010, blijkt dat er binnen de psychiatrie ook veel medicatiefouten op de werkvloer worden gemaakt...*

In het kader van het afronden van de studie Hoger Beroeps Onderwijs-Verpleegkunde (HBO-V), hebben vier studenten het onderwerp Medicatieveiligheid als afstudeeronderwerp gekozen.

Deze afstudeergroep bestaat uit vier verpleegkundigen niveau 4, werkzaam op verschillende afdelingen van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss. De leden van de afstudeergroep volgen een branchegericht HBO-V traject waarin wordt samengewerkt tussen de GGZ Oost Brabant en de Fontys Hogeschool te Eindhoven. Het traject staat bekend onder de naam ‘Van 4 naar 5’.

Het onderwerp Medicatieveiligheid is geopperd door de teamleider van afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss. De afstudeergroep is gevraagd om de medicatieveiligheid op deze afdeling in kaart te brengen, aanbevelingen voor verbeteringen te doen en deze zo mogelijk te implementeren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Nederland hebben het onderwerp Patiëntenveiligheid hoog op de agenda staan. Patiëntenveiligheid betekent dat de patiënt geen kans loopt om onbedoeld schade op te lopen wanneer de patiënt zorg krijgt in, of door, een zorginstelling (IGZ, 2010). Eén aspect van patiëntenveiligheid is Medicatieveiligheid.

De IGZ hanteert de volgende definitie van medicatieveiligheid:

*“Alle activiteiten die zijn gericht op het juist voorschrijven en afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen” (IGZ, 2010).*

De definitie voor medicatiefouten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is:

*“Elke fout in het proces van voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen ongeacht of hierbij schade is opgetreden” (IGZ, 2010).*

Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2010 blijkt, dat er binnen de psychiatrie veel medicatiefouten worden gemaakt. In het rapport worden aanbevelingen gedaan en de Inspectie verwacht dat die aanbevelingen door alle GGZ organisaties ter harte worden genomen. Zo is wettelijk vastgelegd dat begin 2012 geen papieren recepten meer uitgeschreven mogen worden, maar dat deze digitaal verwerkt moeten gaan worden. Doel is om de medicatieveiligheid te verbeteren.

Het onderwerp Medicatieveiligheid staat binnen de GGZ Oost Brabant prominent op de kaart. Het wordt ook vermeld in het jaarplan 2010-2011 van de zorggroep Kortdurende Geestelijke Gezondheidszorg (KGGZ) van de GGZ Oost Brabant.

De leden van de afstudeergroep, die allen als verpleegkundigen niveau 4 in de dagelijkse verpleegkundige praktijk werkzaam zijn, zien bijna dagelijks fouten met betrekking tot medicatie in allerlei aspecten voorbij komen. Het is een breed en actueel onderwerp waar elke verpleegkundige dagelijks mee te maken heeft en van invloed is op de directe dagelijkse patiëntenzorg.

De afstudeergroep heeft voor het uitvoeren en implementeren van het project, gekozen voor afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss. Dit is een opname afdeling voor ouderen met een Organisch Psycho Syndroom (OPS). De reden van de keuze voor Ouderenzorg 1 is dat hier veel

verschillende medicatie wordt verstrekt, zowel psychofarmaca als medicatie voor somatische aandoeningen. Daarnaast heeft afdeling Ouderenzorg 1 de verantwoordelijkheid voor de noodkast en de opiatenkast voor de klinische afdelingen van de Regio Oss.

Ter voorbereiding op dit project en voor verdieping in het onderwerp Medicatieveiligheid heeft de projectgroep op 10 februari 2011 een symposium Medicatieveiligheid bijgewoond, georganiseerd door de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Daarnaast heeft de projectgroep ook een werkbezoek gebracht aan de aan GGZ Oost Brabant verbonden apotheek ZALV (Ziekenhuis Apotheek en Laboratorium Venray) te Venray.

Dit projectverslag bestaat uit twee delen, Deel I en Deel II.

Deel I beschrijft de oriëntatie- en onderzoeksfase. Hierbij staat de volgende vraagstelling centraal: *Kan de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, door het verpleegkundig team verbeterd worden ten aanzien van het toedienen van medicatie en zo ja, op welke wijze?*

De hoofdstukken in Deel I zijn als volgt opgebouwd:

In Hoofdstuk 1 wordt voor een eerste oriëntatie op het onderwerp, een voorlopige vraagstelling, de doelstelling van het project en voorlopige deelvragen beschreven.

In Hoofdstuk 2, 3 en 4 worden de voorlopige deelvragen beantwoord op micro-, meso- en macro-niveau.

Hoofdstuk 5 beschrijft de onderzoeksfase met de toegepaste onderzoeksmethodes en onderzoeksresultaten.

In Hoofdstuk 6 wordt vervolgens een verdere probleemanalyse beschreven aan de hand van een visgraatdiagram. Vervolgens worden door de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken de definitieve vraagstelling en deelvragen vastgesteld.

In Hoofdstuk 7 worden de deelvragen beantwoord.

In Hoofdstuk 8 worden ter afsluiting van de oriëntatie- en onderzoeksfase conclusies en aanbevelingen gedaan. De huidige situatie wordt in een Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT)-analyse geplaatst. Daarna wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en worden verbeterpunten voor implementatie voorgesteld.

Deel II beschrijft de implementatiefase en heeft een aparte inleiding en inhoudsopgave.

De eindconclusie van het project Medicatieveiligheid wordt beschreven in hoofdstuk 5 van Deel II.

De bijlagen waarnaar in dit projectverslag verwezen wordt, zijn terug te vinden in een apart aangeleverd bijlagendocument.

## **DEEL I Oriëntatie- en Onderzoeksfase**

## **1. VOORLOPIGE PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING VAN HET PROJECT**

### **1.1 Voorlopige vraagstelling**

#### *Probleemveld*

Het Inspectierapport ‘Medicatieveiligheid in de langdurige zorg’ (IGZ, 2010) riep bij de teamleider van afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss en bij de HBO-V afstudeergroep de vraag op, hoe het binnen Ouderenzorg 1 met de medicatieveiligheid gesteld is.

Op basis van praktijkervaring had de projectgroep het idee dat de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 voor verbetering vatbaar zou kunnen zijn ten opzichte van de conclusie en aanbevelingen uit het Inspectierapport.

Dit riep vragen op zoals:

- Verloopt het medicatieproces op Ouderenzorg 1 op dit moment wel op juiste wijze?
- Lopen patiënten en verpleegkundigen in de huidige werkwijze wellicht risico's?
- Zijn er op het gebied van medicatieveiligheid verbeteringen mogelijk? En zo ja, op welke wijze?

#### *Voorlopige vraagstelling*

Is de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss voor verbetering vatbaar en zo ja, op welke wijze?

### **1.2 Voorlopige wenselijke situatie**

De Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 is voldoende geborgd.

### **1.3 Doelstelling van de projectgroep**

De projectgroep heeft een vierledige doelstelling:

- Er is inzicht in de huidige situatie ten aanzien van medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1.
- Het is duidelijk of de huidige situatie voor verbetering vatbaar is.
- Indien nodig worden aanbevelingen gedaan voor kwaliteitsverbetering.
- Op 1 november 2011 is tenminste één van die aanbevelingen geïmplementeerd.

Producten die door dit project mogelijk tot stand kunnen komen zijn:

- Een protocol dat alle aspecten van de medicatietoediening, zoals het proces van uitzetten, toedienen en controleren van medicatie-inname, beschrijft en waarborgt.
- Een farmaceutische handleiding die alle onderdelen van het medicatieproces waarborgt, zoals bijvoorbeeld een fotoboekje met de meest voorkomende medicatie op Ouderenzorg 1 met de belangrijkste (bij-) werkingen.
- Een presentatie van de projectgroep voor het team Ouderenzorg 1.
- Expertise bieden aan andere afdelingen als men daar een project Medicatieveiligheid wil gaan invoeren.

### **1.4 Deelvragen bij de voorlopige vraagstelling**

- Hoe is de medicatieveiligheid geregeld op afdeling Ouderenzorg 1 (microniveau)?
- Hoe is de medicatieveiligheid geregeld binnen de GGZ Oost Brabant (mesoniveau)?
- Hoe is de medicatieveiligheid geregeld op landelijk niveau (macroniveau)?

Er is gekozen voor een onderverdeling in micro-, meso- en macroniveau om inzicht te krijgen in hoe deze verschillende niveaus in elkaar samen grijpen en elkaar beïnvloeden. Ook in de in dit project uit te voeren onderzoeken zullen aspecten van het medicatieproces op deze niveaus aan de orde komen. Zo hoopt de projectgroep zicht te krijgen in, of en hoe de huidige situatie op micro- en mesoniveau kan worden beïnvloed door de wenselijke situatie op macroniveau.

## 2. VOORLOPIGE DEELVRAAG 1: MEDICATIEVEILIGHEID OP MICRONIVEAU

*In dit hoofdstuk wordt op microniveau de huidige situatie van het medicatieproces beschreven zoals dat op dit moment op afdeling Ouderenzorg 1 plaats vindt. Onder microniveau wordt de zorg op afdelingsniveau verstaan. Dit proces wordt beschreven van het moment van opname tot het moment van ontslag van de patiënt. Dit gebeurt aan de hand van de ervaringen van het, op afdeling Ouderenzorg 1 als verpleegkundige werkzame, lid van de HBO-V afstudeergroep.*

*NB: De patiënten van afdeling Ouderenzorg 1 worden in verband met hun cognitieve achteruitgang vertegenwoordigd door een eerste contact persoon of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is vaak een familielid of een andere naastbetrokkene. Dit is ook degene met wie het verpleegkundig- en behandelteam het contact onderhoudt en informatie uitwisselt.*

*Voor de leesbaarheid van dit verslag is ervoor gekozen om steeds de term patiënt te hanteren. Echter moet dit gelezen worden als 'de patiënt en/of diens naaste'.*

### 2.1 Huidige situatie Ouderenzorg 1

Afdeling Ouderenzorg 1 is een opnameafdeling met 11 bedden voor oudere patiënten (vanaf 60 jaar) die valt onder de zorggroep Kortdurende Geestelijke Gezondheidszorg (KGGZ) van de GGZ Oost Brabant.

Op deze afdeling worden patiënten opgenomen met diverse vormen van organisch psycho-syndromen (OPS) zoals: dementie of delier, vaak gepaard gaand met een agressie regulatiestoornis of een stemmingsstoornis. Daarnaast is er veelal ook sprake van somatische problematiek.

Het team van Ouderenzorg 1 bestaat uit:

- Klinisch geriater (hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor de algehele medische patiëntenzorg).
- Arts-assistent (geriater in opleiding en verantwoordelijk voor de dagelijkse medische patiëntenzorg).
- Co-assistent.
- Teamleider.
- Verpleegkundig team:
  - één verpleegkundige niveau 5
  - negen verpleegkundigen niveau 4, waaronder twee vaste nachtdiensten
  - één leerling verpleegkundige, beroepsbegeleidende leerweg (BBL) niveau 4.
  - één verzorgende niveau 3
  - één verzorgingsassistente niveau 2
- Een activiteitenbegeleidster.
- Twee keukenassistenten.

Het team bestaat ruim drie jaar in de huidige samenstelling. Het is een enthousiast team dat over het algemeen openstaat voor veranderingen mits goed onderbouwd.

### 2.2 Beschrijving van het medicatieproces op Ouderenzorg 1

#### 2.2.1 Het proces van medicatie voorschrijven en levering

Tijdens het opnamegesprek, dat de patiënt en diens naaste hebben met de arts, wordt de medicatie die de patiënt thuis gebruikte, besproken. De patiënt brengt deze medicatie vaak mee met daarbij een handgeschreven lijst. In sommige gevallen heeft men een lijst van de apotheek bij zich of een medicatieoverzicht van de huisarts. Het kan ook zijn dat de patiënt van thuis de medicatie meebrengt

in een baxterrol (medicatierol). Bij opname blijkt vaak dat de medicatie die de patiënt in werkelijkheid gebruikt niet helemaal klopt met wat er op het door de patiënt meegebrachte apotheek-medicijn doosje staat. Soms wordt er bijvoorbeeld een tablet weggelaten of juist extra ingenomen. Daarnaast wordt er ook wel eens gebruik gemaakt van huismiddeltjes die niet op recept zijn voorgeschreven en waarvan de inname door de patiënt niet bekend is bij huisarts of apotheek.

Wanneer een patiënt wordt opgenomen vanuit een andere verpleegsetting is er altijd een medische overdracht van de verwijzend arts met een actuele medicatieoverdracht.

De arts schrijft de medicatie met de pen voor op een medicatie-opdrachtformulier. Dit wordt voorzien van de datum van schrijven van het formulier, de naam en paraaf van de voorschrijver, de naam, geboortedatum en locatie van de patiënt, de naam van het medicijn, de datum waarop de medicatie moet worden gestart en eventueel de datum waarop de medicatie moet worden beëindigd, de dosering en toedieningsvorm, de frequentie van toediening en het tijdstip van toediening. De voorgeschreven medicatie wordt door de voorschrijver de ene keer met de stofnaam en een andere keer met de merknaam voorgeschreven.

De toedieningsvorm is standaard een hele tablet per os, tenzij er door de arts anders wordt voorgeschreven.

Wanneer de voorgeschreven medicatie niet op de afdeling voorradig is, wordt tot het moment dat de medicatie is verstrekt door de apotheek, Ziekenhuis Apotheek en Laboratorium Venray (ZALV), de medicatie gebruikt die de patiënt zelf meebrengt. Daarna wordt deze retour gegeven aan de eerste contactpersoon van de patiënt.

Tijdens het opnamegesprek wordt aan de patiënt gevraagd of deze een toestemmingsformulier wil tekenen voor het opvragen van de medische gegevens van de patiënt bij de huisarts, waaronder ook informatie over het medicijngebruik van de patiënt. Daarnaast worden aan de patiënt vragen gesteld over diens somatische conditie. Er wordt door de arts niet automatisch een koppeling gemaakt bij eventuele problemen bij medicatie-inname, zoals slikproblemen. Er wordt dan niet automatisch gekeken naar alternatieve toedieningsvormen. Eventuele alternatieve toedieningsvormen zoals het malen van medicatie, wordt niet besproken met de patiënt en wordt niet opgenomen in het behandelplan.

De bij opname door de arts voorgeschreven medicatie wordt door de apotheek tot een overzicht verwerkt en geprint op een medicatiedeellijst. Wanneer de medicatie tijdens de opname gewijzigd wordt, dan gebeurt dat op de medicatiedeellijst. Bij het starten van een nieuw middel wordt de naam van het medicijn, de dosering en de frequentie van inname vermeld, voorzien van de startdatum en de paraaf van de voorschrijvende arts. Wanneer de medicatie door de arts gestopt wordt, gebeurt dat door het zetten van een paraaf en de stopdatum. In het proces van voorschrijven komt het op Ouderenzorg 1 wel eens voor dat de arts bij het starten van een nieuw middel vergeet om het tijdstip te vermelden of dat de dosering niet klopt. De verpleegkundige die dit signaleert overlegt dan met de arts wat juist is.

Alle medicatieopdrachten worden door een verpleegkundige gefaxt naar de apotheek. Indien de opdrachten voor 12.00 uur gefaxt worden, worden ze dezelfde dag nog verwerkt en wordt de medicatie via een bode aan het einde van de middag afgeleverd. Indien de opdrachten na 12.00 uur worden gefaxt wordt de medicatie pas de volgende dag geleverd. Wanneer er bij een patiënt veel medicatieveranderingen tegelijk plaatsvinden en dit dezelfde dag niet door de apotheek verwerkt wordt, levert dit vaak fouten op bij het uitzetten omdat de medicatiedeellijst dan onoverzichtelijk wordt (zie bijlage 1).

Indien de arts het noodzakelijk acht dat na 12 uur medicatie dezelfde dag nog gestart moet worden, dan wordt deze per taxi vanuit Venray geleverd.

Voor de medicatiebestelling hanteert de apotheek een tweeledig systeem. Hierbij staat de op een afdeling meest voorgeschreven medicatie op een aparte lijst en wordt aangeduid als 'voorraad'

medicatie. Deze medicatie moet altijd in de medicijnkast aanwezig zijn. De overige medicatie wordt op naam van de patiënt besteld en geleverd. Wanneer deze medicatie door de arts wordt gestopt, gaat deze in een afsluitbare plastic bak retour naar de apotheek.

De medicatie wordt aangeleverd in doosjes van 50 stuks.

De medicatie wordt voor het transport in afsluitbare plastic medicijnbakken door de apotheek verpakt en wordt dan door een bode vanuit Venray naar de GGZ Oost Brabant, Regio Oss vervoerd. Deze bakken worden bij de receptie afgeleverd waar ze onder toezicht van de receptioniste blijven staan totdat transport naar de afdeling plaats vindt. De receptioniste informeert de verschillende afdelingen dat de medicatie is geleverd. De receptie is een niet af te sluiten ruimte. Wanneer de receptioniste haar plaats verlaat, is er geen toezicht op de bakken.

De bakken worden door een verpleegkundige bij de receptie opgehaald. De verpleegkundige van de avonddienst gecontroleerd de levering en de nieuwe deellijsten en zet de medicatie in de medicijnkast. De medicijnkast staat in de medicijnkamer. De medicijnkamer grenst aan het verpleegkundig kantoor en is door middel van een schuifdeur af te sluiten.

De medicijnkast is te onoverzichtelijk en te klein om alle medicatie die op Ouderenzorg 1 gebruikt wordt op een overzichtelijke manier te plaatsen. Bovenin de kast staat de op de afdeling meest voorgeschreven medicatie, de voorraadmedicatie. De doosjes staan op alfabetische volgorde in de kast. Deze medicatie is niet op naam van de patiënt gesteld. Op de middelste planken staat de medicatie die op naam van de patiënt wordt geleverd. Deze medicatie staat alfabetisch op naam van de patiënt opgesteld.

De handgeschreven medicatie-opdrachtformulieren en de gewijzigde deellijsten, gaan in een afsluitbare plasticbak of per post naar de apotheek. Afspraak is dat dit pas gebeurt wanneer de nieuwe medicatiedeellijsten zijn geleverd op de afdeling. Deze afspraak wordt niet altijd nageleefd.

### **2.2.2 Het proces van medicatie uitzetten**

De medicatie wordt door de nachtdienst uitgezet. Het tijdstip waarop dit gebeurt wordt door de nachtdienst zelf bepaald. De medicatie wordt aan de hand van de medicatiedeellijst uitgezet in een dag dosette per patiënt en deze dosette wordt dan op een medicijnblad gezet. De medicatie wordt steeds voor twee dagen uitgezet. Voor elke dag op een verschillend medicijnblad. Er zijn dus steeds twee medicijnbladen in omloop.

De nachtdienst kan tijdens het uitzetten van de medicatie worden gestoord door een alarm van een andere afdeling, door een patiëntenoproep of een andere calamiteit.

De nachtdienst is weinig betrokken bij het dagelijkse medicatieproces en de dagelijkse patiëntenzorg op de afdeling, omdat er wordt gewerkt met een vaste nachtdienst die dus overdag niet aanwezig is. Er wordt geen paraaf gezet door degene die de medicatie uitzet.

### **2.2.3 Het proces van medicatie toediening**

De medicatie wordt overdag door meerdere verpleegkundigen verstrekt. Er is per dienst geen verpleegkundige die specifiek verantwoordelijk is voor het medicatieproces: het nakijken gebeurt door een verpleegkundige van de vroege dienst, het toedienen gebeurt door meerdere verpleegkundigen, het faxen van medicatieopdrachten gebeurt door de verpleegkundige die deze dag overleg heeft gehad met de artsen of door de verzorgingsassistent.

Tijdens het toedienen van de medicatie kan de verpleegkundige gestoord worden door bijvoorbeeld een zusteroproep of door derden.

De verpleegkundige die om 7.30 uur begint (vroege dienst) controleert de medicatie van 8.00 uur en van 12.00 uur, haalt de medicatie van 8.00 uur en 12.00 uur uit de verpakking en zet een paraaf op de deellijst. In het werkoverleg is ooit afgesproken dat degene die de medicatie heeft nagekeken ook de medicatie toedient, maar in de praktijk blijkt dat de medicatie meestal aan de patiënt wordt verstrekt door de verpleegkundige die de patiënt 's ochtends heeft verzorgd. Deze verstrekt dus de medicatie die

is nagekeken en uitgedrukt door een andere verpleegkundige, zonder na te gaan of deze medicatie wel klopt.

Aan het begin van de late dienst (15.00) uur controleert een verpleegkundige van die dienst de medicatie van 18.00 uur en 22.00 uur, haalt deze uit de verpakking en zet hiervoor een paraaf. De toediening aan de patiënt gebeurt in de avonden vaak wel door de verpleegkundige die de medicatie heeft gecontroleerd en uitgedrukt. Dit komt omdat in de late dienst vaak gewerkt wordt met een anders opgeleide of een invalskracht, die geen medicatie mag verstrekken.

Bij de meeste patiënten wordt bij het verstrekken van de medicatie door de verpleegkundige niet verteld om welk medicijn het gaat.

De meeste patiënten nemen de medicatie oraal in met water. Indien een patiënt de medicatie niet inneemt omdat de patiënt deze weigert, ermee smokkelt of slikproblemen heeft wordt er door de verpleegkundigen individueel of onderling afgesproken dat de medicatie gemalen moet worden. Dit gaat dan meestal niet in overleg met patiënt, arts of apotheek. In deze oorzaken van medicatie weigering wordt door de verpleegkundigen geen onderscheid gemaakt. Soms wordt het wel gemeld aan de arts, met de directe vraag van de verpleging of de medicatie omgezet kan worden naar een andere toedieningsvorm.

De medicatie wordt in een medicijncupje bij elkaar gemalen en gegeven met appelmoes of een toetje. Wanneer de verpleegkundige het vermoeden heeft dat de patiënt de medicatie niet daadwerkelijk inneemt wordt er op de medicijndosette een melding van gemaakt 'let op inname medicatie' en wordt aan de patiënt om een mondinspectie gevraagd. Indien de patiënt de medicatie weigert of uitbraakt wordt dit meestal geel gearceerd in de medicijnklapper. Soms wordt dit dezelfde dienst nog aan de arts medegedeeld en anders de volgende ochtend. Er is geen periodiek overzicht van de niet door de patiënt ingenomen medicatie.

Op Ouderenzorg 1 is veel polyfarmacie (gebruik van vijf of meer medicijnen door één patiënt). Deze medicijnen worden bij elkaar gemalen. Hierbij wordt niet gekeken of deze medicijnen wel bij elkaar gegeven mogen worden.

Soms wordt de medicatie in de ochtend later gegeven dan staat voorgeschreven. De afspraak is dat de verpleegkundige die de medicatie nakijkt deze ook vóór 09.00 uur aan de patiënt verstrekt. Maar het komt voor dat de patiënt later uit bed is en dus ook later de medicatie toegediend krijgt. Soms ligt een medicijnbakje onbeheerd op het kantoor tot het moment van toediening.

Het komt voor dat anders opgeleiden (keukenassistente, activiteitenbegeleidster en verzorgingsassistente) gevraagd wordt om op te letten of de patiënt de medicatie inneemt omdat het te lang duurt voordat de patiënt het heeft opgedronken.

Wanneer een patiënt insuline toegediend krijgt wordt dit door één en dezelfde verpleegkundige klaargemaakt en toegediend. Er vindt hierop geen controle plaats door een andere verpleegkundige. De toediening wordt door de uitvoerend verpleegkundige op de medicatiedeellijst vermeld en afgetekend. Bij insuline afhankelijke patiënten wordt door de arts een bijspuitschema opgesteld waarin wordt vermeld hoe de verpleegkundige moet handelen bij afwijkingen in de glucosespiegel.

Het team van Ouderenzorg 1 is ook verantwoordelijk voor de medicatienoodkast waar alle klinische afdelingen van de Regio Oss gebruik van kunnen maken. In de noodkast zijn met name antibiotica en intramusculaire toedieningsvormen van medicatie aanwezig. Verder hangt op Ouderenzorg 1 het sleuteltje en de aftekenlijst van de opiatenkast. De opiatenkast waarvan er op de locatie Oss ook maar één is, bevindt zich in een ruimte buiten afdeling Ouderenzorg 1, namelijk in het nachtdienstlokaal.

#### **2.2.4 Medicatieoverdracht in het medicatieproces**

Wanneer een patiënt naar een algemeen ziekenhuis gaat voor onderzoek of opname, krijgt deze altijd een overzicht van de actuele medicatie mee. Hiervoor wordt meestal een kopie van de actuele medicatiedeellijst meegegeven.

Bij ontslag of overplaatsing naar een andere verpleegsetting krijgt de patiënt van de verpleegkundige medicatie mee voor drie dagen en een kopie van de medicatiedeellijst. De arts zorgt voor een medische overdracht, met vermelding van de actuele medicatie, en voor medicijnrecepten.

### **2.2.5 De patiënt en het medicatieproces**

Zoals eerder vermeld is de patiënt door het psychiatrische ziektebeeld vaak niet goed in staat om informatie te verwerken. Dit heeft consequenties voor het medicatieproces. Zo zal de patiënt nog meer afhankelijk zijn van een correcte toediening van de medicatie door de verpleegkundige omdat de patiënt zelf niet meer in staat is dit te doen of te controleren. In dit proces speelt de naaste van de patiënt als vertegenwoordiger van de patiënt een grote rol. Zo zal, wanneer de patiënt dit zelf niet kan, informatie over de medicatie via de naaste van de patiënt verkregen of gegeven moeten worden. Tijdens het opnamegesprek bespreekt de arts het medicatiegebruik van de patiënt en benoemt waar de medicatie voor gebruikt wordt. Ook geeft de arts tijdens het opnamegesprek aan of en hoe de medicatie die de patiënt vóór opname gebruikte eventueel gewijzigd wordt tijdens de opname. De patiënt en/of diens naaste worden door de arts of een verpleegkundige op de hoogte gebracht van een medicatiewijziging. De afspraak is dat de arts de patiënt en/of diens naaste op de hoogte brengt van medicatiewijziging maar in de praktijk komt het voor dat dit door een verpleegkundige gebeurt. Men wordt daarbij bijvoorbeeld ook geïnformeerd over bijwerkingen. Er wordt aangegeven dat wanneer de naaste behoefte heeft aan meer informatie, men telefonisch contact op kan nemen met de arts of dat de arts hen belt om de vragen omtrent medicatie te beantwoorden.

### **2.2.6 Scholing en deskundigheidsbevordering met betrekking tot het medicatieproces**

De verpleegkundigen op Ouderenzorg 1 krijgen geen bijscholing over medicatie. De verpleegkundigen worden niet getoetst of zij de meest voorkomende medicatie kennen en herkennen en wat de bijwerkingen zijn. De verzorgende niveau 3 heeft geen autorisatiecursus (waarbij lager opgeleide zich bekwamen in het toedienen van medicatie) gehad en krijgt ook geen bijscholing, maar deelt wel medicatie uit. Er wordt niet getoetst of de wat lastiger toedieningsvormen (inhalatoren, insulinepenningen) gebruikt worden volgens de laatste richtlijnen. Leerling-verpleegkundigen niveau 4 en 5 worden in het theoretische gedeelte van hun opleidingen geschoold in farmaceutische basiskennis. Tijdens de stages bekwaamt de leerling zich in dit onderwerp middels een leerdoel. De leerling mag dan onder begeleiding medicatie uitzetten en toedienen. Wanneer dit leerdoel door de werkbegeleider als voldoende is beoordeeld en de leerling voelt zich hiervoor bekwaam, mag de leerling deze handeling zelfstandig uitvoeren.

Sporadisch vinden er op Ouderenzorg 1 klinische lessen of themabesprekingen met betrekking tot het onderwerp Medicatieveiligheid plaats.

Tijdens het maandelijks werkoverleg op Ouderenzorg 1 staat het medicatieproces of de medicatieveiligheid niet standaard op de agenda.

Bij een intervisie is het onderwerp Medicatieveiligheid nog nooit aan bod gekomen.

Er is weinig vakliteratuur over medicatie op Ouderenzorg 1 aanwezig. Wel is er een farmaceutisch kompas aanwezig.

### **2.2.7 Veilig Incidenten Melden (VIM) en het medicatieproces**

Voor eventuele medicatie incidenten, zoals voorschrijffouten en uitzetfouten wordt geen VIM gedaan. Alleen wanneer een patiënt verkeerde medicatie krijgt toegediend wordt dit gemeld aan de arts, de patiënt en/of diens naaste en wordt er gerapporteerd aan de VIM-commissie. Terugkoppeling van een melding door de VIM-commissie vindt niet plaats naar de desbetreffende verpleegkundige maar naar de betreffende teamleider. Deze bespreekt de melding vervolgens met de betreffende verpleegkundige. Eventuele VIM met betrekking tot medicatie worden niet standaard besproken in het verpleegkundig werkoverleg van Ouderenzorg 1. Wel worden tijdens het wekelijkse Multi Disciplinaire Overleg

(MDO), waarbij een verpleegkundige, het behandelteam en de teamleider aanwezig zijn, alle VIM van de afgelopen week besproken.

### **2.2.8 Beleid en verantwoordelijkheden in het medicatieproces**

De GGZ Oost Brabant werkt samen met apotheek ZALV. Op het intranet van de GGZ Oost Brabant staat een link van ZALV waarop de richtlijnen omtrent medicatie staan. Deze zijn toegankelijk voor de verpleegkundigen, maar hiervan wordt in de praktijk door de verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 nauwelijks gebruik gemaakt.

Op Ouderenzorg 1 is geen schriftelijke werkinstructie over het medicatieproces van de afdeling voorhanden.

### **2.2.9 Veiligheid en controle in het medicatieproces**

Er is een dagelijkse briefing van verpleegkundige en arts waarin eventuele opmerkingen of onduidelijkheden omtrent de medicatie besproken kunnen worden.

De apotheker, de geriater en een verpleegkundige hebben elke twee maanden een geneesmiddelenoverleg. Dit wordt gedaan tijdens het medisch verpleegkundig overleg (MVO). Hier wordt het medicatiegebruik van elke patiënt afzonderlijk besproken en wordt ook gekeken naar polyfarmacie en de eventuele gevolgen hiervan.

Op Ouderenzorg 1 is één verpleegkundige als contactpersoon voor ZALV aangesteld. Deze verpleegkundige heeft als taak om het medicatieproces op afdelingsniveau te bewaken en te controleren. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de medicijnkast op orde wordt gehouden en de bestelling voor de noodkast wordt gedaan. Ook heeft deze verpleegkundige twee keer per jaar overleg met de apothekersassistente van ZALV om te kijken hoe alles verloopt en of er wijzigingen nodig zijn.

### 3. VOORLOPIGE DEELVRAAG 2: MEDICATIEVEILIGHEID OP MESONIVEAU

*Onder mesoniveau wordt de zorg op instellingsniveau verstaan. Dit hoofdstuk beschrijft hoe het onderwerp Medicatieveiligheid in de huidige situatie door de GGZ Oost Brabant wordt vormgegeven en welke partners hierbij betrokken zijn.*

#### 3.1 GGZ Oost Brabant

Het onderwerp Medicatieveiligheid staat binnen de GGZ Oost Brabant prominent op de kaart. Het wordt vermeld in het jaarplan 2010-2011 van de zorggroep Kortdurende Geestelijke Gezondheidszorg (KGGZ) van de GGZ Oost Brabant, waar het is ondergebracht in de ambitie ‘Veilige Zorg’ (zie bijlage 2).

Andere ambities en doelen uit dit jaarplan die direct of indirect met dit onderwerp te maken hebben zijn het leveren van kwaliteit van zorg en het nastreven van professioneel en kwalitatief goed personeel. Hiervoor heeft de GGZ Oost Brabant een opleidingsplan en een opleidingsbudget.

De afdeling Informatie en Communicatie Technologie (ICT) van de GGZ Oost Brabant is bezig met het introduceren van een Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS). Dit omdat tijdens het congres ‘Medicatieveiligheid en ICT’ in september 2010 door Inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg dhr. G. van der Wal aangekondigd is dat alle voorschrijvers van geneesmiddelen vóór 1 januari 2012 gebruik moeten maken van een elektronisch voorschrijfsysteem. “Het is zeer risicovol om een geneesmiddel voor te schrijven zonder hulp van een geautomatiseerd systeem, dat direct de interacties met andere geneesmiddelen en mogelijke overgevoeligheidsreacties signaleert. Dat is onnodig gevaarlijk en niet langer verantwoord. Daarom gaat de Inspectie vanaf 1 januari 2012 handhaven” (IGZ, 2011).

Het EVS is een deelproject van het interne elektronisch patiënten dossier (EPD), dat binnen de GGZ Oost Brabant momenteel wordt geïmplementeerd. Het EVS maakt het mogelijk om medicatiegegevens uit te gaan wisselen met externe partijen, zoals apotheek ZALV en de stadsapotheek.

Wanneer het EVS van start gaat zullen ook de aan VIM gedane medicatie foutmeldingen automatisch bij ZALV terecht komen.

In het jaarplan 2010-2011 van de kliniek Ouderenzorg, Regio Oss staat, aanvullend op de pijlers uit het eerder genoemde jaarplan KGGZ 2010-2011, beschreven dat er meer aandacht moet zijn voor de somatische toestand van de patiënt. Als actie hierbij wordt gerichte psychofarmacacontrole voor de patiënt genoemd (zie bijlage 3).

Het Bureau Kwaliteitszorg van de GGZ Oost Brabant is ook bezig met het onderwerp Medicatieveiligheid. Vanuit het landelijk project Medicatieveiligheid van ‘Zorg voor Beter’ (voor beschrijving zie macroniveau, hoofdstuk 4), heeft Bureau Kwaliteitszorg een eigen project Medicatieveiligheid ontwikkeld en geïmplementeerd op een viertal afdelingen van de GGZ Oost Brabant.

Binnen de GGZ Oost Brabant is een Geneesmiddelencommissie ingesteld door de Raad van Bestuur. Deze commissie heeft als doel om gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen aan de Raad van Bestuur over farmacotherapeutische zorg in het algemeen (zowel klinisch als ambulant) en het formularium-beleid en de protocollering van de medisch-farmaceutische zorg in het bijzonder. De Geneesmiddelencommissie valt rechtstreeks onder de Raad van bestuur en bestaat uit twee onderdelen:

1. Geneesmiddelencommissie Farmacotherapiebeleid. In deze commissie hebben minimaal zitting:
  - een psychiater per zorggroep, waarbij aandacht is voor zowel klinische als ambulante zorg
  - tenminste twee apothekers van ZALV
  - tenminste een eerste geneeskundige
  - een medewerker van Bureau Kwaliteitszorg.
2. Geneesmiddelencommissie Distributie. In deze commissie hebben minimaal zitting:
  - tenminste een verpleegkundig teamleider
  - tenminste een zorgmanager van de GGZ Oost Brabant
  - tenminste een medewerker van Bureau Kwaliteitszorg
  - tenminste een apotheker van ZALV
  - een eerste geneeskundige.

Sinds juni 2011 is er binnen de GGZ Oost Brabant de commissie Farmadistributie.

Deze commissie heeft als taak het bewaken en bevorderen van de farmaceutische zorg en medicatieveiligheid in het algemeen en de farmaceutische distributie in het bijzonder; met name ten aanzien van alle aspecten van distributie, opslag, medicatiecontrole en verstrekking van medicatie voor de GGZ Oost Brabant.

De commissie valt onder de gedelegeerde verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. (Kennisbank, 2do 4you, GGZ Oost Brabant, 2011).

### 3.2 Apotheek ZALV

ZALV staat voor Ziekenhuis Apotheek en Laboratorium Venray. ZALV is een ISO-gecertificeerde zelfstandige onderneming die landelijk opereert en integrale farmaceutische zorg levert aan instellingen voor gezondheidszorg. De GGZ Oost Brabant is een van die instellingen. ISO staat voor 'International Standardization Organization'. ISO-normen zijn normen voor kwaliteitssystemen, product-, materiaal- en constructienormeringen als ook methodieken om efficiency en transparantie in bedrijfsprocessen te creëren. (Isoregister, 2011). Een onderdeel van ISO is bijvoorbeeld dat een medewerker van ZALV contactpersoon is voor de instelling en twee keer per jaar de medicijnkast en het medicatieproces op de afdeling controleert en doorspreekt met de contactpersoon van Ouderenzorg 1. Zo nodig worden zaken bijgesteld.

Door apotheek ZALV is het protocol 'Farmaceutische Dienstverlening' opgesteld. Hierin staan alle richtlijnen van de door ZALV geboden dienstverlening aan instellingen beschreven. Enkele van de beschreven richtlijnen in dit protocol zijn bijv. de richtlijn voor medicatietoediening en de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. In de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' wordt de procedure met betrekking tot medicatie beschreven bij het ontvangen of verwijzen van een patiënt van of naar een andere instelling, of bij ontslag. Doel hiervan is om medicatiefouten bij de overdracht van medicatiegegevens te voorkomen en de patiëntveiligheid te vergroten.

Via het intranet van de GGZ Oost Brabant is het mogelijk om door te linken naar de site van ZALV. Op deze site staat het protocol 'Farmaceutische Dienstverlening' en formulieren die gerelateerd zijn aan medicatie, zoals een 'zo nodig' medicatieformulier dat uitgeprint kan worden en waarop door verpleegkundigen genoteerd kan worden wanneer er zo nodig medicatie aan een patiënt is verstrekt. Door deze lijst ontstaat er een overzicht over de door de patiënt ingenomen zo nodig medicatie. Een ander formulier is het 'incidenten melding formulier' dat uitgeprint kan worden en waarop, bijvoorbeeld door een verpleegkundige, een door ZALV gemaakte leveringsfout aan hen gemeld kan worden.

### 3.3 Veilig Incidenten Melden (VIM)

Veilig Incidenten Melden (VIM) is een methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces. Met 'veilig' worden verschillende gebieden van veiligheid in de zorg bedoeld zoals bijvoorbeeld voedselveiligheid, veiligheid rondom valincidenten en medicatieveiligheid. Daarnaast moet deze benadering een cultuur voorkomen waarbij ongewenste uitkomsten aan een enkele persoon worden toegeschreven, een zogenaamde 'blaming'-cultuur.

Het is niet alleen nodig om te identificeren wat er is gebeurd en hoe het is gebeurd, maar ook om te achterhalen waarom het is gebeurd en hoe het komt dat het veiligheidsmechanisme niet heeft kunnen voorkomen dat incidenten zijn opgetreden. Alleen als duidelijk is waarom een incident is ontstaan, kunnen effectieve maatregelen genomen worden die voorkomen dat in de toekomst nog een keer een dergelijk incident zal plaatsvinden (VSM zorg, 2007).

Een onderdeel van VIM zijn de MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg) en MIM (meldingen incidenten medewerkers). Bij een MIP of MIM worden formulieren ingevuld door werknemers om een incident te melden welke zich heeft voorgedaan binnen de GGZ Oost Brabant. Met een incident wordt bedoeld 'een gebeurtenis al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten, die geleid heeft of kan leiden tot schade of een aannemelijke kans op schade aan de geestelijke of lichamelijke gezondheid van een patiënt' en/of medewerker. Door het invullen en elektronisch versturen van dit formulier wordt een melding officieel gemaakt. Bij het elektronisch melden via het MIP/MIM-formulier wordt er automatisch een kopie van de melding verstuurd naar de teamleider van de melder. De melding gaat vervolgens naar de VIM-commissie die deze beoordeelt en analyseert. Het is de bedoeling dat de afdeling na het incident zelf verbeteracties onderneemt. De teamleider is verantwoordelijk voor het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen of de bestaande situatie te verbeteren.

Naar aanleiding van gemelde incidenten of structurele tekortkomingen in de behandeling of zorg aan patiënten brengt de VIM-commissie advies uit aan de Raad van Bestuur. Hiertoe worden gemelde incidenten onderzocht en geanalyseerd. Het advies is van technische, personele of organisatorische aard. De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid op het gebied van veiligheid voor patiënten en personeel. Het is de taak van de Raad van Bestuur dat de benodigde middelen aanwezig zijn om, indien gewenst, een nieuwe werkwijze te realiseren. Elk kwartaal wordt er door de Raad van Bestuur een publicatie uitgegeven van alle VIM (Bureau Kwaliteitszorg, GGZ Oost Brabant, 2008).

De GGZ Oost Brabant heeft het HKZ-certificaat, dat de kwaliteit van de geleverde zorg bewijst en waarborgt. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector en voldoet aan de internationale ISO-9001 normen. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (Overheid, 2011) verplicht instellingen om 'verantwoorde zorg' te leveren. Het HKZ zorgt ervoor dat kwaliteit genormeerd en toetsbaar wordt. Het HKZ stelt kwaliteits- en veiligheidsnormen op voor ruim 30 branches in Zorg en Welzijn. Aan deze normen is het HKZ-keurmerk verbonden. Een organisatie met dit keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de klant principieel centraal en werkt voortdurend aan verbetering van de zorg- en dienstverlening. Na de initiële certificatie wordt de organisatie jaarlijks getoetst oftewel geaudit. Daarbij moet de organisatie aantonen dat het kwaliteitsmanagementsysteem onderhouden en verbeterd wordt. Na drie jaar vindt hercertificatie plaats (HKZ, 2010).

De Raad van Bestuur stelt het jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording op dat binnen de GGZ Oost Brabant gepubliceerd wordt en ook aan de HKZ wordt aangeboden. De VIM beslaat hierin één hoofdstuk.

Het jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording wordt ook in HKZ audits meegenomen (Intranet GGZ Oost Brabant, 2011).

### **3.4 Regiegroep Veiligheid**

Begin 2011 is binnen de GGZ Oost Brabant de Regiegroep Veiligheid opgezet. Deze geeft sturing aan projecten die met veiligheid te maken hebben. Ook het onderdeel medicatieveiligheid heeft de aandacht van de Regiegroep. De voorzitter van de Raad van Bestuur is tevens de voorzitter van de Regiegroep.

*Onder macroniveau wordt de zorg op landelijk niveau verstaan. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe op landelijk niveau aandacht wordt besteed aan het onderwerp Medicatieveiligheid. Hierin komt de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Inspectierapport 'Medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis' uitgebreid aan bod. Ook worden verschillende landelijke organisaties besproken waaronder GGZ Nederland en worden de rechten van de patiënt ten aanzien van medicatieveiligheid besproken. Het macroniveau kan worden beschouwd als de wenselijke situatie.*

#### **4.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt onder meer toezicht op het goed en veilig toepassen van geneesmiddelen bij een ziekte of aandoening. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van normen voor medicatieveiligheid ligt - binnen de kaders die de wet stelt - bij zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. Deze moeten samen uitmaken wat verantwoorde zorg is. De Inspectie houdt toezicht op dit proces. De Inspectie doet dit door middel van: indicatoren, thematisch onderzoek gericht op medicatieveiligheid en toezichtbezoeken bij apotheken en fabrikanten waar geneesmiddelen worden gemaakt.

Hoge prioriteit geeft de Inspectie aan calamiteiten en voorvallen wanneer iets mis gegaan is. Dat is niet alleen om de oorzaak te achterhalen, maar ook om lessen voor de toekomst te leren. Als deze belangrijk zijn stuurt de Inspectie die boodschap uit in de vorm van een circulaire (nieuwsbrief). De normen voor medicatieveiligheid die de Inspectie hanteert worden door het veld of door de Inspectie samen met het veld ontwikkeld (IGZ, 2010).

Aan de hand van verschillende rapporten die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg de laatste jaren zijn uitgebracht, wordt beleid gemaakt. Enkele projecten die hieruit voortgekomen zijn:

- ZonMw heeft in de afgelopen jaren 22 projecten over Medicatieveiligheid gefinancierd. Het gaat om zeer verschillende initiatieven: om onderzoek, het ontwikkelen van instrumenten en het verbeteren van de praktijk (ZonMw, 2011).
- Op initiatief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelden 19 veldpartijen, zoals GGZ Nederland, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) en andere brancheorganisaties, een richtlijn 'Overdracht van Medicatiegegevens in de keten' op. De Inspectie gaat vanaf 1 januari 2011 de naleving van deze richtlijn toetsen en handhaven. Doel van de richtlijn is het voorkomen van fouten bij de overdracht van medicatiegegevens en het vergroten van de patiëntveiligheid doordat zorgprofessionals elkaar op tijd en goed informeren. Basis van de richtlijn is dat er altijd een actueel medicatieoverzicht van de patiënt beschikbaar is en dat dit overzicht meeverhuist naar de volgende zorgverlener van deze patiënt (IGZ, 2011).
- Vanaf 1 januari 2012 mogen artsen alleen nog maar elektronisch recepten uitschrijven, het levert teveel risico's op om medicijnen voor te schrijven met een handgeschreven recept (IGZ, 2011).

Een doelstelling van de IGZ in 2010 was dat de patiëntveiligheid binnen de GGZ hoge prioriteit zou krijgen en verbeterd werd, dat de transparantie over de zorgresultaten aanzienlijk was vergroot, dat de meest kwetsbare groepen in de belangstelling van GGZ-instellingen en professionals stonden en dat er expliciet aandacht was voor de verantwoorde toepassing van dwang en drang in de GGZ. Hierop hield de IGZ thematisch toezicht. Thematisch toezicht is gericht op instellingsoverstijgende onderwerpen. Het doel van een thematisch onderzoek is landelijk inzicht te krijgen in zaken als: de effecten van overheidsbeleid, specifieke knelpunten in de zorg, (structurele) tekortkomingen in de zorg, traceren van dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Thematische onderzoeken leiden meestal tot verbeteringen in de onderzochte instellingen. Ook komen er vaak landelijke aanbevelingen uit voort die weer leiden tot nieuwe veld- en/of beroepsnormen. De Inspectie legt de bevindingen en resultaten van het thematisch toezicht vast in rapporten die via de website worden gepubliceerd (Veilige Zorg, ieders zorg, 2010).

Het thematisch toezicht op de GGZ was in 2010 onder andere gericht op medicatieveiligheid: “In 2010 doet de IGZ een vooronderzoek naar medicatieveiligheid in de GGZ. In 2011 bezoekt de Inspectie vervolgens 50 GGZ-instellingen en verslavingszorginstellingen om te bekijken wat de belangrijkste risicofactoren en knelpunten in de medicatieketen zijn. De Inspectie zal aangeven welke interventies nodig zijn om het aantal fouten te verminderen. Op deze wijze wil de Inspectie een forse reductie van het aantal medicatiefouten bereiken” (Veilige Zorg, ieders zorg, 2010).

#### **4.1.1 Richtlijnen Inspectierapport medicatie in de langdurige zorg en zorg thuis**

In 2009 startte de IGZ met thematische toezicht op de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis. De directe aanleiding hiervoor werd gevormd door een studie naar medicatieveiligheid uit 2006, Hospital Admissions Related to Medication (HARM), gepubliceerd door het Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Uit deze studie blijkt dat er in Nederland per jaar 16.000, mogelijk vermijdbare, acute ziekenhuisopnames zijn die te maken hebben met geneesmiddelen. Een groot deel van de in deze studie beschreven risicofactoren voor ziekenhuisopnames worden aangetroffen bij ouderen en gehandicapten die zorg krijgen in een instelling of thuis. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft zich hier met het thematisch toezicht medicatieveiligheid een actueel beeld van willen vormen. Door te rapporteren over dit toezicht en de bijbehorende handhaving wil de Inspectie ook bewerkstelligen dat het aantal medicatiefouten binnen de zorg vermindert waardoor de veiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis verbetert (IGZ, 2010).

Om de medicatieveiligheid nog verder te verhogen nam de Inspectie enkele jaren geleden onder meer het initiatief tot de conceptrichtlijn ‘Overdracht van medicatiegegevens’. Met het voorliggende onderzoek naar de medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis combineert de Inspectie de aandacht voor patiëntveiligheid met aandacht voor kwetsbare groepen (IGZ, 2010).

De Inspectie concludeert in het rapport dat op de volgende punten belangrijke verbeteringen zijn door te voeren, waardoor de medicatieveiligheid verbetert.

- Een actueel medicatieoverzicht per patiënt.
- Opslag en toegankelijkheid van geneesmiddelen.
- Uitvoeren van medicatiebeoordeling per patiënt.
- Proces en controle bij uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Instellen van een geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.
- Jaarlijkse medicatiebeoordeling.
- (Bij)scholing over geneesmiddelen.
- Kennis bij medewerkers over uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Bevoegdheid en bekwaamheid voor voorbehouden en risicovolle handelingen (IGZ, 2010).

De Inspectie trekt als belangrijkste conclusie dat de medicatieveiligheid in instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis fors kan verbeteren als:

- Zorginstellingen de vele goede veldnormen die beroeps- en brancheorganisaties opstellen naleven en in hun kwaliteits- en veiligheidssysteem borgen.
- Er duidelijke veldnormen beschikbaar komen over het benodigde deskundigheidsniveau en over periodieke (bij)scholing voor het verantwoord kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Zorginstellingen met huisartsen en apothekers schriftelijke afspraken maken over samenwerking rond farmaceutische zorg voor de patiënt (IGZ, 2010).

#### **4.2 Landelijke organisaties**

Op landelijk niveau zijn verschillende organisaties bezig met het onderwerp Medicatieveiligheid, die alle ook weer samenwerken. Dit zijn onder andere:

##### *Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR)*

In 2006 is de Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR) ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA). De CMR is het landelijk meldpunt voor medicatie-incidenten van vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen. Zorgverleners kunnen incidenten die zijn opgetreden in het proces van voorschrijven, bereiden, afleveren en toedienen van geneesmiddelen anoniem melden aan deze databank. Het doel van de CMR is zorgaanbieders te ondersteunen bij het verminderen van risico's in het medicatieproces. Door medicatiegerelateerde incidenten niet alleen intern maar ook landelijk te registreren, worden grotere aantallen meldingen verkregen. Door deze meldingen op uniforme wijze te classificeren wordt inzicht verkregen in de wijze waarop medicatiefouten ontstaan en hoe deze leiden tot schade aan de patiënt (Medicatieveiligheid. Info, 2006).

##### *Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)*

Het Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) heeft in 2008 in opdracht van de V&VN de landelijke instructie 'Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie' ontwikkeld. De instructie is bedoeld voor verpleeg- en verzorgingshuizen. ZonMw heeft de ontwikkeling van die instructie gesubsidieerd. In hoofdstuk 7.1.2 wordt verder op deze richtlijn ingegaan.

Het LEVV is per 01-01-2011 opgegaan in V&VN. De website is in 2011 nog toegankelijk (LEV, 2011).

##### *Lareb*

In het kader van de Geneesmiddelenwet zijn artsen en apothekers verplicht om ernstige bijwerkingen te melden aan het Nederlands Bijwerkingen Centrum, Lareb. De Geneesmiddelenwet regelt in Nederland zaken rondom de productie, de handel, het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen. De wet bevat ook voorschriften om een veilig gebruik van geneesmiddelen te stimuleren. De Geneesmiddelenwet vervangt de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) uit 1963 (Overheid.nl, 2007).

Lareb verzamelt en analyseert meldingen van bijwerkingen die door zorgverleners, patiënten en registratiehouders worden doorgegeven. Per jaar ontvangt Lareb ruim 6000 meldingen. De gegevens uit de meldingen worden bij Lareb opgeslagen. Lareb doet vervolgonderzoek met deze gegevens. Zo wordt de melding bijvoorbeeld vergeleken met eerdere meldingen, niet alleen in Nederland, maar ook in Europa en wereldwijd. Als een bepaalde combinatie tussen klacht en geneesmiddel opvallend vaak voorkomt, informeert Lareb het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), dat op haar beurt actie kan ondernemen. In twintig procent van de meldingen gaat het om ernstige bijwerkingen.

Dit houdt in dat er bijvoorbeeld sprake is van een ziekenhuisopname, blijvende invaliditeit of aangeboren afwijkingen (Lareb, 2011).

#### *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport (VWS)*

Het ministerie van VWS stimuleert mensen tot gezond gedrag zoals meer bewegen en niet roken. Mensen die problemen hebben met hun gezondheid moeten tijdig een beroep kunnen doen op de huisarts, het ziekenhuis of andere vormen van gezondheidszorg. Zij zijn daarvoor verplicht verzekerd en hebben dus recht op zorg. Samen met ziektekostenverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties zorgt het ministerie van VWS dat er genoeg voorzieningen zijn en dat mensen voldoende keuzemogelijkheid hebben (Rijksoverheid, 2011). Het ministerie van VWS verleent ook subsidies aan projecten aangaande medicatieveiligheid. Deze subsidieaanvragen gaan via ZonMw (ZonMw, 2011).

#### *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)*

V&VN staat voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het is een beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden die zich inzet voor excellente zorgverlening, beroepsinhoudelijke belangenbehartiging van beroepsbeoefenaren en verankering van de stem van de beroepsbeoefenaren op alle niveaus in de zorg (V&VN, 2007).

#### *Vilans*

Vilans is een onafhankelijk kenniscentrum voor langdurende zorg. Vilans is er voor de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, de zorg voor chronisch zieken en de thuiszorg. Samen met professionals uit het veld wordt praktijkgerichte kennis ontwikkeld die de langdurende zorg helpt verbeteren. Vilans helpt ontdekken waar blijvende verbeteringen in de langdurende zorg mogelijk zijn. Daarbij staat altijd de behoefte van mensen met een beperking voorop. Vilans helpt organisaties ook om deze verbeteringen toe te passen. Vilans doet dit door het aan instellingen aanbieden van producten, diensten en trainingen. Een voorbeeld hiervan is het in opdracht van 'Zorg voor Beter' door Vilans ontwikkelde verbetertraject Medicatieveiligheid (Vilans, 2011).

#### *ZonMw*

ZonMw is een Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

ZonMw is in 2001 ontstaan uit een samenvoeging van ZON (Zorg Onderzoek Nederland) en het gebied MW (Medische Wetenschappen) van NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek).

ZonMw stimuleert en financiert gezondheidsonderzoek en stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis om daarmee zorg en gezondheid te verbeteren. ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). In de visie van ZonMw zijn twee dingen nodig om zorg en gezondheid te verbeteren: kennis en het daadwerkelijk gebruiken van die kennis. ZonMw stimuleert met allerlei subsidieprogramma's de totale innovatiecyclus, van fundamenteel onderzoek tot implementatie van nieuwe behandelingen, preventieve interventies of verbeteringen in de structuur van de gezondheidszorg. Bij de selectie van subsidievoorstellen zoekt ZonMw altijd vernieuwing in combinatie met kwaliteit (ZonMw, 2011).

#### *Zorg voor Beter*

Zorg voor Beter is een initiatief van het ministerie van VWS, in samenspraak met de brancheorganisaties, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties. ZonMw heeft de regie. Samen werken al deze organisaties aan een betere zorg via verbetertrajecten, innovaties en het ontwikkelen en toepassen van normen en indicatoren voor verantwoorde zorg. 'Zorg voor Beter' biedt handige methodieken, goede voorbeelden en advies van experts. Leren van elkaar staat centraal. De 'Zorg voor

Beter' verbetertrajecten helpen instellingen bij het geven van de best mogelijke zorg aan hun patiënten. Instellingen in de langdurende zorg kunnen via de verbetertrajecten zelf aan de slag om veelvoorkomende problemen in de zorg op te lossen (Zorg voor Beter, 2009).

#### **4.3 Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ)**

Door GGZ Nederland zijn een aantal initiatieven ontplooid om medicatieveiligheid verder vorm te geven bijvoorbeeld binnen het programma 'Veilige Zorg, ieders zorg'. Dit programma is onderdeel van het Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011. In dit programma wordt een verbetertraject Medicatieveiligheid aangeboden aan GGZ-instellingen. GGZ Nederland werkt in dit verbetertraject samen met Vilans. Vilans heeft veel expertise opgebouwd in het implementeren van verbeteringen in de langdurende zorg met verbetertrajecten in het kader van 'Zorg voor Beter'. Het verbetertraject Medicatieveiligheid is een succesvol traject dat aantoonbaar heeft geleid tot minder medicatie incidenten bij de deelnemende instellingen. De verbetermethode is gestructureerd en resultaatgericht. Een belangrijk resultaat van eerdere verbetertrajecten Medicatieveiligheid is de bewustwording van medewerkers van hun eigen verantwoordelijkheid en de medicatieveiligheid van patiënten. Een beperkt aantal pilotafdelingen binnen GGZ-instellingen heeft deelgenomen aan verbetertrajecten Medicatieveiligheid, die Vilans in opdracht van ZonMw heeft uitgevoerd.

Daarnaast is er aansluiting gezocht en gevonden bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) voor het centraal melden en registreren van incidenten in de GGZ rondom medicatie, het Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR).

Een andere ontwikkeling is de concept richtlijn 'Medicatieoverdracht'. Het medicatieproces in de psychiatrie kent vele risicomomenten, in het bijzonder op het gebied van overdrachtssituaties. Een goede medicatieoverdracht tussen en binnen organisaties is een voorwaarde voor medicatieveiligheid voor patiënten (Veilige Zorg, ieders zorg, 2011).

#### **4.4 VIM: landelijke ontwikkelingen**

In januari 2008 hebben een aantal koepelorganisaties waaronder de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), V&VN en LEVV een nationaal patiënten veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen gestart, 'Voorkom schade; werk veilig', met als doelstelling een reductie van onbedoelde schade voor de patiënt met 50 procent in 5 jaar, dat wil zeggen eind 2012. Deze reductie moet onder andere bereikt worden door implementatie van een veiligheid-managementsysteem (VMS). Een VMS omvat een systematische inventarisatie en beheersing van de veiligheidsrisico's voor de patiënt. Het VMS voorziet daarnaast in incidentenanalyses en het biedt een managementsysteem om te monitoren en verbeteracties te plannen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet vanuit haar toezichthoudende taak toe op de implementatie van het VMS in alle ziekenhuizen en de voortgang hiervan (IGZ, 2009).

Onderdeel van het VMS is de ontwikkeling van het Veilig Incidenten Melden (VIM) -systeem. GGZ Nederland heeft het veilig incidenten melden en het neerzetten van een digitaal systeem om veilig incidenten te melden (VIM) opgenomen in het patiënten veiligheidsprogramma GGZ 2008-2011: Veilige Zorg, ieders zorg. Dankzij subsidie van VWS kan GGZ Nederland GGZ-instellingen een stimuleringsbijdrage aanbieden voor de aanschaf en implementatie van een digitaal VIM-systeem (GGZ Nederland, 2010).

#### **4.5 De rechten van de patiënt met betrekking tot medicatieveiligheid**

Bij het onderwerp Medicatieveiligheid mag een beschrijving van de wetgeving en daaruit voortvloeiende patiëntenrechten en -plichten ten aanzien van medicatieveiligheid niet ontbreken.

##### *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)*

De rechten en plichten van patiënten en hulpverleners (bijvoorbeeld een huisarts, tandarts of specialist) zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In de WGBO staan allerlei rechten en plichten die bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen zorgaanbieder en zorgvrager horen (Rijksoverheid, 2011).

##### *Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)*

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) bepaalt onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen of behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis (Rijksoverheid, 2010).

##### *Wetsvoorstel Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg*

De Wet BOPZ zal over enige tijd vervangen worden door de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. De nieuwe wet wil gedwongen behandeling van mensen met psychische problemen minder ingrijpend maken. Een belangrijk verschil is dat verplichte zorg straks ook buiten een instelling opgelegd kan worden (Rijksoverheid, 2010).

##### *Wetsvoorstel Patiëntenrechten Zorg (WCZ)*

Door de regels uit bestaande wetten samen te voegen tot één nieuwe wet wordt de rechtspositie van patiënten versterkt en verduidelijkt. Met de Wet Patiëntenrechten Zorg (WCZ) kan een patiënt straks makkelijker kiezen voor een zorgaanbieder die het beste bij zijn of haar zorgvraag past. De WCZ regelt ook de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders op het gebied van de kwaliteit van zorg (Rijksoverheid, 2011).

##### *Recht op autonomie, zelfbeschikkingsrecht*

Het recht op autonomie is het recht of de mogelijkheid van een mens of patiënt om zelf te bepalen wat er met hem/haar gebeurt.

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft in maart 2007 het recht op persoonlijke autonomie erkend. Autonomie en zelfbeschikking zijn volgens het Hof belangrijke aspecten van het privéleven van personen, meer in het bijzonder met betrekking tot hun fysieke en sociale identiteit en vormen ten aanzien van de gezondheidszorg de grondslag om een medische behandeling te weigeren (Hendricks et al., 2008).

De op de individuele zelfbeschikking gebaseerde Nederlandse patiëntenrechten gaan ervan uit dat iedere patiënt voor zichzelf bepaalt welke zorg bij hem/haar past. Deze keuzevrijheid houdt ook in dat zorg mag worden geweigerd, dat mag worden gekozen voor alternatieve zorg en dat (reguliere) gezondheidsadviezen mogen worden genegeerd (Verbogt & Meersbergen, 1992).

*In dit hoofdstuk wordt het onderzoek naar Medicatieveiligheid beschreven, zoals dat door de projectgroep Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 is uitgevoerd.*

*Er zijn vijf onderzoeksmethodes toegepast. Deze worden in de onderstaande onderzoeksbeschrijving uitgewerkt. Daarna worden de resultaten beschreven.*

Voor de start van het onderzoek is door de projectgroep een PowerPoint presentatie gegeven aan het team van Ouderenzorg 1 (zie bijlage 4). In deze PowerPoint presentatie is uitgelegd wat het project Medicatieveiligheid inhoudt, wat het doel is, welke onderzoeksmethodes worden toegepast en wat er van het team verwacht wordt.

### **Beschrijving van de termen die gebruikt worden in de onderzoeksmethodes**

- *Kwantitatief onderzoek* biedt cijfermatig inzicht en geeft veelal antwoorden op vragen die in termen van hoeveelheid kunnen worden uitgedrukt. De resultaten van een kwantitatief onderzoek worden doorgaans weergegeven in tabellen, grafieken en percentages.
- *Kwalitatief onderzoek* is gericht op het verkrijgen van informatie over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom.
- *Validiteit* of geldigheid is de mate waarin een test meet wat het zou moeten meten. Bij het onderzoeken van de validiteit wordt gekeken naar de mate waarin de resultaten van een test en het te meten verschijnsel met elkaar overeenkomen.
- *Betrouwbaarheid* betreft het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek. Het gaat om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de wijze van werken en heeft betrekking op de consequentheid en de nauwkeurigheid van metingen.
- *Een member check* is het voorleggen van de onderzoeksresultaten aan enkele respondenten. Een member check is gericht op het verkrijgen van informatie over wát er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom.
- *Een triple check* wordt ook wel een dubbelcheck genoemd. Een triple check wordt gebruikt om tegenstrijdige uitkomsten duidelijk te krijgen.
- *Een gesloten vraag* is een vraag die alleen met Ja of Nee of Geen idee beantwoord kan worden.

### **5.1 Toegepaste onderzoeksmethodes**

Om de huidige situatie ten aanzien van medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 te analyseren en in kaart te brengen, heeft de projectgroep gedurende de analysefase gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes te weten:

1. Vragenlijst-verpleegkundigen.
2. Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon.
3. Geeltjesmeting.
4. Member check.
5. Triple check.

Deze worden hierna verder uitgewerkt.

### 5.1.1 Vragenlijst-verpleegkundigen

De vragenlijst is bedoeld voor het in kaart brengen van de verbeterpunten in het medicatieproces. Door deze analyse wordt snel en op een makkelijke manier het medicatie proces aan de landelijke normen getoetst (Zorg voor Beter, 2009).

De projectgroep Medicatieveiligheid heeft gebruik gemaakt van een vragenlijst die gemaakt is door 'Zorg voor Beter'. Deze vragenlijst wordt landelijk gebruikt bij het in kaart brengen van verbeterpunten in het medicatieproces (zie bijlage 5.A).

Deze gesloten vragenlijst is een kwantitatief onderzoek.

De betrouwbaarheid van de onderzoeksmethode is vergroot doordat de vragenlijst die gebruikt wordt, is opgesteld door de organisatie 'Zorg voor Beter'.

Deze vragenlijst is een nulmeting en geeft de stand van zaken weer over het onderwerp Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1, bij de start van het project in februari 2011.

Door antwoord te geven op 'Ja/Nee/Geen idee' wordt stap voor stap het medicatieproces doorlopen.

De projectgroep heeft deze vragenlijst verder toegespitst op de situatie van Ouderzorg 1. De term arts is in de vragenlijst gewijzigd in geriater, doch wordt in dit projectverslag de term arts gehanteerd.

De vragenlijst is ingevuld door het verpleegkundig team (10 personen), een geriater, een arts-assistent, een coassistent en twee teamleiders. Een verpleegkundige van de nachtdienst heeft slechts zeven vragen ingevuld.

Met het woord respondenten worden de verpleegkundigen, geriater, arts-assistent en coassistent bedoeld.

De gegevens van de vragenlijst zijn in kaart gebracht en verwerkt. Door alle antwoorden van de respondenten naast elkaar te leggen is een beeld ontstaan hoe de respondenten denken over medicatieveiligheid.

#### *Voordelen van een vragenlijst:*

- Bereik van een grote doelgroep.
- Makkelijker om vragen te beantwoorden.
- Lange vragenlijst is mogelijk.
- Het resultaat zegt iets over de mate (percentages) waarin iets voorkomt in de doelgroep (Rijksoverheid, 2011).
- De manier van vragen is sterk gestandaardiseerd waardoor meer eenduidige antwoorden worden verkregen (Rijksoverheid, 2011).

#### *Nadelen van een vragenlijst:*

- Onduidelijke instructie.
- Doorverwijzingen naar vragen moeten eenvoudig zijn.
- Respondent kan vragenlijst in een andere volgorde invullen dan de onderzoeker beoogt.
- De respondent kan zijn verhaal niet vrij vertellen; de antwoorden zijn grotendeels voorgeprogrammeerd (Rijksoverheid, 2011).
- Geen mogelijkheid om dieper op het onderwerp in te gaan buiten de vragenlijst.
- Doorgaans is slechts ruimte voor een paar 'open' vragen (Rijksoverheid, 2011).

De projectgroep Medicatieveiligheid heeft onderaan de vragenlijst een open vraag gesteld aan de respondent, wat de respondent graag verbeterd zou willen zien in het huidige medicatieproces op Ouderenzorg 1. De reden voor het toevoegen van de open vraag is om het team bij het project Medicatieveiligheid te betrekken en eventuele in de open vraag vermelde wensen of ideeën te inventariseren. Deze wensen en ideeën worden na vraag 5.9 benoemd.

### 5.1.2 Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van de direct betrokkenen van de patiënten van Ouderenzorg 1 over de medicatie verstrekking, werd naar de eerste contactpersoon een vragenlijst toegezonden (zie bijlage 6.A).

Deze vragenlijst is tot stand gekomen door, uit de vragenlijst die aan de respondenten is voorgelegd, vragen te halen die relevant waren voor de patiënt en/of diens naaste. De vragen zijn aangepast op enkele woorden, zodat het voor de eerste contactpersoon makkelijker leesbaar en begrijpbaar was. Bij de toegezonden vragenlijst zat een begeleidende brief. Hierin werd vermeld dat, indien de eerste contactpersoon dit wenste, deze vragenlijst anoniem ingevuld mocht worden (zie bijlage 6.B).

De vragenlijst is verzonden aan negen contactpersonen en zes hiervan hebben de vragenlijst ingevuld geretourneerd.

Om een goed beeld te vormen van de huidige situatie van het medicatieproces op Ouderenzorg 1 is de ervaring van de patiënt en/of diens naaste belangrijk.

*Voordelen van een vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon:*

- Inzicht krijgen hoe de patiënt/eerste contactpersoon denkt over de medicatieveiligheid.
- De eerste contactpersoon kan de vragen anoniem beantwoorden.

*Nadelen van een vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon:*

- Onduidelijke instructie, de vragen zijn door de projectgroep niet duidelijk beschreven.
- Worden open vragen en antwoorden gegeven door de eerste contactpersoon, die door de leden van de projectgroep niet begrepen kunnen worden.

### 5.1.3 Geeltjesmeting

De geeltjesmeting wordt door 'Zorg voor Beter' als volgt beschreven:

De geeltjesmeting is een toegankelijke methode om medicatiefouten inzichtelijk te maken. Gedurende twee weken worden alle fouten en bijna-fouten geregistreerd door geeltjes (zelfklevende memoblaadjes) op een speciale poster te plakken, anoniem met een korte beschrijving van het (bijna)incident. Hierdoor wordt direct zichtbaar waar het mis gaat of had kunnen gaan. Bij de geeltjes meting behoort een werkinstructie (Zorg voor Beter, 2009).

De geeltjesmeting is een kwantitatief onderzoek. De methode wordt gebruikt als een nulmeting. Het verpleegkundig team plakt gedurende 14 dagen 'post it' memoblaadjes op een poster wanneer een medicatiefout wordt geconstateerd. De geeltjes worden geplakt op een speciale poster die in de medicijnkamer van Ouderenzorg 1 hangt. De poster is gemaakt door leden van de projectgroep Medicatieveiligheid (zie bijlage 7.A).

Bij het verzamelen van de gegevens door middel van de geeltjesmeting is de daarbij behorende werkinstructie onderverdeeld in drie categorieën namelijk:

1. Pil: hieronder wordt verstaan: over- of onderdosering, onjuiste toediening, polyfarmacie, bijwerkingen, interactie tussen medicatie en contra-indicatie.
2. Proces: hieronder wordt verstaan: voorschrijffouten, toedienfouten, doseerfouten, therapeutische fouten, afleverfouten.
3. Patiënt: hieronder wordt verstaan: medicatie geweigerd, uitgespuugd, verkeerd ingenomen, niet ingenomen en verkeerde hoeveelheid ingenomen.

Om het team te herinneren aan de meting en te stimuleren tot het plakken van de geeltjes, zijn op Ouderenzorg 1 'reminder posters' (zie bijlage 7.B) en een duidelijke werkinstructie (zie bijlage 7.C) opgehangen.

De leden van de projectgroep hebben gedurende de meting regelmatig op Ouderenzorg 1 bezocht om te inventariseren of de meting volgens de werkinstructie verliep en om vragen te beantwoorden.

#### *Voordelen van een geeltjesmeting:*

- Makkelijk uit te voeren.
- Lage kosten, alleen aanschaf geeltjes.
- Levert diverse aangrijpingspunten voor verbeteracties op het terrein van medicatieveiligheid.
- De verbetermogelijkheid is introduceerbaar op een andere afdeling.
- De methode is gemakkelijk overdraagbaar naar collega's en andere afdelingen.

#### *Nadelen van een geeltjesmeting:*

- Bewustwording dat men iets fout doet, dit kan stress opleveren bij verpleegkundige.
- Werkdruk verhoging, door het invullen van de geeltjes.
- Vergeet het omdat het nieuw is, het zit niet verweven in de werkwijze van de verpleegkundige.

### **5.1.4 Member check**

Een member check is een onderzoeksmethode, waarbij gegevens en interpretaties worden voorgelegd aan betrokkenen op het verkrijgen van informatie over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom.

Na het invullen van de vragenlijst en de geeltjesmeting is een member check toegepast om de betrouwbaarheid van de voorgaande onderzoeken te vergroten.

Uit de resultaten van de vragenlijst en geeltjesmeting kwamen tegenstrijdigheden naar voren. Om de validiteit en betrouwbaarheid van deze onderzoeken te vergroten, is gekozen voor een member check. De resultaten van dit onderzoek zijn op geluidsband opgenomen en uitgeschreven (zie bijlage 8).

De projectgroep heeft tijdens deze member check de globale uitslagen van de vragenlijst en de geeltjesmeting besproken met vijf leden van het verpleegkundig team en de teamleider van Ouderenzorg 1. De reden dat er vijf verpleegkundigen en de teamleider aanwezig waren bij de member check was, dat er al een vergadering zou plaats vinden.

Tijdens de member check kwamen een aantal tegenstrijdigheden naar voren. Deze worden beschreven onder paragraaf 5.2.4.

#### *Voordelen van een member check:*

- Tijdens de member check is gebruik gemaakt van opnameapparatuur om de member check gemakkelijk terug te beluisteren en schriftelijk vast te leggen.
- Ontdekken van tegenstrijdigheden in de voorgaande onderzoeken.
- Een eerste bewustwording van het eigen verpleegkundig handelen en dat van het team, doordat men moet nadenken over de uitkomsten van het onderzoek en de gestelde vragen.

#### *Nadelen van een member check:*

- Discussies op gang komen die afwijken van het onderwerp.
- Niet naar elkaar luisteren tijdens de member check.
- Verschuiving van de uitkomst van de voorgaande onderzoeken.

Om over de tegenstrijdige uitkomsten meer duidelijkheid te krijgen, werd door de projectgroep nog een meting verricht namelijk een triple check.

### **5.1.5 Triple check**

Een triple check wordt ook wel een dubbelcheck genoemd. Omdat uit voorgaande onderzoeken bleek dat de uitkomsten tegenstrijdig waren, heeft de projectgroep ervoor gekozen om een triple check plaats te laten vinden om de voorgaande onderzoeken betrouwbaar te maken.

Deze onderzoeksmethode is een kwantitatief onderzoek.

De triple check is gedaan in de vorm van een checklist. In deze checklist werden vragen geformuleerd die te maken hadden met uitzetten en toediening van medicatie (zie bijlage 9.A).

In deze lijst zijn veertien checkpunten beschreven die per dienst gedurende tien dagen, geturfd zijn. Deze checkpunten zijn geselecteerd vanuit de antwoorden van de eerder genoemde vragenlijst-verpleegkundigen, de wensen die in de open vragen naar voren kwamen vanuit het team van Ouderenzorg 1 en de geeltjesmeting. Ook hierbij zijn weer ‘reminderposters’ (zie bijlage 9.B) opgehangen om het team te herinneren aan en stimuleren tot, het invullen van de checklist. Dit extra onderzoek is door de projectgroep via een nieuwsbrief (zie bijlage 10) aan het team geïntroduceerd.

*Voordelen van een triple check:*

- Duidelijkheid creëren in de voorgaande onderzoeken.
- Makkelijk uit te voeren door de verpleegkundigen.

*Nadelen van een triple check:*

- Onduidelijkheden in de vraagstelling door de projectgroep opgestelde vragen.
- Verkeerde interpretaties door het verpleegkundig team.

De resultaten van deze onderzoeken worden weergegeven in tabellen en grafieken. Daarna worden deze gegevens geanalyseerd.

Door alle uitkomsten naast elkaar te leggen zal een duidelijk beeld ontstaan waar de knelpunten liggen op Ouderenzorg 1 met betrekking tot het onderwerp Medicatieveiligheid.

## 5.2 Resultaten en Discussie over de onderzoeksgegevens

De resultaten en daarbij horende discussie van de onderzoeksgegevens worden aan de hand van de vijf eerder genoemde onderzoeksmethodes beschreven.

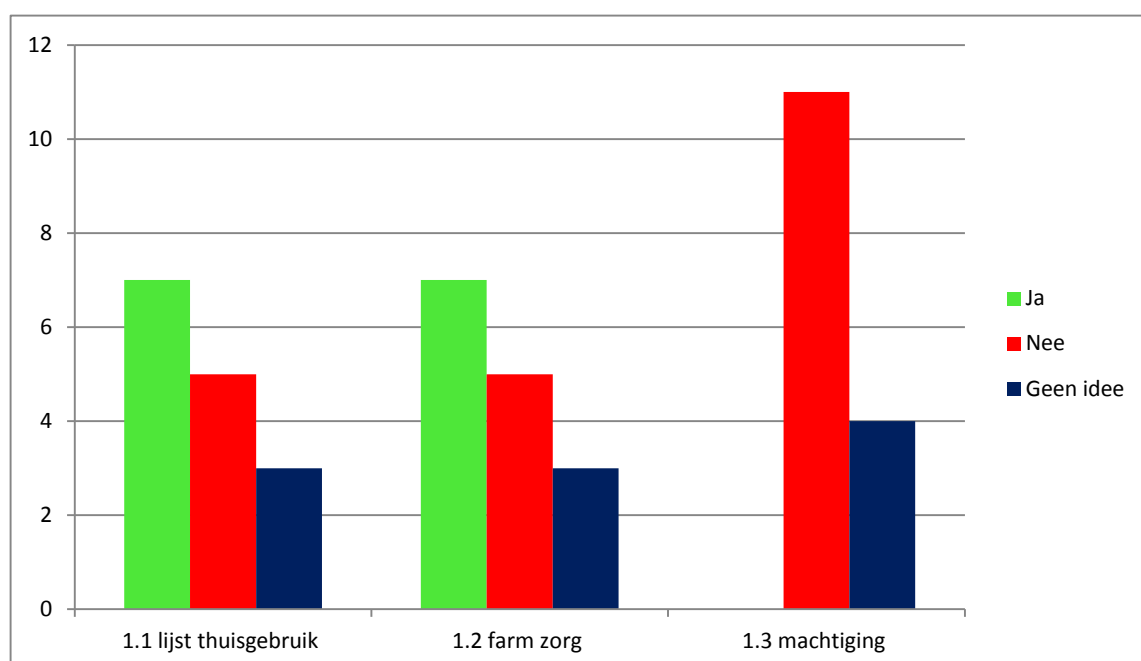
### 5.2.1 Vragenlijst-verpleegkundigen

Van de 18 vragenlijsten die zijn uitgedeeld zijn 18 vragenlijsten geretourneerd.

Uit het onderzoek zijn 3 vragenlijsten gehaald omdat deze waren ingevuld door medewerkers die niets met het medicatieproces te maken hadden.

In het onderzoek zijn 15 vragenlijsten gebruikt.

### Proces van medicatiebeheer



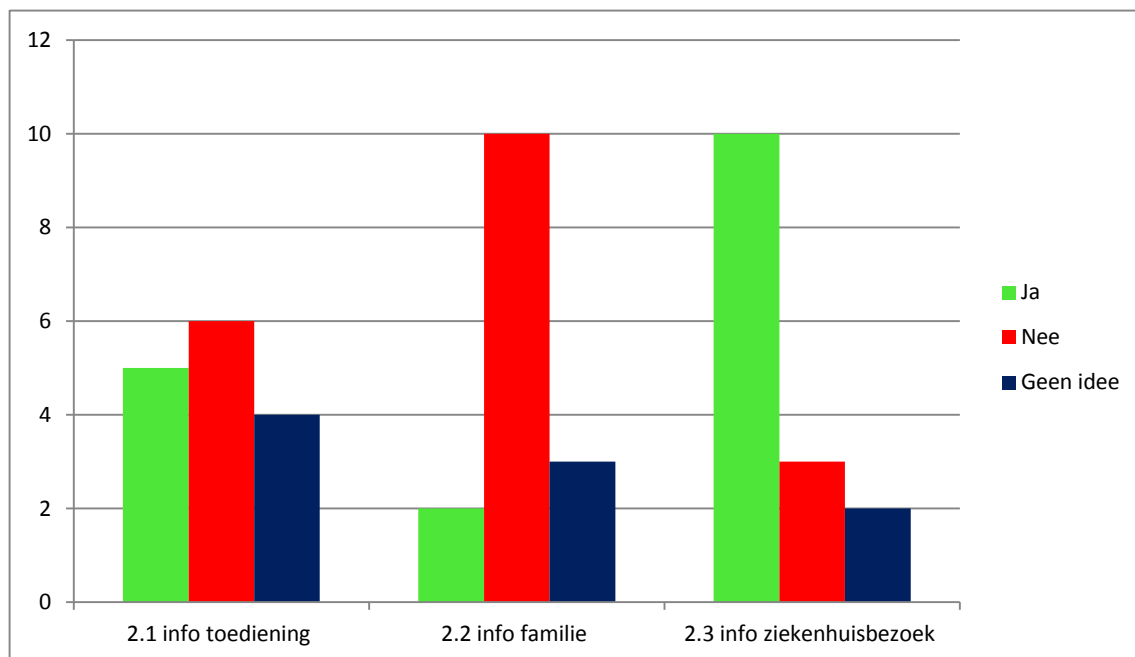
Figuur 5.1 Proces medicatiebeheer

Bij vraag 1.1 geven vijf respondenten aan dat bij opname geen actuele medicatielijst van thuis wordt meegebracht en drie hebben Geen idee of dit gebeurt. Zeven respondenten geven aan dat bij opname een actuele medicatielijst van thuis wordt meegebracht.

Uit vraag 1.2 blijkt dat op Ouderenzorg 1 één verpleegkundige verantwoordelijk is die de farmaceutische zorg coördineert naar afdeling en apotheek. Dit wordt bevestigd door zeven respondenten. Vijf respondenten zeggen Nee en drie respondenten hebben Geen idee.

Vraag 1.3 roept bij de respondenten veel onduidelijkheid op zoals blijkt uit de uitkomst. Elf respondenten beantwoorden de vraag, of op Ouderenzorg 1 een standaardformulier aanwezig is waarmee de patiënt en/of diens naaste Ouderenzorg 1 machtigt om het medicatieproces over te nemen, met Nee. Vier hebben Geen idee. Over het proces van medicatiebeheer blijken veel onduidelijkheden te zijn. Met name over het machtigen van overname in het medicatieproces door de afdeling.

### Informatie aan patiënt en diens naaste



Figuur 5.2 Informatie aan patiënt en dienst naaste

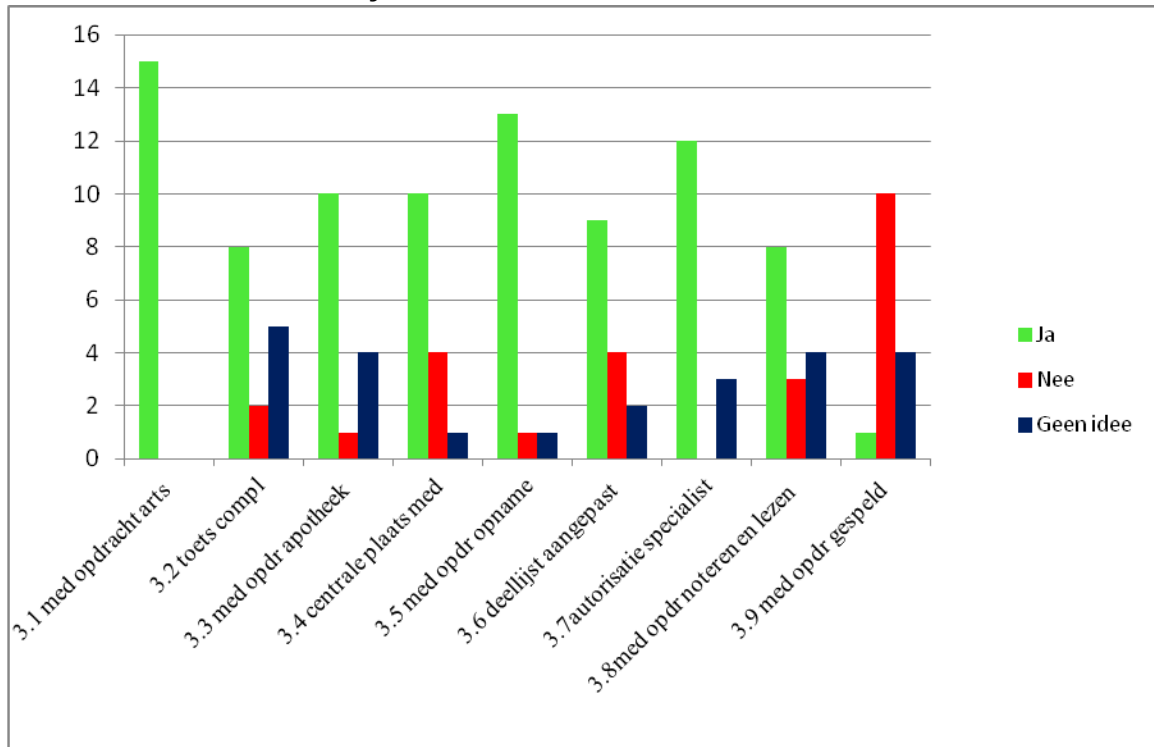
Bij vraag 2.1 is opvallend dat de patiënt slecht geïnformeerd wordt over welke medicatie de patiënt slikt. Het blijkt dat zes respondenten deze vraag met Nee beantwoorden, vier respondenten hebben Geen idee en vijf respondenten geven aan dat de patiënt tijdens het toedienen van medicatie informatie krijgt over de toegediende medicatie.

Bij vraag 2.2 geven tien respondenten aan dat de patiënt en diens naaste niet geïnformeerd wordt over het gebruik van medicatie wat de patiënt slikt. Twee respondenten antwoorden op deze vraag met Ja en drie respondenten geven aan Geen idee te hebben.

De patiënt en/of diens naaste krijgen bij ziekenhuisbezoek een volledig en actueel medicatieoverzicht mee zoals blijkt uit vraag 2.3. Bij deze vraag geven tien respondenten aan dat de patiënt en/of diens naaste bij een ziekenhuisbezoek een volledig en actueel medicatieoverzicht meekrijgt. Drie respondenten antwoorden deze vraag met Nee en twee respondenten hebben Geen idee.

Zoals blijkt uit de gegevens dient de informatieverstrekking aan de patiënt en diens naaste op Ouderenzorg1 verbeterd te worden.

## Proces van medicatie voorschrijven



Figuur 5.3 Proces voorschrijven

Op vraag 3.1, of het stoppen, starten en wijzigen van een geautoriseerde medicatieopdracht gebeurt door de arts, wordt door vijftien respondenten met Ja geantwoord.

Bij vraag 3.2 of de arts bij het voorschrijven van medicatie toetst of eerder gebruik effect heeft gehad of geleidt heeft tot complicaties bij de patiënt, antwoorden acht respondenten met Ja, 5 met Geen idee en twee respondenten met Nee.

Vraag 3.3, of de arts de medicatieopdrachten op dezelfde manier aanbiedt aan de apotheek, antwoorden tien respondenten met Ja, vier met Geen idee en één respondent antwoord met Nee.

Bij vraag 3.4 geven tien respondenten aan dat er op Ouderenzorg 1 een centrale plaats is waar de arts de medicatieopdrachten neerlegt. Vier respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en een respondent heeft Geen idee.

Uit vraag 3.5 blijkt dat dertien respondenten aangeven dat de arts een actueel en volledig medicatieoverzicht uitschrijft, inclusief doseertijdstippen, één respondent antwoord deze vraag met Nee en een respondent heeft Geen idee geantwoord.

Bij vraag 3.6 geven negen respondenten aan dat na elke wijziging van medicatie de medicatiedeellijst wordt aangepast en dat duidelijk wordt aangegeven wat de patiënt de volgende deelronde behoort te krijgen. Vier respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en twee respondenten hebben Geen idee. Uit de geeltjesmeting (zie paragraaf 5.3) blijkt echter dat door de respondenten wordt aangegeven dat de medicatiedeellijsten niet op orde zijn.

De medicatie die de patiënt krijgt voorgeschreven door een specialist, wordt door de afdelingsarts geautoriseerd stelt vraag 3.7. Hierop antwoorden twaalf respondenten met Ja en drie respondenten hebben op deze vraag met Geen idee geantwoord.

Bij vraag 3.8 geven acht respondenten aan dat mondelinge medicatieopdrachten wel worden voor gelezen aan de voorschrijver, drie respondenten lezen een mondelinge medicatieopdracht niet voor en vier respondenten hebben Geen idee of dit gedaan wordt.

Vraag 3.9 antwoorden tien respondenten dat de medicatieopdracht niet gespeld wordt bij het mondelinge voorschrijven van medicatie. Een respondent beantwoordt deze vraag met Ja en vier respondenten beantwoorden deze vraag met Geen idee.

Bij vraag 3.10 geven elf respondenten aan dat mondelinge medicatieopdrachten zo snel mogelijk worden geautoriseerd door de voorschrijver, een respondent beantwoordt deze vraag met Nee en drie respondenten hebben Geen idee. In hoofdstuk twee wordt beschreven dat dit zo snel mogelijk gedaan door de arts van Ouderenzorg 1.

Bij vraag 3.11 antwoorden dertien respondenten dat de medicatieopdracht altijd voorzien is van een datum, een respondent antwoordt met Nee en een respondent heeft Geen idee.

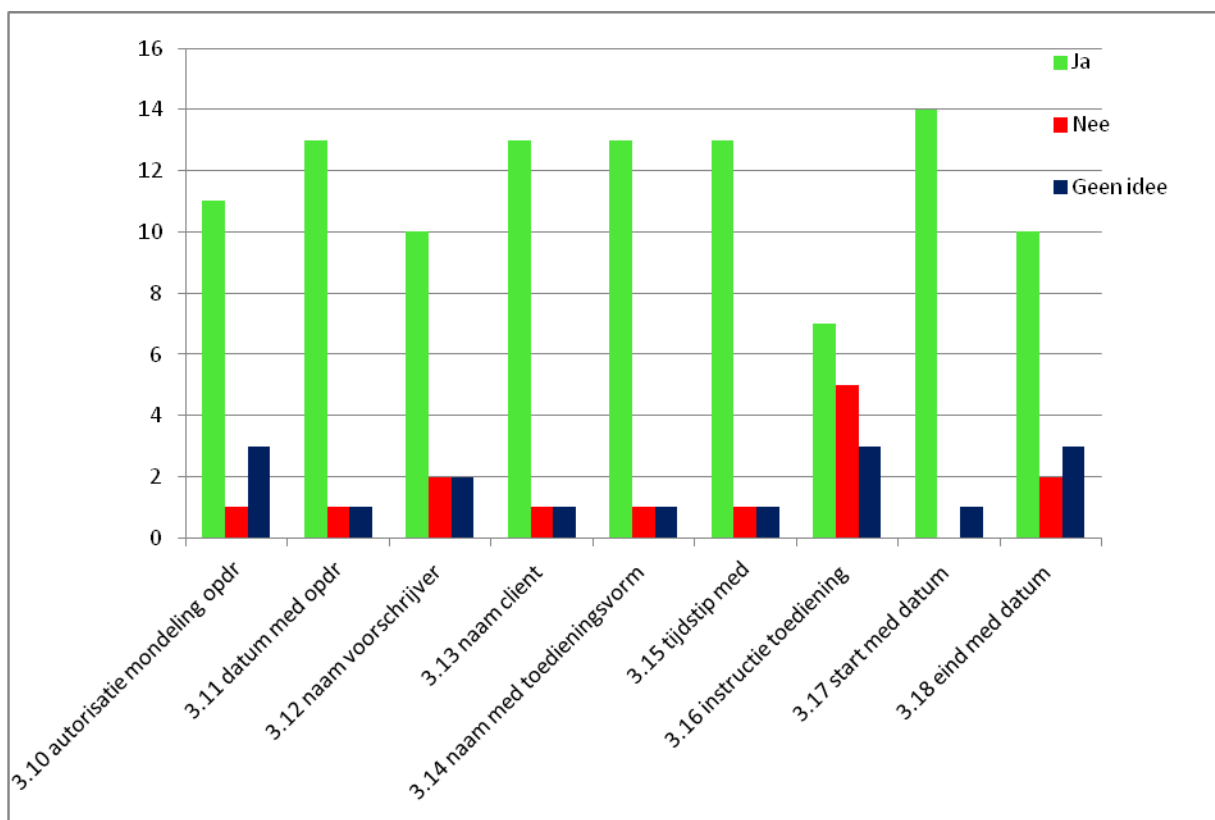
Op vraag 3.12 wordt door tien respondenten geantwoord dat de naam van de voorschrijver altijd op de medicatieopdracht vermeldt staat, twee respondenten zeggen Nee en twee respondenten hebben Geen idee.

Vraag 3.13 tot en met vraag 3.15 wordt door dertien respondenten aangegeven dat de medicatieopdracht altijd: de naam en voorletters en locatie van de patiënt, de naam en sterkte van het medicijn, de toedieningsvorm en de frequentie en tijdstip van toediening wordt beschreven. Bij deze drie vragen wordt telkens door één respondent aangegeven Geen idee te hebben en één respondent beantwoordt op elk van deze vraag met Nee, de overigen antwoorden Ja.

Vraag 3.16 geven zeven respondenten aan dat de instructie ten aanzien van de wijze van toediening duidelijk is, voor vijf respondenten is de instructie niet duidelijk en drie respondenten hebben Geen idee.

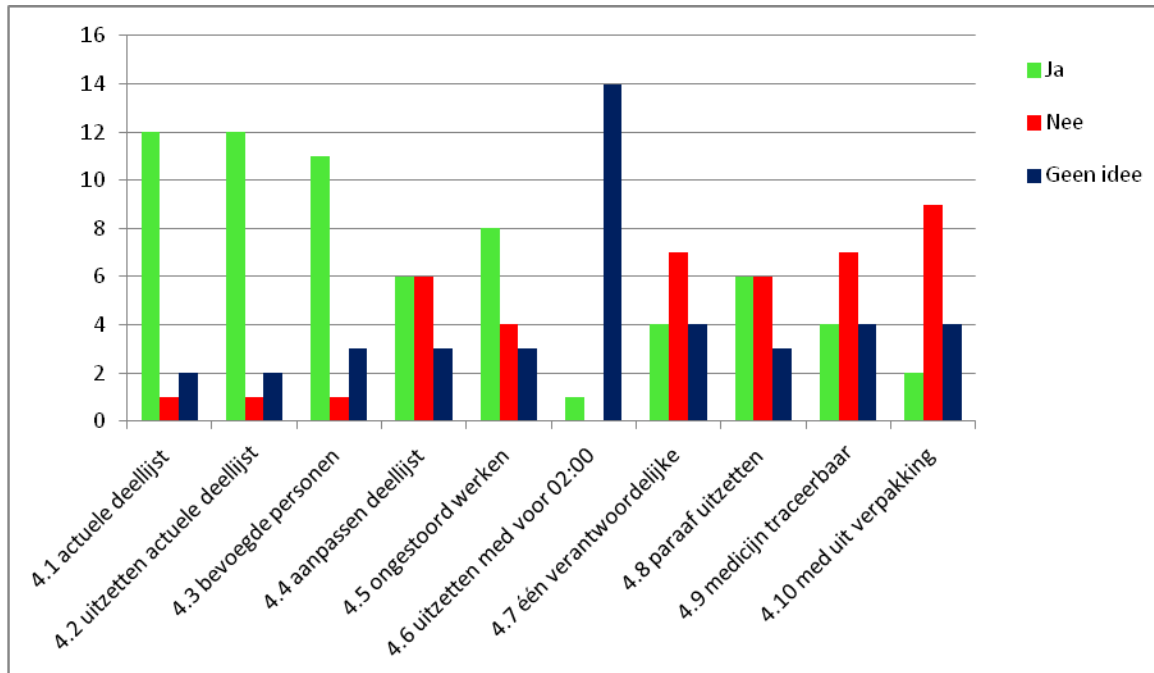
Bij vraag 3.17 geven veertien respondenten aan dat op de medicatieopdracht een datum staat wanneer gestart moet worden met de medicatietoediening en een respondent beantwoordt deze vraag met Geen idee.

Bij vraag 3.18 is het bij twee respondenten onduidelijk wanneer de medicatieopdracht gestopt moet worden en drie respondenten hebben Geen idee, terwijl tien respondenten aangegeven dat dit duidelijk is. Alle vragen bij het proces van voorschrijven worden door de respondenten herkend en scoort het antwoord Ja het hoogst. Toch kan de conclusie getrokken worden dat naast de Ja antwoorden er ook vragen zijn die in het proces van voorschrijven van medicatie onduidelijkheden oproepen.



Figuur 5.3.1 Vervolg proces voorschrijven

## Proces van medicatie uitzetten en toedienen



Figuur 5.4 Proces medicatie uitzetten en toedienen

Bij vraag 4.1 en vraag 4.2 wordt door twaalf respondenten aangegeven dat de medicatie uitgezet en toegediend wordt volgens een actuele medicatiedeellijst, twee respondenten beantwoorden deze vragen met Geen idee en op beide vragen wordt door een respondent met Nee geantwoord.

Op vraag 4.3, of het uitzetten en toedienen van medicatie gebeurd door twee verschillende bevoegde personen, antwoorden elf respondenten met Ja, terwijl een respondent aangeeft dat dit niet gebeurd en drie respondenten hebben Geen idee.

Bij vraag 4.4 wordt door de respondenten evenveel met Ja als met Nee geantwoord op de vraag of de medicatie wordt aangepast in het elektronisch patiënten dossier. Drie respondenten beantwoorden deze vraag met Geen idee.

Bij vraag 4.5 wordt door acht respondenten benoemd dat de medicatie uitgezet wordt in een ruimte waar ongestoord gewerkt kan worden, vier respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en drie respondenten hebben Geen idee.

Vraag 4.6 over het proces medicatie uitzetten voor 02.00 uur 's nachts, hebben veertien respondenten Geen idee ingevuld omdat de respondenten geen nachtdienst draaien en niet op de hoogte zijn van de werkzaamheden 's nachts. Een respondent heeft deze vraag met Ja beantwoord.

Bij vraag 4.7 wordt door vier respondenten aangegeven dat één verpleegkundige per dienst verantwoordelijk is voor het totale medicatieproces, terwijl zeven respondenten aangeven dat dit niet zo is en vier respondenten hebben Geen idee geantwoord op deze vraag.

Bij vraag 4.8 worden door zes respondenten ex aequo geantwoord met Ja/Nee op de vraag of op de medicatiedeellijst een apart vakje aanwezig is om een paraaf te zetten voor het uitzetten van medicatie. Uit hoofdstuk twee blijkt echter dat op de medicatiedeellijst hiervoor geen apart vakje aanwezig is. Drie respondenten hebben Geen idee geantwoord op deze vraag.

Op vraag 4.9, is de medicatie op moment van toediening op een eenvoudige wijze traceerbaar, antwoorden zeven respondenten deze vraag met Nee, terwijl vier respondenten deze vraag met Ja beantwoorden en vier respondenten hebben Geen idee. Bij vraag 4.10, of de medicatie op het moment van toedienen uit de verpakking wordt gehaald, beantwoorden negen respondenten deze vraag met Nee, twee respondenten beantwoorden de vraag met Ja en vier respondenten beantwoorden de vraag met Geen idee.

Bij vraag 4.11 geven tien respondenten aan dat per gegeven medicijn een paraaf gezet wordt voor het toedienen, maar drie respondenten geven aan dat het niet gebeurt en twee respondenten zeggen Geen idee te hebben.

Op vraag 4.12, of geweigerde of uitgebraakte medicatie wordt vermeldt op de medicatiedeellijst, wordt door evenveel respondenten met Ja als met Nee geantwoord, namelijk zes. Drie respondenten hebben Geen idee.

De geweigerde of uitgebraakte medicatie wordt door evenveel, namelijk zes, respondenten wel gemeld als niet gemeld aan de arts en drie respondenten hebben Geen idee of ze dit moeten melden zoals blijkt uit vraag 4.13.

Bij vraag 4.14 of er regelmatig controle plaatsvindt op de medicatiedeellijst op volledigheid en inclusief parafen, wordt door acht respondenten met Nee geantwoord en vier respondenten met Geen idee en drie respondenten beantwoorden deze vraag met Ja.

Bij vraag 4.15 antwoorden twaaalf respondenten dat gecontroleerd wordt op medicatie inname, een respondent controleert niet en twee respondenten weten niet of ze controleren op inname medicatie.

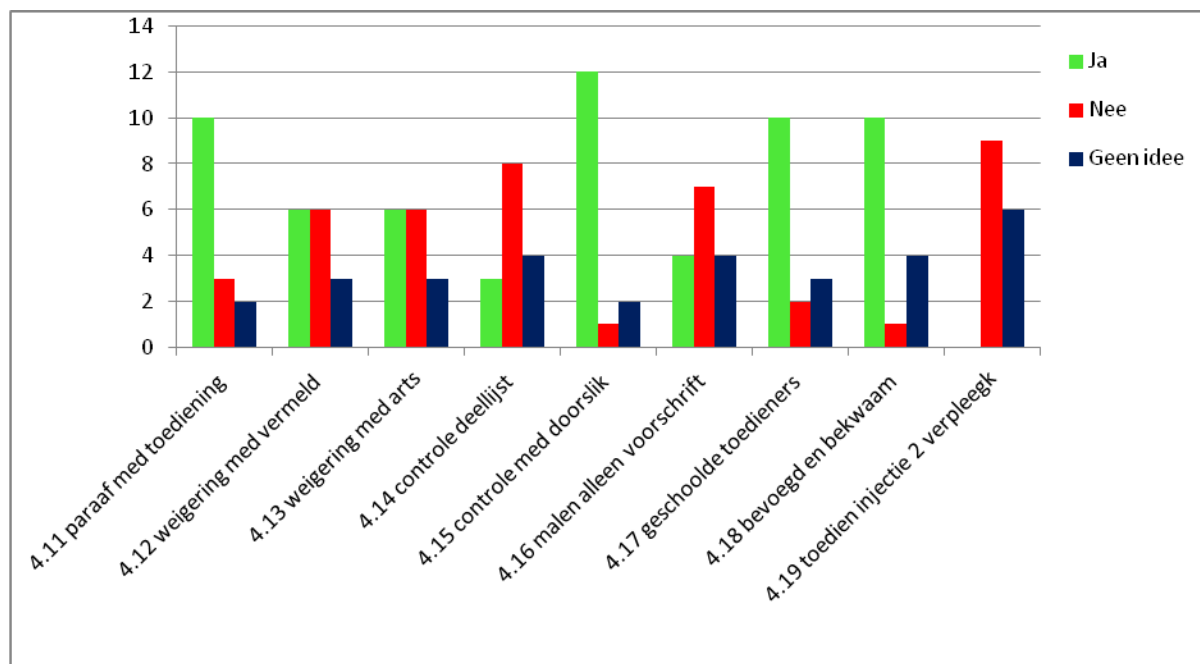
Op vraag 4.16 antwoorden zeven respondenten met Nee of medicatie alleen wordt gemalen als dit op de medicatieopdracht vermeldt staat of vooraf geverifieerd is of gemalen medicatie geen problemen oplevert voor de patiënt, en vier respondenten hebben Geen idee, terwijl vier respondenten alleen maar malen op voorschrift van de arts.

Vraag 4.17 geven tien respondenten aan dat medicatietoediening gebeurt door geschoolde verpleegkundigen, terwijl twee respondenten zeggen dat dit niet gebeurt en drie respondenten hebben Geen idee of de medicatie wel toegediend wordt door geschoold personeel.

Bij vraag 4.18 wordt door tien respondenten aangegeven dat speciale medicatie gegeven wordt door bevoegd en bekwaame verpleegkundige, maar vier respondenten weten niet of dit gebeurt en een zegt dat het niet gebeurt.

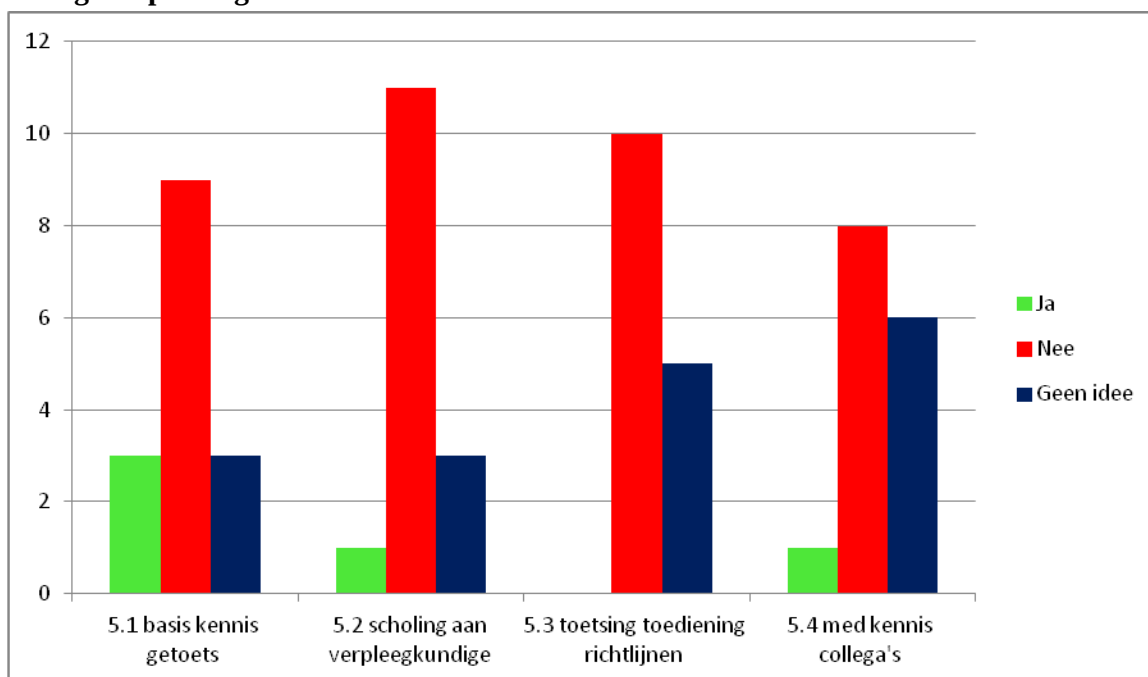
Vraag 4.19 wordt door negen respondenten aangegeven dat de dosering van insuline/depot/intra musculaire injectie niet door twee verpleegkundigen wordt gecontroleerd voor toediening en zes respondenten hebben Geen idee of ze de injectie laten controleren.

Bij het proces medicatietoediening worden veel antwoorden gegeven met Nee of Geen idee. Dit proces roept bij de respondenten veel onduidelijkheden en tegenstrijdigheden op.



Figuur 5.4.1 Vervolg proces medicatie uitzetten en toedienen

## Scholing en opleiding



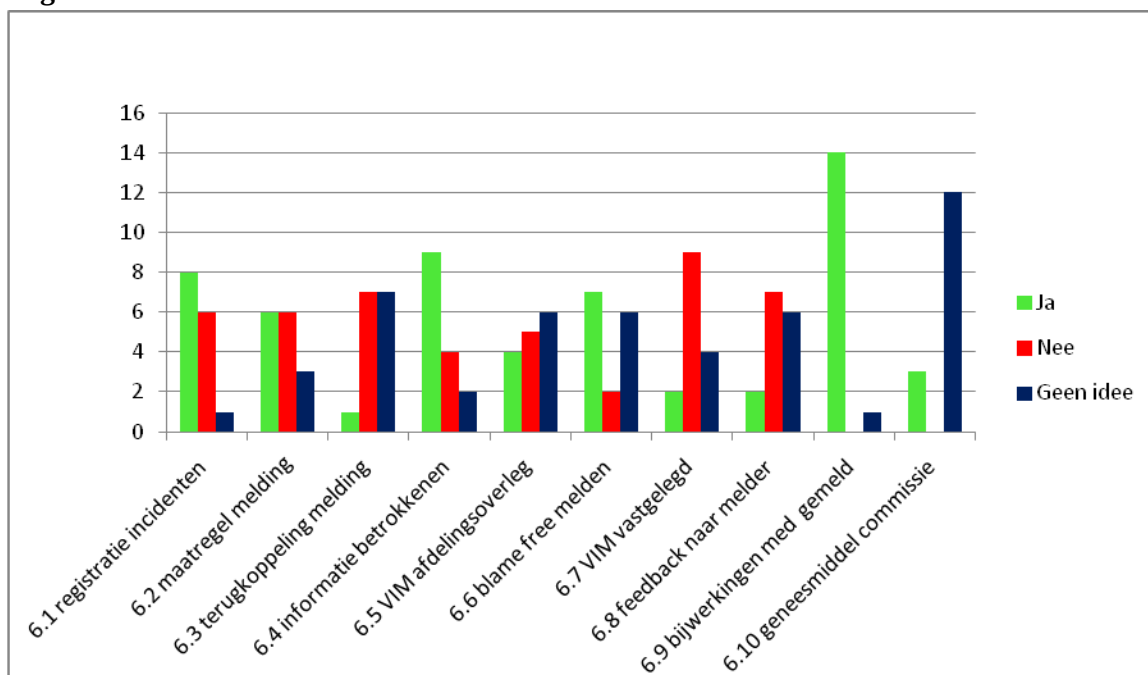
Figuur 5.5 scholing en opleiding

Zoals blijkt uit de onderstaande gegevens is scholing en opleiding een aandachtspunt.

Opvallend in de vragen over scholing en opleiding is, dat alle vier de vragen de antwoorden, Nee en Geen idee, hoog scoren door de respondenten.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten vinden dat op Ouderenzorg 1onvoldoende scholing en opleiding plaatsvindt, omtrent het proces medicatieveiligheid.

## Veilig incidenten melden



Figuur 5.6 veilig incidenten melden

Bij vraag 6.1 wordt door acht respondenten benoemd dat de registratie van medicatie incidenten inzichtelijk gebeurt, terwijl zes respondenten hierop met Nee antwoorden en een respondent heeft Geen idee op deze vraag geantwoord.

Op vraag 6.2 antwoorden zes respondenten dat Ouderenzorg 1 op basis van VIM registratie, maatregelen treft om medicatie incidenten te voorkomen of te verminderen, terwijl zes respondenten deze vraag met Nee beantwoorden en drie respondenten hebben deze vraag beantwoord met Geen idee.

Bij vraag 6.3 wordt door één respondent het antwoord gegeven dat Ouderenzorg 1 actief is in terugkoppeling van de bevindingen naar de afdeling, terwijl zeven respondenten hierop met Nee of Geen idee hebben geantwoord.

Vraag 6.4 antwoorden negen respondenten dat de patiënt en/of diens naaste door de arts worden geïnformeerd over de mogelijke gevolgen en afhandeling van een medicatiefout. Vier respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en twee respondenten hebben Geen idee.

Bij vraag 6.5 is het onduidelijk voor zes respondenten of het veilig incidenten melden een onderwerp is op het afdelingsoverleg, vijf respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en vier met Ja.

Bij vraag 6.6 vinden zeven respondenten dat Ouderenzorg 1 een no-blame cultuur heeft als het gaat om het melden van incidenten en transparantie, terwijl zes respondenten hier Geen idee over hebben en twee respondenten hebben deze vraag met Nee geantwoord.

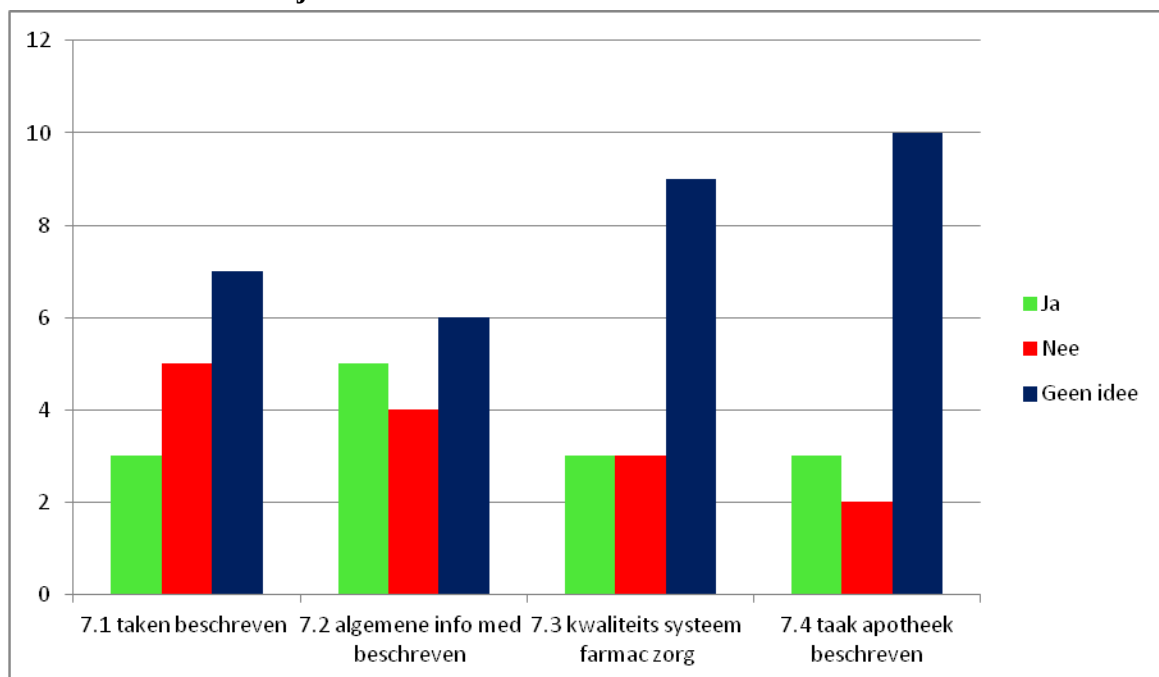
Op vraag 6.7 zeggen negen respondenten dat de VIM niet wordt vastgelegd en periodiek wordt geëvalueerd, twee respondenten beantwoorden de vraag met Ja en vier respondenten hebben Geen idee.

In vraag 6.8 vinden zeven respondenten dat de feedback naar de melder niet gebeurt en zes respondenten hebben hierover Geen idee en twee respondenten hebben deze vraag met Ja geantwoord.

Bij vraag 6.9 vinden veertien respondenten dat bijwerkingen gemeld worden aan de arts en een respondent heeft Geen idee geantwoord op deze vraag.

Vraag 6.10 weten twalf respondenten niet dat binnen het GGZ Oost Brabant een geneesmiddelencommissie bestaat, drie van de respondenten beantwoorden dat ze het wel weten. Zoals blijkt uit de onderstaande gegevens wordt er door de respondenten verschillend gedacht over veilig incidenten melden.

### Beleid en verantwoordelijkheden



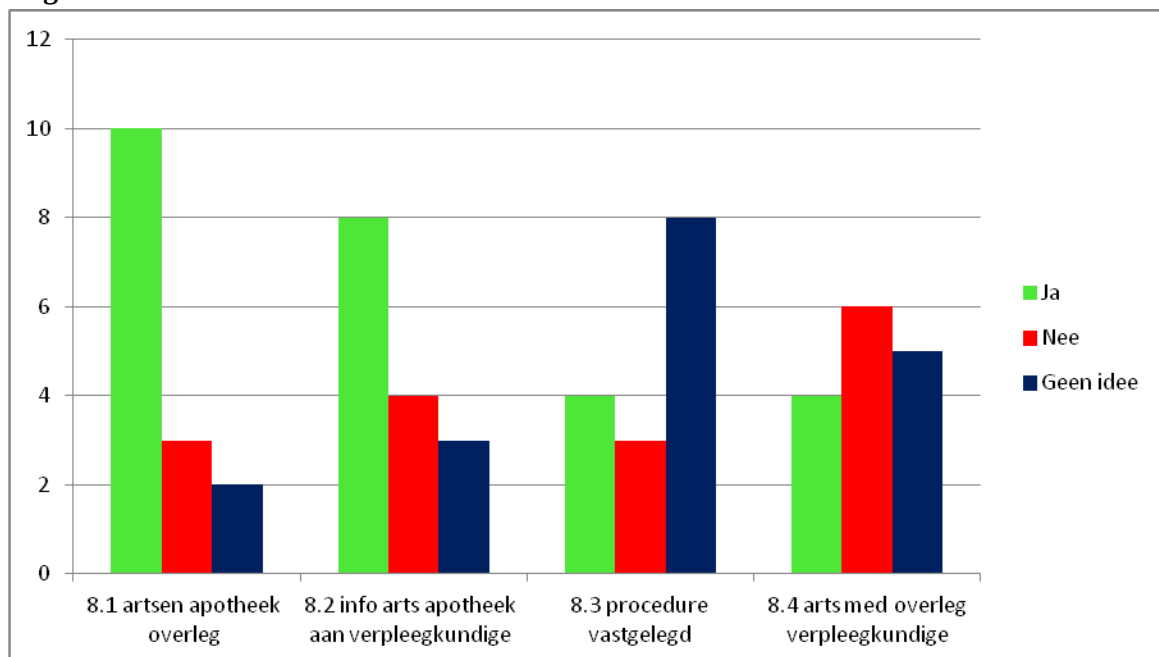
Figuur 5.7 beleid en verantwoordelijkheden

Op vraag 7.1 geven zeven respondenten aan Geen idee te hebben of de taken en bevoegdheden van uitvoerende collega's beschreven staan voor het toedienen van medicatie, vijf respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en drie respondenten hebben deze vraag met Ja geantwoord. Bij vraag 7.2 zijn vier respondenten niet op de hoogte van de beschikbare algemene informatie over geneesmiddelen en de toepassing hiervan, vijf respondenten beantwoorden deze vraag met Ja en zes respondenten hebben Geen idee geantwoord.

Vraag 7.3 wordt door drie respondenten beantwoordt met dat het beschreven kwaliteitshandboek farmaceutische zorg niet wordt herkend, door drie respondenten wordt het kwaliteitshandboek farmaceutische zorg wel herkend en negen respondenten hebben Geen idee geantwoord op deze vraag. Vraag 7.4 geven tien respondenten aan Geen idee te hebben waar de taken van de apotheek zijn beschreven, drie respondenten beantwoorden deze vraag met Ja en twee respondenten hebben Geen idee.

Zoals hieronder in figuur 5.7 duidelijk naar voren komt zijn volgens de respondenten het beleid en de verantwoordelijkheden niet duidelijk beschreven of zijn de respondenten niet op de hoogte waar de informatie omtrent de taken en bevoegdheden van zowel de verantwoordelijke verpleegkundige, als voor de apotheker, beschreven staan.

### Veiligheid en controle



Figuur 5.8 veiligheid en controle

Bij vraag 8.1 geven tien respondenten aan dat op Ouderenzorg 1 frequent overleg is met de arts, de apotheker en een verpleegkundige, terwijl drie respondenten aangeven dat dit niet zo is en twee hebben Geen idee. In hoofdstuk twee wordt beschreven dat de apotheker een keer per twee maanden op de afdeling komt voor farmaceutisch overleg.

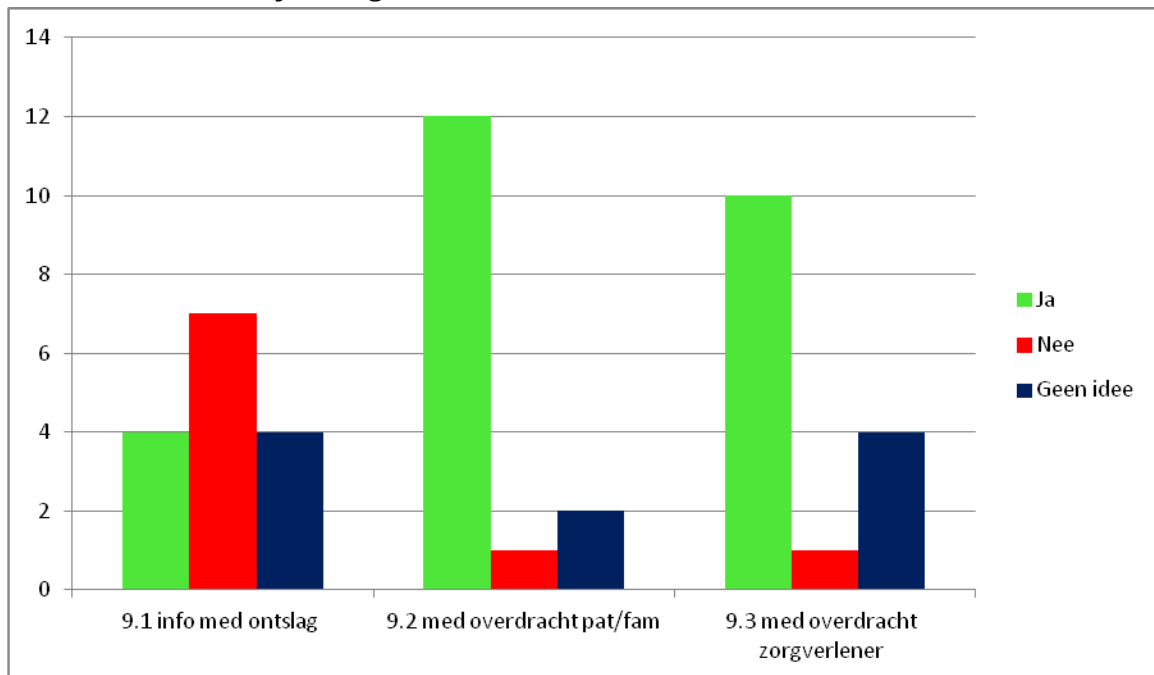
Vraag 8.2 geven acht respondenten aan dat de resultaten van dit overleg worden vastgelegd en naar collega's wordt overgebracht, vier respondenten beantwoorden deze vraag met Nee en drie respondenten hebben met Geen idee geantwoord.

Bij vraag 8.3 over de vaststelling van de procedure voor regelmatige evaluatie van de medicatie van patiënten, wordt door acht respondenten als Geen idee beantwoord, vier respondenten beantwoorden deze vraag met Ja en drie respondenten hebben deze vraag met Nee beantwoord.

In vraag 8.4 geven vier respondenten aan dat de arts maandelijks de medicatie van de patiënten met de verpleegkundige bespreekt, terwijl zes respondenten deze vraag met Nee beantwoorden en vijf met

Geen idee. In hoofdstuk twee wordt beschreven dat elke dag een briefing plaatsvindt tussen de arts en de verpleegkundige. Eenmaal per week is er op maandag een MDO en op donderdag een medisch verpleegkundig overleg (MVO), waar alle patiënten en hun medicatiegebruik wordt besproken. Over het onderwerp veiligheid en controle wordt, zoals blijkt uit de boven- en onderstaande gegevens door de respondenten verschillend gedacht.

### Medicatieoverdracht bij ontslag



Figuur 5.9 medicatieoverdracht bij ontslag

Bij vraag 9.1 wordt door zeven respondenten geen informatie of uitleg gegeven over het gebruik van medicatie bij ontslag. Vier respondenten beantwoorden deze vraag met Ja en vier respondenten hebben Geen idee.

De medische overdracht met daarbij behorende medicatie gegevens wordt bij ontslag door twaalf respondenten uitgevoerd zoals blijkt uit vraag 9.2. Een respondent beantwoordt deze vraag met Nee en twee respondenten hebben deze vraag met Geen idee beantwoord.

Op vraag 9.3 antwoorden tien respondenten dat de gegevens die relevant zijn voor de farmaceutische zorgverlener correct worden overdragen van de arts naar de verantwoordelijke zorgverlener. Een respondent beantwoordt deze vraag met Nee en vier respondenten hebben deze vraag met Geen idee beantwoordt.

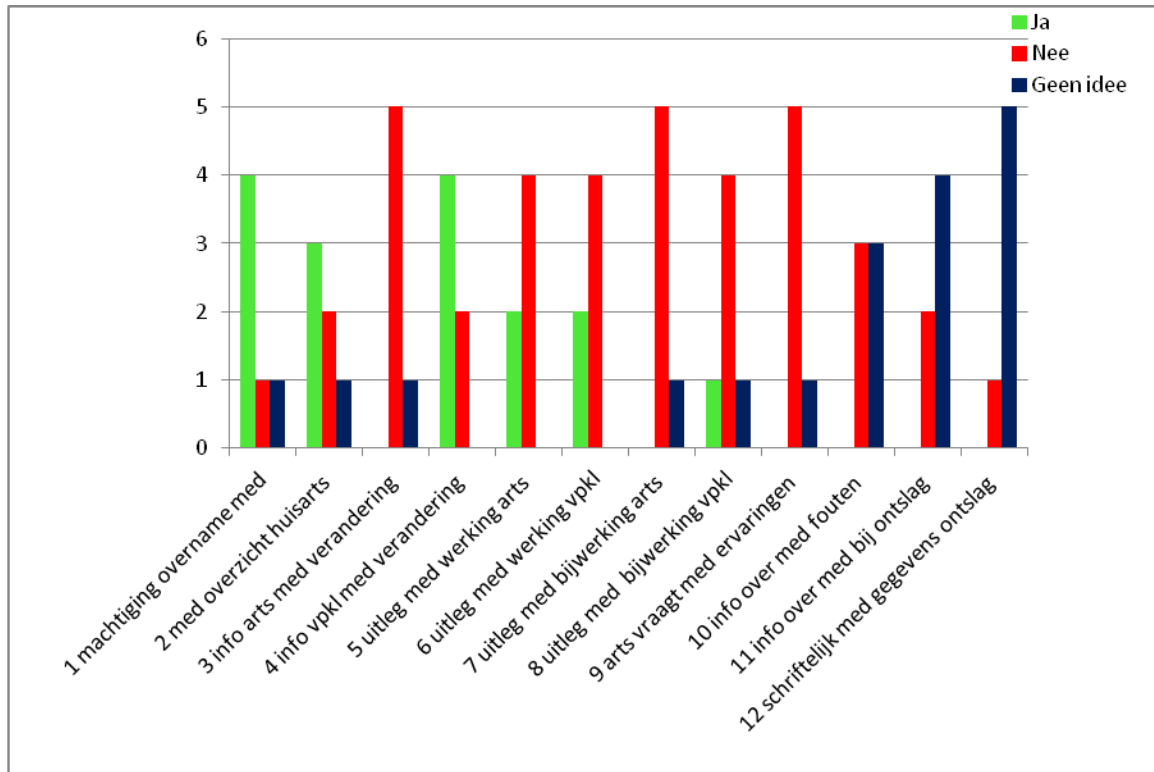
### Antwoorden op de Open vraag uit de vragenlijst-verpleegkundigen

De wensen die naar voren zijn gekomen uit de open vraag, die aan het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 zijn gesteld aan het einde van de vragenlijst, zijn:

- Meer informatie over de werking en bijwerking van medicatie.
- Bij de controle van medicatie meer rust nemen.
- Aanschaf van een medicijnkar die meegenomen kan worden bij het nakijken en toedienen van medicatie bij de patiënt.
- Geen medicatie uit de verpakking halen voordat de medicatie wordt toegediend.
- Snellere verwerking van de medicatiedeellijsten bij verandering van de medicatie.
- De deur van de medicijnkamer valt automatisch in het slot.
- Taken en bevoegdheden van de disciplines die te maken hebben met het medicatieproces zijn beschreven.

- Betere informatie naar de patiënt en eerste contact persoon over het medicatiebeleid, zeker bij ontslag van de patiënt.
- Veiliger voorschrijfsysteem.
- Protocol over het malen van medicatie en eventuele alternatieven toedieningsvorm.
- Scholing over toedieningswijze; specifieke vragen die hierbij naar voren kwamen waren, mogen capsules opengemaakt worden, welke medicatie mag opgelost worden in water.

### 5.2.2 Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon



Figuur 5.10 vragenlijst eerste contact persoon

De vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon is verzonden naar negen contactpersonen en zes contactpersonen hebben de vragenlijst ingevuld geretourneerd.

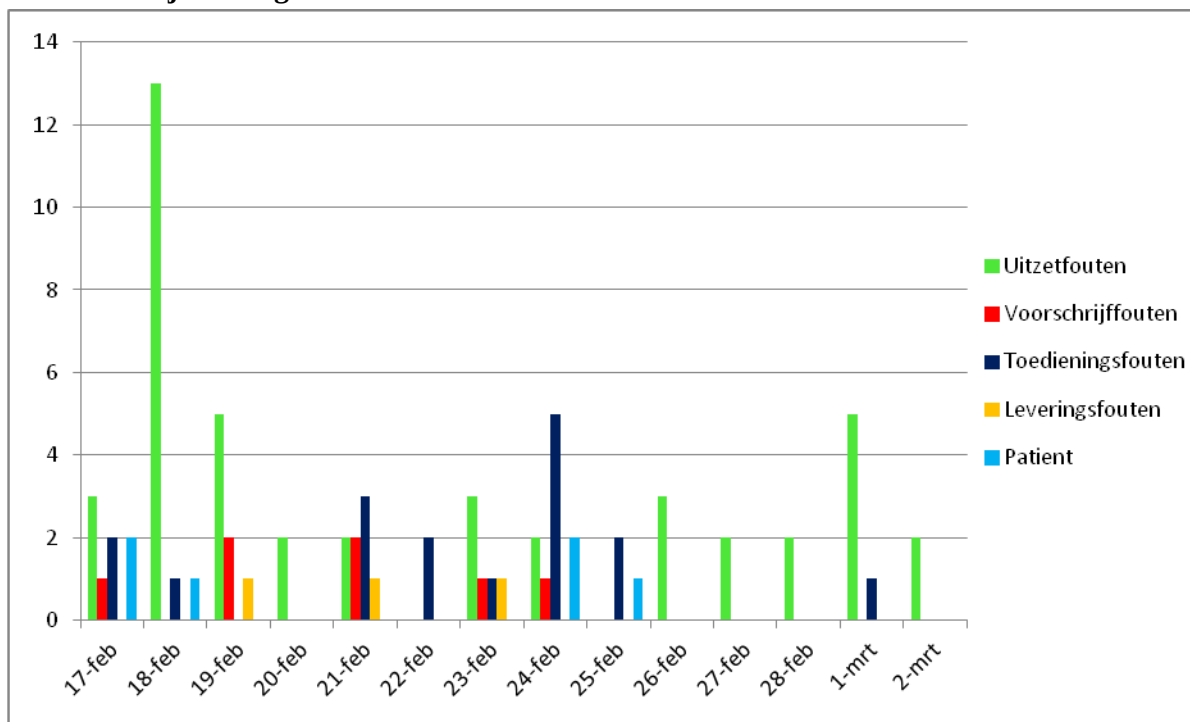
Uit de onderstaande grafiek met name de vragen 3, 5, 6, 7, 8 en 9 geven de eerste contactpersonen aan dat de informatieverstrekking over het medicatie gebruik, de medicatieverandering, de werking en bijwerkingen door zowel de arts als door de verpleegkundige, niet wordt gedaan.

De vragen 10, 11 en 12 roepen bij de eerste contactpersonen veel onduidelijkheden op.

Het is voor de eerste contactpersoon niet duidelijk of de informatie over medicatie fouten, informatie over de werking van medicatie bij ontslag en de schriftelijke gegevens bij ontslag, door de verpleegkundige voldoende wordt overgedragen.

Opvallend bij de antwoorden was dat de eerste contactpersoon vinden dat men te weinig of niet wordt geïnformeerd over het medicatieproces.

### 5.2.3 Geeltjesmeting



Figuur 5.11 geeltjesmeting score per dag

Uit de analyse van de geeltjesmeting blijkt dat in de meting 44 uitzetfouten, 17 toedieningsfouten, 6 patiënt fouten, 7 voorschrijffouten en 3 leveringsfouten gemaakt zijn in een meting van 14 dagen. Gedurende 14 dagen zijn in totaal 77 geeltjes geplakt.

De start van de geeltjes meting vond plaats op 16 februari 2011 tijdens de late dienst, maar op die avond zijn geen geeltjes geplakt, daarom is dit niet meegenomen in figuur 5.11.

Door de dag- en avonddienst werden veelvuldig geeltjes geplakt met betrekking tot uitzetfouten. In de eerste drie dagen zijn veel geeltjes geplakt vanwege de hoeveelheid uitzetfouten. Dit is terug te zien in figuur 5.11.

De meting van de uitzetfouten laat een daling zien na enkele dagen gestart te zijn met de geeltjesmeting. De oorzaak hiervan is onbekend.

Opvallend hierbij was het grote aantal uitzetfouten, gevolgd door toedieningsfouten.

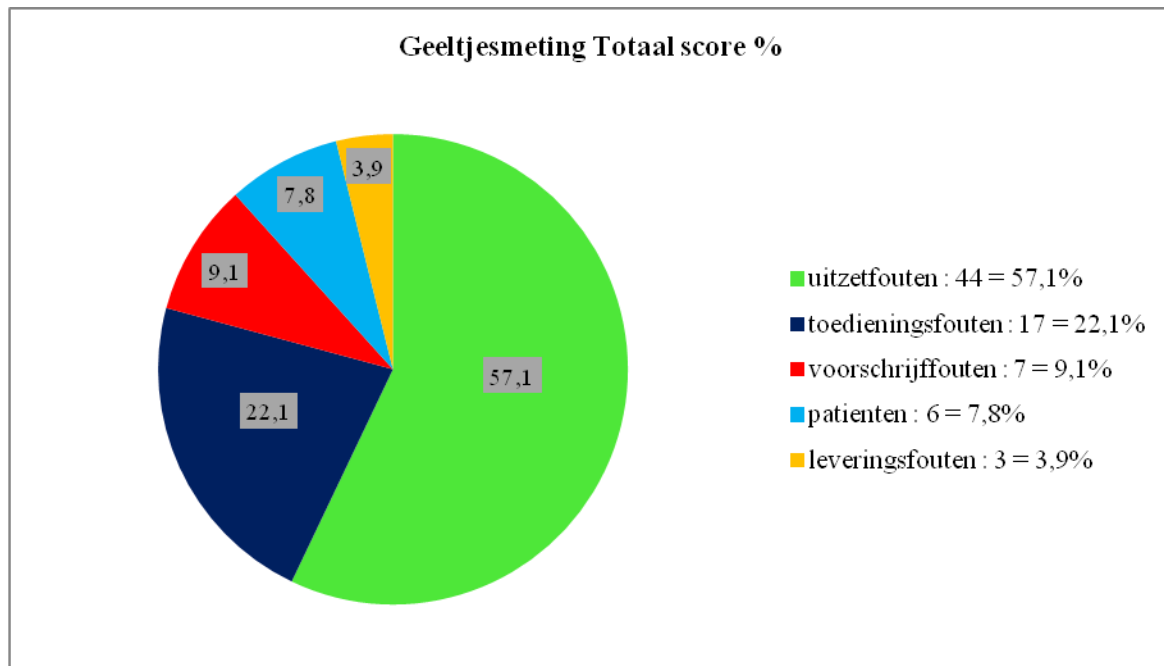
De uitzetfouten die benoemd werden zijn; het niet uitzetten van een tablet, medicatie in het bakje van een ander tijdstip, medicatie uitgezet die op die dag niet gebruikt wordt.

De geregistreerde toedieningsfouten die benoemd werden bij de geeltjes meting zijn; het verkeerd gebruik van een verneveling, het malen van medicatie terwijl dit niet voorgeschreven stond, het niet aftekenen van gegeven medicatie, insuline verstrekking na de maaltijd, medicatie wel afgetekend en de medicatie werd aangetroffen in de slaapkamer.

De geregistreerde voorschrijffouten die benoemd werden zijn; recept van medicatie gewijzigd maar het tijdstip werd niet vermeld, de arts heeft geen handtekening gezet bij het stoppen van medicatie, bij een patiënt werd dezelfde medicatie drie keer voorgeschreven en dit werd vermeld op verschillende medicatiedeellijsten, bij het voorschrijven van medicatie werden stofnaam en merknaam door elkaar gebruikt op het recept, bij opname medicatiedeelijst tijdstip niet vermeld.

De leveringsfouten die benoemd zijn; na telefonisch contact apotheek werd verkeerde medicatie gestuurd, medicatie deellijst werd 18 februari 2011 gefaxt en op 23 februari 2011 was nog geen nieuwe deellijst voor de patiënt op de afdeling.

De geregistreerde fouten die betrekking hadden op de patiënt zijn; weigeren van medicatie, medicatie wordt uitgespuugd en patiënt laat verneveling niet zitten.



Figuur 5.12 geeltjesmeting totale score

De uitslag zoals deze is weergegeven in figuur 5.12 is als volgt tot stand gekomen:

Uitslag van de meetperiode van 14 dagen:

Uitzetfouten: 44 = 57,1 %

Toedieningsfouten: 17 = 22,1 %

Voorschrijffouten: 7 = 9,1 %

Patiënten: 6 = 7,8 %

Leveringsfouten: 3 = 3,9 %

De uitslag in percentages is volgens de volgende berekening tot stand gekomen:

Totaal 77 geeltjes geplakt

Uitgaande van 100%

$100 : 77 = 1,2987013$

Dit geeft bijvoorbeeld bij de uitzetfouten de volgende uitslag:  $44 \times 1,2987013 = 57,1\%$

#### 5.2.4 Member check

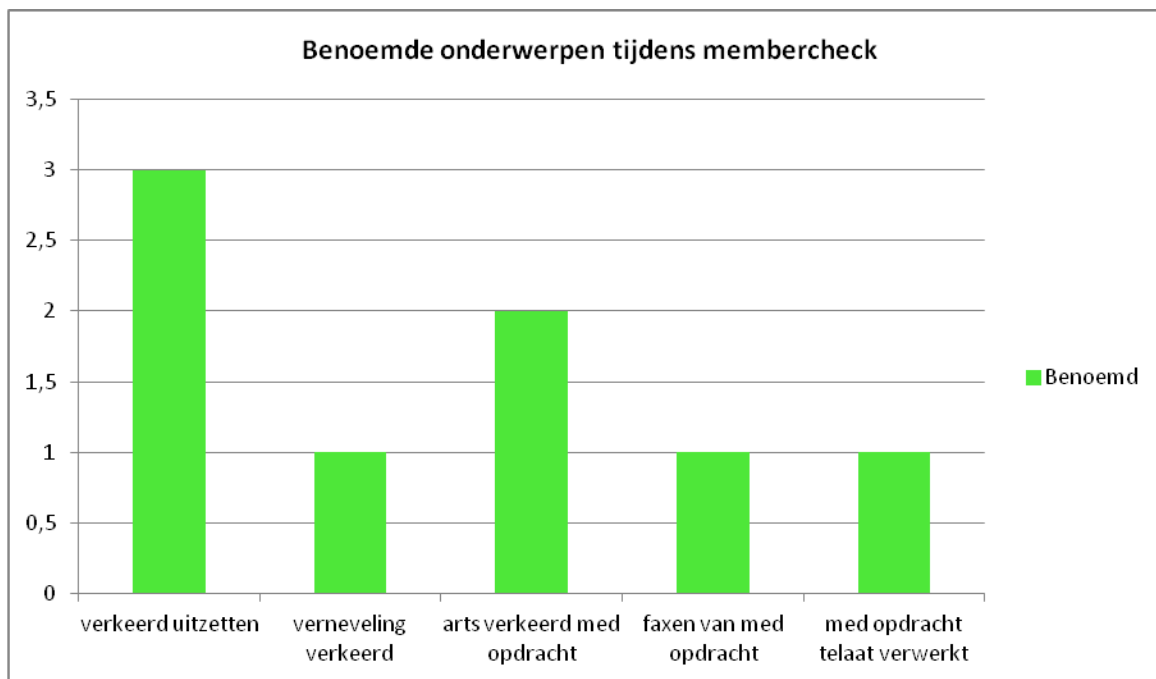
Bij de member check waren 5 verpleegkundigen en de teamleider aanwezig.

Tijdens de member check werden door de aanwezigen de volgende punten benoemd:

- Verkeerd uitzetten 3x.
- Verneveling verkeerd gebruikt 1x.
- Arts verkeerd medicatie uitgeschreven 2 x.
- Faxen van medicatieopdrachten 1x.
- Medicatie opdrachten worden te laat verwerkt 1x.

Verder bleek tijdens de member check dat, na uitleg van de uitkomst van de vragenlijst voor verpleegkundigen en de geeltjesmeting, de uitkomsten tegenstrijdig waren.

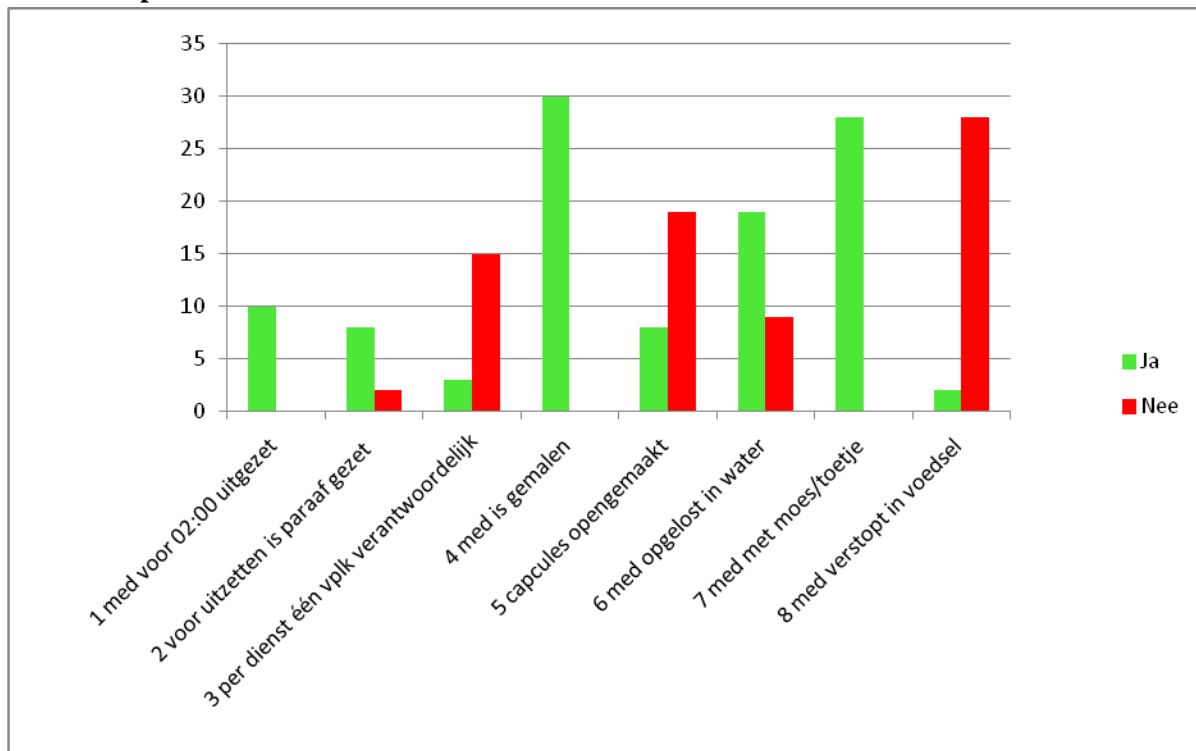
Bij de member check bleek ook onduidelijkheid over de uitkomst van de vragenlijst over de VIM. Volgens de aanwezigen werd bij verkeerd uitzetten of het niet aftekenen van medicatie geen VIM ingevuld, alleen bij het toedienen van verkeerde medicatie.



Figuur 5.13 Member Check

Door de uitkomst van de vragenlijst-verpleegkundigen, de geeltjesmeting en de member check, is gebleken dat de uitzetfouten en toedieningsfouten veel onduidelijkheden oproepen. Daarom heeft de projectgroep in een triple check deze vragen verder toegespitst.

### 5.2.5 Triple check



Figuur 5.14 triple check

De triple check heeft plaatsgevonden in de periode 25 maart tot en met 3 april 2011, gedurende tien dagen.

Bij vraag 1 of de medicatie voor 02.00 uur uitgezet wordt, zijn tien dagen met Ja beantwoordt.

Bij vraag 2 wordt acht dagen aangegeven dat een paraaf gezet wordt voor het uitzetten van medicatie, in hoofdstuk twee beschreven staat dat op de medicatiedeellijst geen apart paraafvakje is voor het van uitzetten van medicatie.

Vraag 3 geeft aan dat negen keer in de vroege dienst en zes keer in de late dienst, in totaal 15, geen verpleegkundige verantwoordelijk was voor het totale medicatieproces.

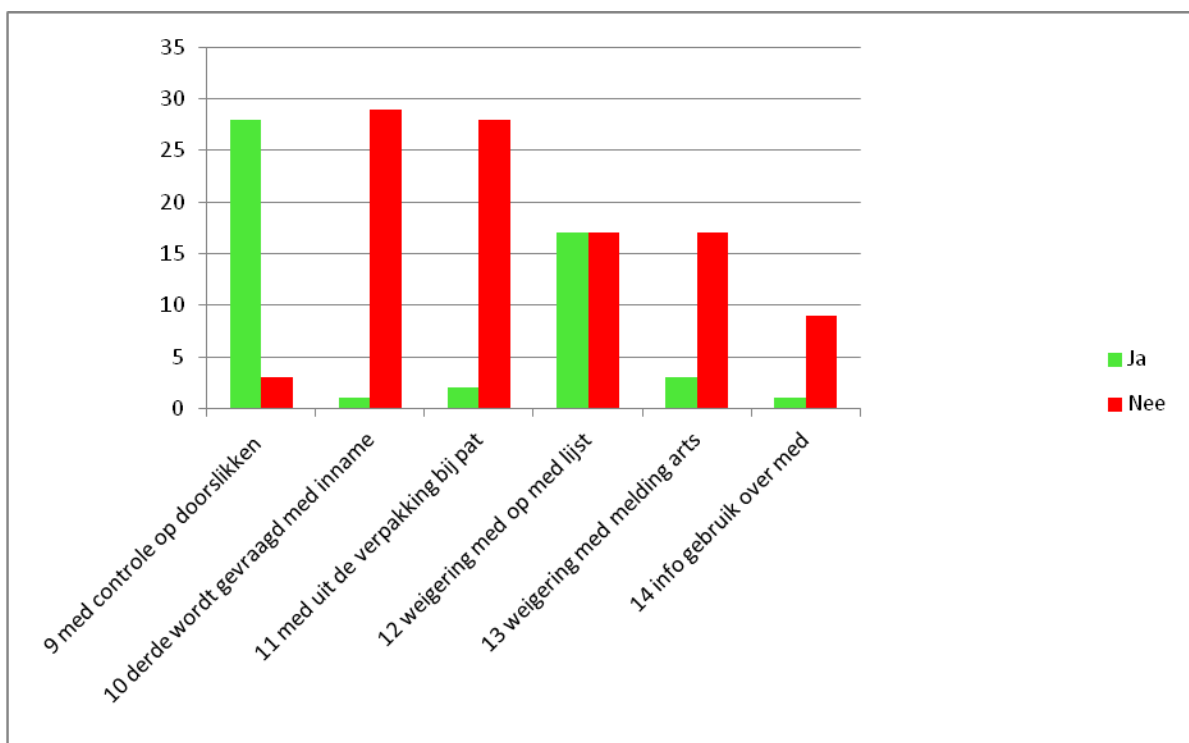
In vraag 4 komt naar voren dat gedurende de 10 dagen van de triple check, de medicatie 30 keer medicatie gemalen is, terwijl uit de geeltjes meting blijkt dat dit eenmalig is gemeld.

In vraag 5 komt naar voren dat in de 10 dagen, 8 keer de capsules worden opengemaakt om inname te vergemakkelijken. Verpleegkundigen geven in een open vraag onderaan de vragenlijst-verpleegkundigen aan, ondeskundig te zijn in het toedienen van medicatie.

Uit vraag 6 blijkt dat de medicatie opgelost wordt in water. Dit wordt 19 keer aangegeven, verpleegkundigen geven in een open vraag onderaan de vragenlijst-verpleegkundigen aan, ondeskundig te zijn in het toedienen van medicatie.

Uit vraag 7 kan geconcludeerd worden dat er in 10 dagen, 28 keer de medicatie gegeven wordt met moes of toetje, het betreft zowel gemalen als geen gemalen medicatie.

Vraag 8 of medicatie verstopt wordt in voedsel of drinken is in de 10 dagen 28 keer met Nee geantwoord en 2 keer met Ja. Uit de geeltjesmeting kwam naar voren dat er 2 keer medicatie in ranja werd gedaan.



Figuur 5.14.1 vervolg triple check

Op vraag 9 of er gecontroleerd wordt op het doorslikken van medicatie is er 28 keer met Ja geantwoord, dit wordt bevestigd in de vragenlijst-verpleegkundigen.

Bij vraag 10 wordt gevraagd of een derde, niet bevoegde medewerker, let op medicatie-inname wordt een keer met Ja geantwoord. Uit de vragenlijst-verpleegkundigen blijkt uit vraag 4.17 dat het toedienen van medicatie gedaan wordt door bekwaam en bevoegd personeel dit wordt in de vragenlijst met 10 keer Ja beantwoord.

Bij vraag 11 of de medicatie bij de patiënt uit de verpakking wordt gehaald wordt 28 keer met Nee geantwoord, uit de geeltjes meting blijkt dat dit niet gemeld wordt als een fout.

Bij vraag 12 wordt 17 keer geantwoord met Ja dat op de medicatiedeellijst een vermelding plaatsvindt, dat geweigerde of uitgebraakte medicatie vermeldt wordt op medicatiedeellijst.

Bij vraag 13 wordt 17 keer in de 10 dagen niet bij de arts gemeld dat medicatie is geweigerd of is uitgebraakt. Uit de vragenlijst-verpleegkundigen blijkt uit vraag 4.13 dat de geweigerde of uitgebraakte medicatie door zes respondenten wel wordt gescoord als niet gemeld aan de arts en drie hebben Geen idee of ze dit moeten melden.

In vraag 14 wordt 9 keer in de 10 dagen aangegeven dat geen gebruik wordt gemaakt van de aanwezige informatie over medicatie en de toepassing ervan.

Conclusie is dat er door de verpleegkundigen veel onduidelijkheden zijn omtrent het toedienen en dan met name op het gebied van het malen van medicatie.

### **5.2.6 Algemene discussiepunten.**

Vanuit de uitwerking van de gegevens mag men concluderen dat er op het gebied van medicatietoediening op Ouderenzorg 1 veel verbeterpunten zijn.

Deze punten zouden de medicatieveiligheid voor zowel de patiënt, als de verpleegkundigen kunnen vergroten.

#### **Vragenlijst-verpleegkundigen**

De uitkomst van de door het team ingevulde vragenlijst-verpleegkundigen liet een aantal onverwachte uitkomsten zien.

Vier vragen kenden evenveel Ja als Nee stemmers.

Bij zeven vragen werden in de uitkomst met Ja, Nee en Geen idee beantwoord, met een verschil van twee, dus geen significant verschil.

Daarnaast waren acht vragen waar de respondenten het bijna unaniem eens waren.

Opvallend was dat bij alle vragen, op een na, door tenminste één respondent Geen idee werd geantwoord. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het medicatieproces veel onduidelijkheden oproept.

Daarnaast zou de vraag gesteld kunnen worden: In hoeverre zijn de geriater, arts-assistent en co-assistent op de hoogte van het medicatieproces, zoals dit door de verpleegkundigen wordt uitgevoerd, en heeft dit van invloed gehad op de uitkomst van de vragenlijst-verpleegkundigen?

#### **Vragenlijst patiënt/eerste contactpersoon**

De uitkomst van de vragenlijst naar de eerste contactpersoon liet zien dat, informatie over het medicatie gebruik, de medicatieverandering, de werking en bijwerkingen niet wordt verstrekt aan de patiënt en eerste contactpersoon. Dit wordt zowel door de arts als door de verpleegkundige niet gedaan.

Geconcludeerd kan worden dat de communicatie tussen de eerste contactpersoon en team Ouderenzorg 1 verbeterd moet worden.

#### **Geeltjesmeting**

Een opvallend gegeven is dat bij de geeltjesmeting door het verpleegkundig team niet is gescoord op het vooraf uit de verpakking halen van de medicatie, dit is volgens het verpleegkundig team geen 'medicatiefout'.

Hiervan uitgaande kan men concluderen dat wanneer dit bij de geeltjesmeting wel was gemeld als medicatiefout, dit de uitslag van de geeltjesanalyse zou veranderen. Dan zou namelijk het aantal toedieningfouten aanzienlijk zijn gestegen en wellicht de uitzetfouten hebben overstegen.

### **Member check**

Bij de member check kwam een opvallende uitkomst naar voren. Bij het verkeerd uitzetten of het niet aftekenen van medicatie werd geen VIM ingevuld, alleen bij het toedienen van verkeerde medicatie. In de vragenlijst-verpleegkundigen kwam met betrekking tot de VIM naar voren dat acht respondenten vinden dat registratie van medicatie-incidenten inzichtelijk gebeurt. Dit vonden de aanwezigen een vreemde uitkomst, want in de praktijk worden nooit meldingen gedaan omtrent het medicatieproces. Dit gebeurt alleen wanneer een patiënt de verkeerde medicatie toegediend heeft gekregen.

### **Triple check**

Uit de triple check blijkt dat acht van de tien dagen op de medicatiedeellijst een paraaf gezet is voor het aftekenen van medicatie. Zoals blijkt uit voorgaande onderzoeken is hiervoor geen apart vakje op de medicatiedeellijst. De conclusie is dat door de nachtdienst geen paraaf gezet wordt voor de uitgezette medicatie.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het woord uitzetten wellicht verward wordt met het woord toedienen.

Uit de triple check blijkt verder dat medicatie vaak gemalen wordt en toegediend met moes of toetje. Echter, in de vragenlijst-verpleegkundigen, antwoorden zeven respondenten van de 15, dat medicatie niet gemalen wordt.

Concluderend naar de uitkomst van de triple check betekent dit dat geen eenduidigheid bestaat onder de verpleegkundigen in het malen van medicatie.

### **Tenslotte**

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de medicatie uitzetfouten 57,1 % fouten scoorde en het zou dus voor de hand liggen dat het verbetertraject hierop gericht zou worden.

De projectgroep heeft echter gekozen om zich te richten op de medicatietoediening. Bij het uitzetten van de medicatie vindt in het dagelijkse toedieningsproces namelijk al een dubbele controle plaats.

De nachtdienst zet namelijk de medicatie uit en de dagdienst controleert de medicatie voor toediening. Hierdoor worden eventuele uitzetfouten tijdig ontdekt en gecorrigeerd.

Daarom richt de projectgroep zich op het tweede aspect uit het onderzoek waarbij 22,1 % foutmeldingen plaatsvonden en waarbij géén dubbele controle plaats vindt, namelijk de medicatietoediening. Hierbij zal er extra aandacht zijn voor het malen van medicatie.

Andere redenen om te kiezen voor medicatietoediening zijn omdat, dit direct van invloed is op het verpleegkundig handelen en de verantwoordelijkheden van de individuele verpleegkundige en het de Patiëntenveiligheid op Ouderenzorg 1 kan bevorderen.

## **5.3 Het vermelden waard**

Na de onderzoeksfase is er door het verpleegkundig team spontaan een aspect uit het medicatieproces verbeterd. Dit is namelijk dat:

- De medicatie voortaan per dag wordt uitgezet in plaats van per twee dagen. Voordien werden door de nachtdienst twee medicijnbladen tegelijkertijd uitgezet. Dit veroorzaakte veel fouten doordat er bijna dagelijks medicatieveranderingen plaats vinden die dan niet werden verwerkt in de al uitgezette medicijndosettes. Na de member check heeft het team besloten om een medicijnblad weg te halen.

## 6. DEFINITIEVE VRAAGSTELLING MEDICATIEVEILIGHEID OUDERENZORG 1

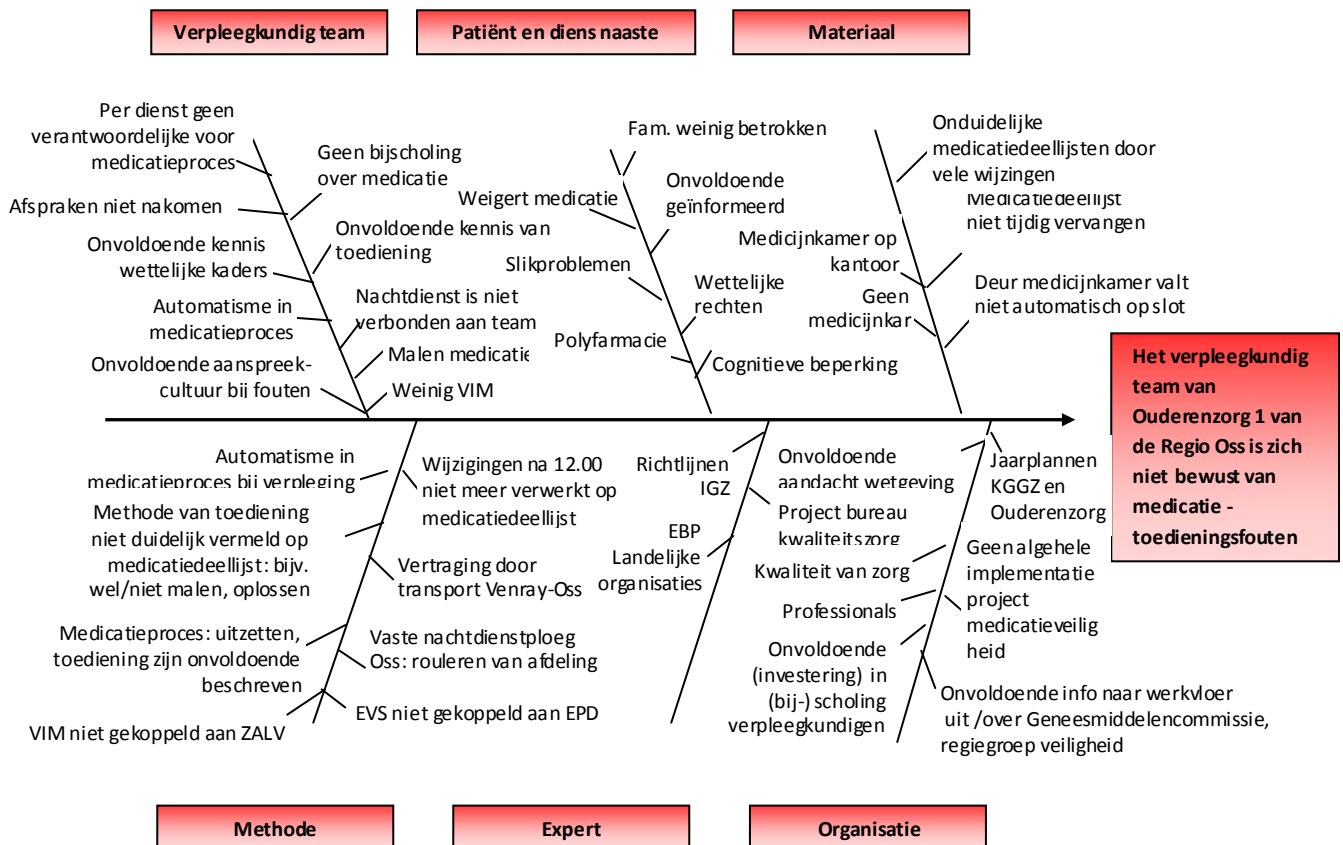
Dit proces wordt beschreven aan de hand van de ervaringen van het, op afdeling Ouderenzorg 1 als verpleegkundige werkzame, lid van de HBO-V afstudeergroep en de literatuurstudie zoals is beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

### 6.1 Probleemanalyse volgens het visgraatdiagram

In dit projectverslag wordt gebruik gemaakt van het zogenaamde *visgraatdiagram*, ook wel het Ishikawa-diagram genoemd. Voor dit model is gekozen omdat het voor dit onderwerp goed toepasbaar en concreet is. Het probleem wordt hierbij verdeeld in hoofdoorzaken en bijzaken om het probleem duidelijk te krijgen.

Het visgraatdiagram wordt zo genoemd vanwege zijn vorm. De oorzaken en gevolgen worden als graten van een vis in het diagram geplaatst. Hierbij worden de oorzaken in categorieën onderverdeeld. Dit zijn meestal de categorieën mens, machine, materiaal en methode, maar er kunnen ook categorieën aan toegevoegd worden. Vanuit deze analyse volgt dan een probleemstelling, waarna het verdere proces van kwaliteitsverbetering volgt. In onderstaande probleemanalyse van het onderwerp Medicatieveiligheid is gekozen voor de onderverdeling in de categorieën verpleegkundig team, patiënt en diens naaste, materiaal, methode, expert en organisatie.

De gegevens die gebruikt worden in het visgraatdiagram, zijn gehaald uit de resultaten van de beschreven onderzoeken, de literatuurstudie en de verpleegkundige praktijkervaring van de leden van de projectgroep.



Figuur 5.15

## 6.2 Beschrijving van de Visgraatdiagram-analyse

Hierna volgt een nadere beschrijving van de probleemanalyse volgens het visgraatdiagram.

### *Verpleegkundig team*

Uit de verschillende in het kader van dit project uitgevoerde onderzoeken, is gebleken dat het verpleegkundig team in het medicatieproces veelal vanuit automatismen werkt. Dit is vooral het geval bij het uitzetten en het toedienen van de medicatie. De verpleegkundige zet de medicatie uit of dient deze toe op de manier zoals de overige teamleden dit ook doen, zonder erbij stil te staan of dit wel juist is. Dit blijkt ook uit een voorbeeld dat door een verpleegkundige van afdeling Ouderenzorg 1 tijdens de start van het project werd gegeven. Toen deze verpleegkundige namelijk als nieuw teamlid op Ouderenzorg 1 begon, was deze verpleegkundige verbaasd dat de medicatie niet bij de patiënt uit de verpakking werd gehaald maar dat dit al op een eerder moment werd gedaan. Deze verpleegkundige heeft deze werkwijze overgenomen omdat alle verpleegkundig teamleden dit zo deden, ondanks dat deze verpleegkundige wist dat het eigenlijk niet juist was.

Bij het verpleegkundig team blijkt onvoldoende actuele kennis over medicatietoediening aanwezig te zijn. Het verpleegkundig team blijkt onvoldoende op te hoogte te zijn van de werking en bijwerkingen van medicatie.

Bij de toediening blijken nogal wat fouten gemaakt te worden waar het verpleegkundig team zich waarschijnlijk niet van bewust is. Een voorbeeld hiervan is het veelvuldig malen van de medicatie. Het verpleegkundig team kent de diverse richtlijnen niet en is zich ook niet bewust van de wettelijke kaders, de WGOB en de plaats die wilsonbekwaamheid in die wet heeft.

Het verpleegkundig team krijgt geen bijscholing over het algemene medicatieproces of over de wettelijke kaders.

De nachtdienst zet de medicatie uit maar is niet verbonden en betrokken bij het team van Ouderenzorg 1 en de dagelijkse praktijk op die afdeling. Hierdoor is men mogelijk minder goed ingevoerd in het medicatieproces.

Uit de onderzoeken blijkt verder dat het verpleegkundig team zich niet houdt aan de in het werkoverleg gemaakte afspraken ten aanzien van het medicatieproces. Zo blijkt uit de onderzoeken bijvoorbeeld dat men niet op de medicatiedeellijst vermeldt wanneer een patiënt de medicatie heeft geweigerd. Een afdelingsafpraak is dat men dit door middel van een arceerstift vermeldt.

De medicatie die verstrekt wordt aan de patiënt wordt overdag door meerdere verpleegkundigen gegeven, er is per dienst geen verpleegkundige die voor die dienst de totale eindverantwoordelijkheid heeft voor het medicatieproces: het nakijken gebeurt door een verpleegkundige van de vroege dienst, het toedienen gebeurt door meerdere verpleegkundigen. Het faxen van medicatieopdrachten gebeurt door de verpleegkundige die deze dag overleg heeft gehad met de artsen of door de verzorgingsassistent.

Het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 en de nachtdienst lijken elkaar onderling weinig aan te spreken of te wijzen op eventuele medicatiefouten. Dit kan onder andere geconcludeerd worden doordat uit de checklist blijkt dat bijna dagelijks dezelfde uitzetfout gemaakt werd. Aangenomen mag worden dat dit niet het geval zou zijn wanneer de nachtdienst hierop gewezen was.

Een VIM wordt wel ingevuld wanneer er aan de verkeerde patiënt medicatie is toegediend, maar overige fouten in het medicatieproces worden nauwelijks gemeld.

### *Patiënten en diens naaste*

Bij de meeste patiënten van Ouderenzorg 1 is er sprake van polyfarmacie.

Door de cognitieve beperkingen van de patiënt is het veelal niet mogelijk om de patiënt zelf goed te informeren over de medicatie die wordt gebruikt.

Vaak werkt de patiënt niet mee bij het innemen van de medicatie. Soms weigert de patiënt de medicatie door het niet door te slikken of uit te spugen. De oorzaak hiervoor kan liggen bij de cognitieve beperking of slikproblemen.

Het merendeel van de naaste van de patiënten geven in de vragenlijst aan onvoldoende geïnformeerd te worden over de medicatie die de patiënt gebruikt, maar hier wel behoefte aan te hebben.

De rechten van de patiënt met betrekking tot het medicatieproces zijn vastgelegd. Deze rechten zijn zowel bij de patiënt en diens naaste als bij het verpleegkundig team, onvoldoende bekend.

### *Materiaal*

De medicatiedeellijsten zijn aan het einde van de dag vaak onoverzichtelijk. Dit komt doordat wijzigingen die na 12.00 uur gedaan worden niet meer verwerkt kunnen worden door ZALV. Dus alle wijzigingen die na deze tijd gedaan worden blijven op de medicatiedeellijst staan tot de volgende dag. Bij veel wijzigingen wordt het dan erg onoverzichtelijk.

Als er geen medicatiewijzigingen plaats vinden, gaan de medicatiedeellijsten een week mee. Elke dag van die week heeft een aparte kolom. Het komt echter voor dat ZALV de nieuwe medicatiedeellijsten voor de volgende week te laat verstrekt, waardoor de verpleegkundige niet meer op de juiste dag de medicatie kan aftekenen.

De medicijnkamer van Ouderenzorg 1 bevindt zich op het kantoor. Hierdoor is er veel afleiding bij het uitzetten of klaarmaken van medicatie. De medicijnkamer wordt van het kantoor gescheiden door een schuifdeur. In de medicijnkamer staat de medicijnkast waarin alle gebruikte medicatie staat. In de medicijnkamer hangt een aparte kast die als noodkast dient.

De deur van de medicijnkamer staat vaak open. De deur wordt niet steeds afgesloten en valt niet automatisch op slot.

Er is geen medicijnkar. De medicatie wordt in dagelijkse dosettes uitgezet en dan op een medicijnblad gezet. De verpleegkundige neemt vanuit de medicijnkamer alleen de betreffende dosette mee naar de patiënt. Dit kan zijn naar de slaapkamer, de huiskamer, de keuken. Soms wordt de dosette op het kantoor gelegd, in afwachting van het moment dat de patiënt voorbij het kantoor komt.

### *Methode*

Over de methode van het medicatieproces is weinig schriftelijk vastgelegd. Op Ouderenzorg 1 is geen duidelijke schriftelijke richtlijn of werkinstructie aanwezig. Ook is op de afdeling geen duidelijke informatie over de juiste wijze van toedienen. Via het intranet van de GGZ Oost Brabant is deze informatie echter wel voor iedereen ter inzage beschikbaar. Deze informatie wordt door ZALV verzorgd. Het verpleegkundig team werkt echter vanuit automatisen en maakt weinig gebruik van deze informatiebron.

De wijze van toediening wordt door ZALV niet altijd duidelijk op de medicatiedeellijsten vermeld. Zo wordt bijvoorbeeld wel vermeld dat medicatie in water opgelost moet worden, maar niet of medicatie wel of niet gemalen mag worden.

Ook het proces van levering kan met fouten gepaard gaan. Omdat de medicatie en de medicatiedeellijsten vanuit Venray naar Oss per transport geleverd worden, moeten wijzigingen voor 12.00 uur gefaxt worden. De zending wordt dan na 17.00 uur in Oss afgeleverd. De tussenliggende tijd heeft men nodig voor verwerking en transport.

Er is nog geen digitale koppeling tussen ZALV en de GGZ Oost Brabant voor wat betreft de VIM en het EVS.

Door deze methode worden wijzigingen na 12.00 uur dezelfde dag dus niet meer verwerkt en blijven ze met pen op de medicatiedeellijst staan. Dit kan, zeker bij meerdere wijzigingen bij een patiënt, onduidelijkheden en uitzet- en/of toedieningsfouten tot gevolg hebben.

Ook zijn door het herhaaldelijk vernieuwen van de medicatiedeellijsten de parafen van de vorige toediening niet meer zichtbaar.

De wijze waarop de nachtdienst in de locatie Oss is georganiseerd kan ook bijdragen aan medicatiefouten. Er wordt gewerkt met vaste nachtdiensten die steeds, per dag of om de paar dagen, rouleren van afdeling. Hierdoor is er geen sprake van continuïteit of coördinatie in het uitzetproces. De nachtdienst zet de medicatie uit maar is niet verbonden en betrokken bij het team van Ouderenzorg 1 en de dagelijkse praktijk. Hierdoor is de nachtdienst mogelijk onvoldoende ingevoerd in het medicatieproces.

### *Expert*

Het onderwerp Medicatieveiligheid staat volop in de belangstelling, zowel op meso- als op macro-niveau. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft hiervoor richtlijnen uitgebracht. Er zijn veel landelijke organisaties die deze richtlijnen vertalen en aanbieden via projecten of subsidies.

Het Bureau Kwaliteitszorg van de GGZ Oost Brabant heeft een project Medicatieveiligheid op een viertal afdelingen binnen de organisatie geïmplementeerd. Ouderenzorg 1 (microniveau) maakt hier geen deel van uit.

### *Organisatie*

In diverse jaarplannen heeft de GGZ Oost Brabant aandacht voor het onderwerp Medicatieveiligheid. Het thema is ondergebracht in de ambitie *Veilige zorg*. De Regiegroep Veiligheid, de Commissie Farmaceutische Dienstverlening en de Geneesmiddelencommissie van de GGZ Oost Brabant hebben dit onderwerp als aandachtspunt. De informatie van de verschillende commissies bereikt de werkvloer slechts mondjesmaat.

De door Bureau Kwaliteitszorg gestuurde project Medicatieveiligheid is niet binnen alle afdelingen van de GGZ Oost Brabant geïmplementeerd.

In de jaarplannen van de GGZ Oost Brabant wordt aangegeven dat het leveren van kwaliteit van zorg en het hebben van professioneel en kwalitatief goed personeel nastreeft. Hiervoor heeft de GGZ Oost Brabant een opleidingsplan en een opleidingsbudget. Binnen Ouderenzorg 1 vindt onvoldoende (bij-)scholing plaats ten aanzien van het onderwerp medicatie en medicatieveiligheid. Op dit punt kan de door de organisatie nagestreefde kwaliteit van zorg en personeel zeker verbeterd worden.

### **6.3 De definitieve vraagstelling**

Uit de voorgaande analyse blijkt dat het antwoord op de voorlopige vraagstelling *‘Is de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss voor verbetering vatbaar en zo ja, op welke wijze’*, bevestigend moet zijn.

Uit de resultaten van de onderzoeken in hoofdstuk vijf blijkt de Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 vooral bij het uitzetten en de toediening van medicatie voor verbetering vatbaar is. De projectgroep richt zich op het tweede aspect uit het onderzoek waarbij ook een hoog percentage foutmeldingen plaatsvonden en waarbij géén dubbele controle plaats vindt, namelijk de *medicatietoediening*.

Dit leidt tot de volgende definitieve vraagstelling:

*Kan de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, door het verpleegkundig team verbeterd worden ten aanzien van het toedienen van medicatie en zo ja, op welke wijze?*

### **6.4 Deelvragen bij de vraagstelling**

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling kunnen de volgende deelvragen worden geformuleerd:

1. Welke medicatie toedieningsvormen zijn er en hoe dienen deze volgens richtlijnen op microniveau te worden gehanteerd?
2. Welke wettelijke kaders zijn relevant voor de patiënten op afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatietoediening?
3. Welke (wettelijke) kaders zijn relevant voor de verpleegkundigen van afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatietoediening?
4. Wat is nodig om de deskundigheid van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1 te bevorderen en hen bewust te maken van hun verpleegkundig handelen bij het toedienen van medicatie?

*In dit hoofdstuk worden de deelvragen elk in een aparte paragraaf behandeld en wordt elk van de deelvragen beantwoord. Die antwoorden samen vormen dan de wenselijke situatie.*

### **7.1 Welke medicatie toedieningsvormen zijn er en hoe dienen deze volgens richtlijnen op microniveau te worden gehanteerd?**

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben een rol in het uitzetten, het voor toediening gereedmaken en het toedienen van medicatie (V&VN, 2008). Algemeen geldt dat de orale toedieningsroute de voorkeur geniet, tenzij dit niet mogelijk is door bijvoorbeeld een slechte geestelijke toestand, verlaagd bewustzijn, een buikoperatie of kans op aspiratie (verslikking) (Heijenbrok & Hospes, 2009). Terwijl meer dan 60% van de in Nederland beschikbare medicatie oraal gegeven wordt, krijgt de vraag hoe deze medicatie op juiste wijze toegediend moet worden meestal weinig aandacht. Een goed inzicht in factoren die de in- en opname van orale medicatie en daarmee het uiteindelijke effect kunnen beïnvloeden, is hierbij van belang (Heijenbrok & Hospes, 2009).

Sommige medicatie moet, nadat deze van de apotheek is gekomen, op de afdeling voor toediening nog gereed gemaakt worden. Een voorbeeld hiervan is het klaarmaken van injecties en het malen van medicatie (V&VN, 2008).

Medicatie kan op allerlei wijzen worden toegediend worden:

- oraal: via mond en slokdarm: tablet, dragee, capsule, drank, poeder
- intraveneus: d.m.v. injectie in een ader
- intramusculair: injectie in een spier
- subcutaan: onderhuidse injectie
- rectaal: via de anus: zetpil, klysma
- dermaal: op de huid: zalf, crème, lotion, pasta, gel
- transdermaal: door de huid: pleister (fentanyl, nicotine, oestrogeen, exelon)
- via de longen: middelen voor inhalatie
- op de slijmvliezen
- verstuiving: mondspray, neusspray
- spoeling: gorgedrank (gargarisma), mondspoeling (collutio), oogwater (collyrium)
- indruppeling: oogdruppels (oculoguttae), neusdruppels (guttae nasales), oordruppels

(Heijenbrok & Hospes, 2009).

#### **Landelijke instructie ‘Voor Toediening Gereedmaken’**

Het Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) heeft in opdracht van V&VN de landelijke instructie ‘Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie’ ontwikkeld (V&VN 2008). Deze landelijke instructie wil bijdragen aan de patiëntveiligheid door het voorkomen van medicatiefouten. Patiëntveiligheid is het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt, die kan ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem (...). Het gaat om het ontstaan van onbedoelde schade die zodanig ernstig is dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperkingen dan wel van overlijden van de patiënt (...). De verwachting is dat deze landelijke instructies voor het VTGM van medicatie zal leiden tot een vermindering van de meest voorkomende medicatiefouten bij het voor toediening gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen en daarmee mogelijke (blijvende) schade aan de patiënt voorkomt (V&VN, 2008).

Uit onderzoek, gedaan door LEVV, blijkt een top drie van handelingen waarbij fouten en knelpunten bij VTGM voorkomen.

Deze zijn: het malen van medicatie, het voor toediening gereedmaken van insuline en het voor toediening gereedmaken van injecties en spuitpompen.

In de instructie VTGM wordt stapsgewijs beschreven hoe een handeling uitgevoerd moet worden. Ook zijn voorwaarden opgenomen waaraan moet zijn voldaan om een handeling te mogen uitvoeren.

Daarnaast staat beschreven wat verwacht mag worden van bijvoorbeeld de arts als voorschrijver en de apotheker (V&VN, 2008).

Onder 7.1.2 wordt de landelijke instructie hoe te handelen bij het *malen* van medicatie verder uitgewerkt.

### **7.1.1 Toedieninggerelateerde aspecten van orale medicatie**

Op Ouderenzorg 1 wordt het meest gebruik gemaakt van orale medicatie daarom wordt deze toedieningsvorm hieronder verder uitgediept.

Aan orale medicatietoediening zijn meerdere aspecten te onderscheiden:

- A. Medicatievorm.
- B. De medicatie zelf.
- C. Invloed van voedsel.
- D. Het toedientijdstip in relatie tot de maaltijd.

#### **A. Orale medicatievormen**

De verschillende orale medicatievormen zijn: tabletten, capsules (harde en zachte), bruistabletten, dragees, dranken en suspensies (mengsel van twee stoffen), granulaat, korrels, omhulde tabletten en capsules, orodispergeerbare tabletten (tabletten die ingenomen worden door ze op de tong te leggen en met het speeksel door te slikken), poeders en zuigtabletten (Heijenbrok & Hospes, 2009).

##### *Tabletten*

Gewone tabletten vallen onmiddellijk uiteen in de maag en lossen in de maag meteen op, zodat de medicatie meteen vrij kan komen.

Deze tabletten kunnen gemalen toegediend worden (Heijenbrok & Hospes, 2009).

##### *Capsules*

Er zijn harde en zachte capsules. Harde capsules kunnen veelal gewoon geopend worden, waarna de inhoud gegeven kan worden.

Zachte capsules zijn volledig gesloten en bevatten een vloeistof. De capsule kan in warm water opgelost worden (Heijenbrok & Hospes, 2009).

##### *Vloeibare toedieningsvormen (dranken en suspensies)*

Vloeibare toedieningsvormen verdienen de voorkeur bij toepassing via de sonde. Bij kinderen worden veel dranken en suspensies gebruikt. Deze bevatten grote hoeveelheden suiker of sorbitol. Een probleem kan zijn dat de vloeistof te stroperig wordt. Dit probleem kan opgelost worden door de vloeistof voor toediening te verdunnen met water.

Als medicatie niet geschikt is om gemalen te worden en er geen geschikt alternatief in de handel is, kan de apotheek in sommige gevallen een drank bereiden (Heijenbrok & Hospes, 2009).

##### *Medicatie met een gereguleerde afgifte*

Medicatie met een gereguleerde afgifte geven de werkzame stof gedurende lange tijd gelijkmatig af.

De tabletten bevatten soms het gelijkwaardige van twee a drie van de normale doses van de medicatie. Het aantal doseringen per dag kan zo aanzienlijk worden teruggebracht. Wanneer deze tabletten of capsules gemalen worden, gaat het vertraagde afgiftesysteem verloren. De totale hoeveelheid medicatie komt dan in een keer beschikbaar voor absorptie in de bloedbaan en daardoor kunnen er toxische effecten ontstaan en de duur van de werking van de medicatie neemt af (Heijenbrok & Hospes, 2009).

#### *Medicatie met een maagsapresistente coating*

Er zijn tabletten en capsules die een maagsapresistente coating hebben. Deze tabletten en capsules zijn bedoeld om de maag te passeren zonder daar uiteen te vallen.

Dit kan twee verschillende redenen hebben:

- De medicatie is niet bestand tegen maagzuur en de coating dient als bescherming tegen dit maagzuur.
- Het maagslijmvlies kan geïrriteerd raken door de medicatie en de coating dient als bescherming van de maagwand.

Er zijn risico's verbonden aan het malen van medicatie met een coating namelijk, kans op onderdosering en een verhoogde kans op gastro-intestinale (maagdarmstelsel) bijwerkingen.

Maagsapresistente tabletten en capsules mogen dus niet gemalen worden (Heijenbrok & Hospes, 2009).

### **B. De medicatie zelf**

Naast de eigenschappen van de medicatievorm, kunnen de eigenschappen van de medicatie zelf van belang zijn.

Hierbij valt te denken aan:

1. Risicovolle eigenschappen.
2. De smaak van de medicatie.
3. Gastro-intestinale bijwerkingen.
4. Binding aan voedingsbestanddelen.
5. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) (ontstekingsremmende medicatie) (Heijenbrok & Hospes, 2009).

#### *1. Risicovolle eigenschappen*

De gezondheidsrisico's van een toxische (giftige) stof worden bepaald door de schadelijke eigenschappen van de stof en door de duur en mate van blootstelling. Bij het toedienen en gereedmaken van een dergelijk geneesmiddel moet blootstelling zo veel mogelijk vermeden worden. Er moeten voorzorgsmaatregelen genomen worden zoals het dragen van handschoenen en de poeder zo min mogelijk inademen. Malen van toxische medicatie brengt dus risico's met zich mee.

Deze risicovolle medicijnen worden onderverdeeld in de volgende groepen:

- Reproductietoxische stoffen (voor de voortplanting giftige stoffen), onder andere: antibiotica, benzodiazepinen, hormoonpreparaten, lithium en anti-epileptica.
- Kankerverwekkende stoffen onder andere cytostatica.
- Mutagenen stoffen (stoffen die schade veroorzaken aan het erfelijk materiaal in de geslachtscellen).
- Sensibiliserende stoffen (veroorzaken overgevoeligheid, d.w.z. een allergische reactie), onder andere antibiotica (Heijenbrok & Hospes, 2009).

Voorzorgsmaatregelen:

Blootstelling moet altijd bij iedereen voorkomen worden. Men hanteert hier richtlijnen van de stralingshygiëne. Het openen, breken en/of malen van tabletten en capsules is niet toegestaan. Het is

niet toegestaan om de tabletten en capsules met blote handen aan te raken. Indien het middel aan een patiënt met slikklachten of via een sonde gegeven moet worden, wordt dit door de apotheek afgeleverd in de vorm van een drank in een wegwerpspuitje. Wanneer dit bereidingstechnisch niet mogelijk is, zoekt de apotheker naar een alternatief. Inademen dient zoveel mogelijk voorkomen te worden. Indien in vloeibare vorm voorhanden dient deze gebruikt te worden. Verder is het aan te bevelen handschoenen te dragen (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## *2. De smaak van de medicatie*

De slechte smaak van medicatie kan een probleem zijn bij het vermalen van tabletten en/of openen van capsules. Vaak betekent een slechte smaak een bittere smaak. Men kan deze bittere smaak verhullen in een zoet product bijvoorbeeld appelsap, appelmoes of een zoete siroop (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## *3. Gastro-intestinale bijwerkingen*

Verschillende soorten medicatie kunnen aanleiding geven tot maagklachten. In sommige gevallen wordt dan medicatie voorgeschreven in een speciale maagsapresistente vorm en in andere gevallen wordt er een specifiek toedieningsadvies gegeven bijvoorbeeld 'Tijdens de maaltijd innemen'. Bij lichte maagklachten kan een niet lege maag voldoende zijn om gastro-intestinale bijwerkingen te voorkomen (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## *4. Binding aan voedingsbestanddelen*

Sommige soorten medicatie hebben een interactie met voedingsbestanddelen en worden daardoor minder goed opgenomen. Daarom is het belangrijk dat de apotheek vermeld ' Niet tegelijkertijd toedienen met voeding' (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## *5. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) (ontstekingsremmende medicatie)*

Deze ontstekingsremmende medicatie geeft vaak aanleiding tot maagklachten, zowel door directe inwerking op de maagwand als door systemische (via de bloedbaan) effecten (ook zetabletten kunnen aanleiding geven tot maagklachten). Om het effect van de directe inwerking op het maagslijmvlies te voorkomen kan men gebruik maken van de volgende mogelijkheden:

een tablet met een maagsap resistente coating, kiezen voor een andere toedieningsweg, innemen tijdens of vlak na de maaltijd, innemen met voldoende water waardoor snellere maagpassage en opname, innemen als bruistablet op lege maag om een goede en snellere absorptie en een korte contacttijd van het geneesmiddel met het maagslijmvlies (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## **C. Invloed van voedsel**

Voedsel kan op verschillende manieren de opname van medicatie beïnvloeden. Voedsel vertraagt de opnamesnelheid van medicatie. Het effect van voedsel op de beschikbaarheid van medicatie varieert, dit is afhankelijk van de eigenschappen van de medicatie.

Hoe meer water gedronken wordt, hoe sneller en beter de medicatie wordt opgenomen (Heijnenbrok & Hospes, 2009).

## **D. Het toedientijdstip in relatie tot de maaltijd**

Het juiste toedientijdstip ten opzichte van de maaltijd is afhankelijk van:

- Het effect van voedsel en vloeistof op opname en opnamesnelheid van het geneesmiddel in het maag-darmkanaal.
- De eventuele bijwerkingen van het medicijn, zoals misselijkheid, irritatie of beschadiging van het maagdarmslijmvlies

In de praktijk wordt medicatie vaak tijdens de maaltijd ingenomen. Redenen hiervoor kunnen zijn het verminderen op het risico van maag-darmklachten, een vermindering van het first-pass effect, een

langzame, geleidelijke opname van de medicatie. Daarnaast is het tijdstip van inname makkelijk te onthouden.

Medicatie die op nuchtere maag ingenomen moeten worden omdat de opnamesnelheid van groot belang is, zijn onder andere: sotalol, penicillinen en levothyroxine. Het innemen van dit soort medicatie op nuchtere maag kan maagdarmproblemen veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is acetylsalicylzuur, dat in water opgelost moet worden en een half uur voor de maaltijd ingenomen moet worden.

Er is ook medicatie die niet tegelijkertijd met voedsel ingenomen mag worden. Dit moet dan expliciet vermeld worden (Heijenbrok & Hospes, 2009).

### **7.1.2 Het malen van medicatie**

Omdat het malen van medicatie op afdeling Ouderenzorg 1 veelvuldig voorkomt wordt dit onderwerp hieronder verder uitgediept.

Malen van medicatie gebeurt in situaties waarin de patiënt de medicatie niet meer kan of wil slikken. Het malen van medicatie is echter niet altijd verantwoord. In zorginstellingen ontstaat gemakkelijk een ‘maalcultuur’ waarbij onbewust risico’s voor medicatieveiligheid ontstaan. Een ‘maalcultuur’ uit zich in het op grotere schaal dan nodig is - en vaak zonder goede toetsing – verstrekken van gemalen medicatie.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat zestig procent van de tabletten in een verpleeghuis wordt gemalen. Uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat in dertien van de zesenvestig onderzochte verpleeghuizen de medicatie wordt gemalen zonder schriftelijke opdracht of instemming van de arts (Nijpels, 2009).

Voor een goede farmacotherapie kan malen van medicatie noodzakelijk zijn. Belangrijk is dat medicatie alleen gemalen wordt wanneer er geen alternatieven mogelijk zijn. Daarbij moeten de mogelijke risico’s voor patiënt en toediener geminimaliseerd worden. De manier van malen verdient dan grote aandacht. Een goede procedure van medicatie malen kan de medicatieveiligheid verbeteren (Nijpels, 2009).

Risico’s bij het malen van medicatie zijn:

- Verminderde beschermende werking van medicatie.
- Veranderde werking van medicatie.
- Verontreiniging door niet goed schoongemaakte hulpmiddelen.
- Kans op verwisselen van medicatie.
- Interacties met voedingsmiddelen.
- Gevaren voor maler zelf.
- Het veranderen van smaak van voeding (Nijpels, 2009).

Gemalen medicatie mag nooit toegediend worden zonder dat de patiënt hierover geïnformeerd is. Wanneer een patiënt een geneeskundige behandeling nodig heeft, is de Wet WGBO van toepassing. Deze schrijft voor dat een patiënt expliciet toestemming moet geven voor een behandeling (dus ook voor het malen van medicatie) nadat de patiënt daar goed door de arts over is geïnformeerd. Een en ander wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst.

Bij gedwongen opnames schrijft de Wet BOPZ voor dat de arts een behandelplan opstelt. Hierin kan worden opgenomen dat de patiënt indien deze de medicatie weigert, deze dan gemalen toegediend krijgt. Dit behandelplan dient met de patiënt besproken te worden of -bij wilsonbekwaamheid- met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt.

Hierna volgt de landelijke instructie VTGM, die voorschrijft hoe te handelen wanneer medicatie voor toediening wordt gemalen.

## Malen van medicatie volgens de landelijke instructie VTGM

### *Voorwaarden malen van tabletten*

- Arts schrijft het malen van tabletten alleen voor indien er geen alternatieven zijn.
- Uitvoerder maalt alleen tabletten fijn indien hiervoor een schriftelijke opdracht is.
- Management stelt eisen op waaraan de tablettenvermaler moet voldoen en controleert jaarlijks of het apparaat nog voldoet aan deze eisen.
- Management zorgt voor een procedure voor het periodiek schoonmaken van de tablettenvermaler.
- Management en apotheker zorgen voor een naslagwerk waarin informatie is opgenomen over de meest gebruikte tabletten, waaronder de mogelijkheid tot malen.
- Tabletten mogen per patiënt per deelronde tegelijkertijd worden gemalen, tenzij de apotheek anders aangeeft.
- Apotheek zorgt dat tabletten die niet gemalen mogen worden te identificeren zijn.
- Management maakt in overleg met de apotheek keuze voor halfvaste voeding (bijvoorbeeld appelmoes) die standaard bij elke patiënt wordt gebruikt voor de toediening van gemalen tabletten. Bij voorkeur wordt geen gebruik gemaakt van zuivelproducten in verband met mogelijke interactie.
- Eerstverantwoordelijke verzorgende vermeldt voedselallergieën en smaakvoorkeur patiënt in het dossier.

### *Medicatieopdracht door arts/voorschrijver*

- Gaat na (bij apotheker) of een andere toedieningsvorm mogelijk is of dat er een farmacotherapeutisch alternatief is met een andere toedieningsvorm.
- Verifieert (bij apotheker) of tablet gemalen mag worden.
- Overlegt met apotheker over een oplossing als de tablet niet gemalen mag worden.
- Schrijft recept voor de tablet.
- Schrijft op recept: 'Tablet malen'.

### *Apotheek*

- Controleert of tablet gemalen mag worden.
- Controleert of het gelijktijdig malen van verschillende medicijnen tot ongewenste interacties leidt.
- Verwerkt recept.
- Zorgt voor toevoeging 'Tablet malen' op de medicatiedeellijst.

### *Uitvoering*

- Benodigdheden
  - Medicatieopdracht of medicatiedeellijst.
  - Voorgeschreven tablet(ten) die gemalen mag/mogen worden.
  - Tablettenvermaler: vijzel, Pill Mill, verpulveraar.
  - Eventueel medicijnbekertje.
  - Appelmoes.
- Voorbereiding
  - Leest op medicatiedeellijst dat medicatie gemalen moet worden.
  - Overlegt met de apotheek indien er twijfel is of een tablet gemalen mag worden.
  - Pakt benodigdheden.
  - Pakt juiste tablet(ten).
  - Controleert of elke tablet overeenkomt met opdracht op medicatiedeellijst.

- Handeling
- Past handhygiëne toe.
- Haalt tablet(ten) uit verpakking. Let op: als een tablet op de grond is gevallen mag deze niet meer gebruikt worden.
- Doet tablet(ten) in tablettenvermaler.
- Maakt tablet(ten) fijn tot poedervorm.
- Brengt zo nodig totale hoeveelheid poeder over in medicijnbekertje.
- Vermengt gemalen tablet(ten) met kleine hoeveelheden appelmoes in sandwich-vorm: 'laagje voedsel - laagje gemalen medicatie - laagje voedsel' (ter voorkoming van verslikken in de poeder).
- Bij voorkeur zou elke tablet apart gemalen moeten worden. Uit praktische overwegingen kan echter gekozen worden voor het gelijktijdig malen van tabletten.
- Kleine hoeveelheden appelmoes om te voorkomen dat de patiënt de appelmoes en daarmee de medicatie niet meer wil innemen.
- Spoelt de tablettenvermaler goed schoon met water en droogt deze met een papieren handdoek of schone theedoek (V&VN 2008).

## 7.2 Welke wettelijke kaders zijn relevant voor de patiënten op afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatietoediening?

De relevante wettelijke kaders met betrekking tot medicatietoediening zijn zeker op afdeling Ouderenzorg 1, waar patiënten verblijven bij wie sprake is van cognitieve achteruitgang, een belangrijk aspect.

De relevante wettelijke kaders voor de patiënt zijn:

- De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
- De Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ).

### 7.2.1 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO beschrijft de rechten en plichten van patiënten in de zorg. De WGBO is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Zodra een arts een patiënt gaat onderzoeken of behandelen, is sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De wet heeft tot doel de rechtspositie van de patiënt te versterken.

De WGBO regelt de volgende rechten van de patiënt. De patiënt heeft recht op:

- Informatie over de medische situatie.
- Toestemming voor een medische behandeling.
- Inzage in het medisch dossier.
- Geheimhoudingsplicht voor de hulpverlener.
- Het recht op privacy tijdens een medische behandeling.
- Vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen.

Naast rechten hebben patiënten ook plichten: de patiënt moet de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Met de juiste informatie kan de zorgverlener sneller en beter een diagnose stellen en kan de zorgverlener beter zorg verlenen. De patiënt moet zo veel mogelijk met de zorgverlener meewerken en diens adviezen opvolgen (Hulpgids, 2010).

Iemand die bepaalde beslissingen niet meer zelf kan nemen, is wilsonbekwaam voor die beslissingen (Rijksoverheid, 2010). Iemand is wilsonbekwaam als hij informatie niet kan begrijpen en afwegen, niet begrijpt wat de gevolgen van zijn besluit zijn en/of geen besluit kan nemen (Kiesbeter, 2011).

Indien een patiënt wilsonbekwaam is moet dit in een behandelplan vermeld worden.

Iemand anders mag die beslissingen dan nemen en de belangen van de patiënt behartigen. Deze is dan de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt. In de WGBO staat wie vertegenwoordiger kunnen zijn. Een vertegenwoordiger heeft in principe recht op informatie en inzage in het dossier en recht op

een kopie van het dossier. De arts kan in het kader van 'goed hulpverlenerschap' de informatievoorziening aan de vertegenwoordiger beperken. Dit mag niet te snel en alleen in zeer uitzonderlijke situaties.

De WGBO regelt ook dat een arts soms zonder toestemming een medische ingreep mag doen, bijvoorbeeld om iemands leven te redden of om een ernstige handicap te voorkomen. Soms gaat het dan om een behandeling onder dwang (Rijksoverheid, 2010).

Ten aanzien van medicatietoediening betekent de Wet WGBO dat een patiënt expliciet toestemming moet geven voor een behandeling (dus ook voor het malen van medicatie) nadat de patiënt daar goed door de arts over is geïnformeerd. Dit wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst.

### **7.2.2 Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)**

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) regelt de opnameprocedure en de rechtspositie van mensen die onvrijwillig in een psychiatrische instelling worden opgenomen. In de wet is ook een klachtprocedure opgenomen. De wet geldt niet voor mensen die zich vrijwillig laten opnemen.

De wet is bedoeld voor mensen met een psychiatrische aandoening, met een verstandelijke beperking of voor ouderen die bijvoorbeeld dementeren (psychogeriatrische patiënten) (Wegwijzerloket, 2011). Een belangrijk uitgangspunt bij gedwongen opname is 'het afwenden van gevaar' voor de personen zelf, anderen of hun omgeving.

Artikel 60 BOPZ is bedoeld voor mensen die niet instemmen met opname maar zich daar ook niet tegen verzetten. Deze mensen kunnen worden opgenomen wanneer een onafhankelijke commissie Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dit nodig acht. Deze procedure is opgenomen in artikel 60 van de Wet BOPZ. Voor deze manier van opnemen is geen machtiging vereist. Deze procedure geldt alleen voor mensen met een verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening.

Ten aanzien van medicatietoediening betekent dit dat in het behandelplan moet worden opgenomen dat de patiënt, indien deze de medicatie weigert, de medicatie dan gemalen toegediend krijgt. Dit behandelplan dient met de patiënt besproken te worden of, bij wilsonbekwaamheid, met de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt. Bij weigering moet nagedacht worden over nood- of dwangmedicatie. Dit moet vermeld worden in het behandelplan (Wegwijzerloket, 2011).

### **Dwangmedicatie**

Door de cognitieve achteruitgang gaat het slikken soms moeilijk, ook het slikken van medicatie.

Bij gedwongen medicatie krijgt de patiënt tegen zijn zin of tegen de wil van de vertegenwoordiger medicatie toegediend. Dit is een ingrijpende vorm van dwang (Rijksoverheid, 2009).

Bij gedwongen medicatie krijgt de patiënt medicatie met een injectie of door het eten of drinken gemixed, zodat de patiënt niet merkt dat er medicijnen in zitten. Het kan ook zijn dat de patiënt tegen zijn zin medicatie slikt, omdat de patiënt weet dat de patiënt anders een spuit krijgt. Ook dit is dwangmedicatie. Dit moet vermeld staan in het behandelplan.

Door de dementie gaat het slikken soms moeilijk, ook het slikken van medicatie. De patiënt krijgt de medicatie dan in halfzacht voedsel, zoals vla of moes. Dat maakt het eenvoudiger om de medicijnen door te slikken. Het is belangrijk om expliciet vast te leggen waarom de patiënt de medicatie op deze manier krijgt.

De behandelaar van de patiënt of een andere arts beslist of de patiënt medicatie onder dwang krijgt. De verpleegkundige dient de medicatie toe en mag de patiënt dwingen als de patiënt niet meewerkt.

De patiënt mag alleen onder dwang medicijnen toegediend worden in een noodsituatie bij acuut gevaar of als dwangbehandeling.

Goede zorg wil zeggen dat de arts de juiste beslissingen nemen in moeilijke situaties. Daarbij wordt een afweging gemaakt tussen de beste hulp voor de patiënt en de veiligheid voor alle betrokkenen. Als de arts gedwongen medicatie noodzakelijk vindt, mag de patiënt verwachten dat dit zo kort mogelijk

duurt. De arts moet de situatie dus voortdurend blijven beoordelen. De arts moet telkens beoordelen of er nog sprake is van gevaar. Ook moet de arts zoeken naar een andere behandeling waar de patiënt of de vertegenwoordiger het wel mee eens is. Misschien zijn er medicijnen die de patiënt wel wil slikken. Misschien kan een andere vorm van zorg ertoe leiden dat medicatie niet nodig is of dat de patiënt de medicijnen wel accepteert. De arts zal hierover praten met de patiënt zelf en de vertegenwoordiger. In sommige situaties is medicatie echt noodzakelijk. Toediening onder dwang gebeurt altijd in opdracht van de behandelend arts. De aanleiding is bijvoorbeeld een medisch noodgeval. Gedwongen medicatie is zowel bij een gewone opname via artikel 60 mogelijk, als bij een gedwongen opname. De arts zal de gedwongen medicatie bespreken met de vertegenwoordiger van de patiënt. Het moet ook in het behandelplan vermeld worden.

De arts beslist of medicijngebruik noodzakelijk is. Als de patiënt wilsonbekwaam is voor medicijngebruik, kan de patiënt noodzakelijke medicatie niet weigeren. Ook de instemming van de vertegenwoordiger is dan niet per se nodig. In die situatie kan de vertegenwoordiger een klacht indienen bij de BOPZ-klachtencommissie van de instelling.

De arts moet iedere dwangbehandeling direct melden bij de Inspecteur voor Volksgezondheid, ook als de vertegenwoordiger van de patiënt instemt met de dwangmedicatie (Rijksoverheid, 2009).

### **7.3 Welke (wettelijke) kaders zijn relevant voor de verpleegkundigen van afdeling Ouderenzorg 1 met betrekking tot de medicatie toediening?**

1. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
2. De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).
3. De beroepscode voor Verpleegkundigen.

#### **7.3.1 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)**

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, orthopedagogen, etcetera). Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, die gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van een behandeladvies en het uitvoeren van handelingen op het gebied van de geneeskunst die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand.

De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO.

Regels die in de WGBO zijn opgenomen zijn:

- De patiënt heeft recht op informatie door de hulpverlener.
- De patiënt dient toestemming voor een medische behandeling.
- De patiënt heeft recht op inzage in het medisch dossier.
- De patiënt heeft recht op een tweede mening of second opinion.
- De is recht op vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen.
- De patiënt heeft recht op privacy (Hulpvids, 2010).

#### **7.3.2 De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)**

De Wet BIG richt zich op de individuele beroepsbeoefenaar die beroepsmatig handelt. Daar valt ook de verpleegkundige onder.

De Wet BIG is een kwaliteitswet. Dat wil zeggen dat de overheid zich middels deze wet bemoeit met de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Behalve het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de Wet BIG ook als doel om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen (de Bie & Hoorenman, 2008).

### *Voorbehouden handelingen op het gebied van de verpleegkunde*

De Wet BIG drukt uit dat verpleegkundigen deskundig zijn om een aantal ‘voorbehouden handelingen’ ‘functioneel zelfstandig’ uit te voeren. Het gaat hierbij om injecties, puncties en catheterisaties. De arts moet hiervoor wel opdracht aan een (bekwame) verpleegkundige geven. Verpleegkundigen hebben volgens artikel 39 van de BIG een functionele zelfstandigheid ‘*zijn bevoegd*’ gekregen om, na opdracht door een arts ‘voorbehouden handelingen’ uit te voeren. De beroepsbeoefenaar, de verpleegkundige in dit geval, moet uiteraard wel *bekwaam* zijn om de handeling uit te mogen voeren.

Onder ‘bekwaam’ wordt verstaan dat de handeling is geleerd in een opleiding of een vervolgopleiding en dat de handeling daarna regelmatig uitgevoerd wordt opdat de bekwaamheid behouden kan worden. Verpleegkundigen bezitten op grond van hun opleiding dus de specifieke deskundigheid om deze handelingen te verrichten. Hiervoor is dan geen toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever (arts) meer nodig.

Naast de term ‘bekwaam’ is de term ‘bevoegd’ in de Wet BIG belangrijk. Bevoegdheid (van een individueel beroepsbeoefenaar) betekent het bezitten van toestemming om een handeling te mogen verrichten, al dan niet in naam van een andere persoon (bijvoorbeeld een arts). Wie deze toestemming niet heeft is onbevoegd. Wanneer de handeling dan toch wordt verricht, staan daar sancties op. Bevoegd wordt men door scholing en door het behalen van diploma’s. (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, 2011).

### **Tuchtrecht**

*Aan het ‘tuchtrecht’ wordt extra aandacht besteed omdat het voor de verpleegkundige een belangrijk aspect is van de Wet BIG in relatie tot medicatieveiligheid en medicatietoediening.*

In de Wet BIG is het tuchtrecht voor de gezondheidszorg geregeld. In artikel 47 lid 2 Wet BIG wordt opgesomd welke beroepsgroepen onder het tuchtrecht vallen. Dit zijn de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, en verpleegkundige. Beroepsgroepen die hier niet genoemd zijn vallen derhalve niet onder het medisch tuchtrecht (de Bie & Hoorenman, 2008).

In het tuchtrecht staat de kwaliteit van het handelen van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg centraal. Het doel van het tuchtrecht is dan ook de kwaliteit van het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar te bewaken. De patiënt kan bij de tuchtrechter niet terecht om een (financiële) genoegdoening te krijgen. Daarvoor bestaan andere wegen (de Bie & Hoorenman, 2008).

In artikel 47 Wet BIG worden twee tuchtnormen gegeven. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten van handelen dat in strijd is met de zorg die een beroepsbeoefenaar in een bepaalde situatie tegenover een individuele patiënt behoort te betrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op handelen of nalaten van handelen door de hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneming en onjuist optreden in de media.

Aan de hand hiervan wordt door de tuchtrechter bepaald of het tuchtrecht van toepassing is. Valt een gedraging niet onder een van deze twee normen dan kan de tuchtrechter ook geen uitspraak over een zaak doen en daarom geen maatregel opleggen (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, 2011).

De rechtstreeks belanghebbende kan klagen bij het Regionaal Tuchtcollege (art. 65 lid 1 Wet BIG). Dit kan bijvoorbeeld de patiënt zijn. Verder valt te denken aan familieleden of kinderen van de patiënt en aan de (wettelijk) vertegenwoordiger (bijvoorbeeld de ouders of voogd van minderjarigen of de curator of mentor bij een wilsonbekwame). Ook een collega hulpverlener kan belanghebbende zijn als deze vindt dat door onzorgvuldig handelen van een collega het resultaat van zijn eigen werk in gevaar is gekomen (Rijksoverheid, 2009).

Verder kunnen de werkgever of het bestuur van een instelling waar een (vrijgevestigde) hulpverlener werkzaam is een klacht indienen bij het Tuchtcollege. Ook degene die aan iemand die onder het tuchtrecht valt een opdracht heeft gegeven (bijv. een arts die aan een verpleegkundige de opdracht heeft gegeven een voorbehouden handeling uit te voeren) kan een klacht indienen. De (hoofd) Inspecteur voor de Gezondheidszorg, die de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat, kan ook een klacht indienen bij het tuchtcollege.

Het tuchtcollege kan ingevolge artikel 48 lid 1 Wet BIG tuchtrechtelijke maatregelen opleggen. Deze maatregelen zijn een waarschuwing, een berisping, een geldboete, een (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen en het doorhalen van de inschrijving in het register. Ook is het mogelijk dat de tuchtrechter een combinatie van een geldboete en een schorsing oplegt (Rijksoverheid, 2009).

### **7.3.3 De beroepscode voor verpleegkundigen**

Een beroepscode bevat ethische en praktische normen en waarden van het beroep. Omdat verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijke plaats hebben in de gezondheidszorg, is een beroepscode voor hen essentieel. ABVAKABO, FNV en CNV Publieke Zaak hebben deze beroepscode samen ontwikkeld. Een beroepscode is in eerste instantie bedoeld voor de beroepsgroep zelf en maakt duidelijk wat er van de beroepsgroep verwacht kan worden. In een beroepscode staat hoe men zich als beroepsbeoefenaar hoort te gedragen. Daarnaast biedt de code houvast bij het handelen en het gedrag tijdens het uitoefenen van het beroep. De code beschrijft niet in detail hoe te handelen en biedt voldoende ruimte voor persoonlijke afwegingen.

Het terrein waarop verpleegkundigen en verzorgenden actief zijn, is zeer verschillend. Men moet de beroepscode dan ook vertalen naar de eigen situatie. Door de code is het mogelijk beslissingen te nemen die goed aansluiten op de eigen morele overtuiging van de professionele verpleegkundige/verzorgende. Zodra de verpleegkundige/verzorgende beslissingen neemt die afwijken van de in de code genoemde normen, dan kunnen collega's hem/haar hierop aanspreken. Behalve voor de individuele verpleegkundige, is de beroepscode ook een houvast voor zorgvragers en andere disciplines. Andere beroepsbeoefenaren en (potentiële) zorgvragers krijgen inzicht in de waarden en normen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Door de beroepscode wordt de kwaliteit in de zorg gewaarborgd. De code heeft een preventieve functie om ongewenst gedrag, dat het aanzien van het beroep kan schaden, te voorkomen (AbvaKabo FNV, 2006).

#### *Beroepscode en Beroepsprofiel*

De beroepscode hangt samen met het *beroepsprofiel* van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Een beroepsprofiel beschrijft de beroepsactiviteiten zoals die in de praktijk worden uitgevoerd. Het profiel geeft de eisen weer waaraan iemand moet voldoen en maakt duidelijk wat een beroepsbeoefenaar moet kennen, kunnen en weten. Het beroepsprofiel en de beroepscode vullen elkaar aan. Een beroepsprofiel zegt iets over taak- en functie inhoud en de beroepscode over hoe je je als beroepsbeoefenaar moet gedragen.

De beroepscode kan als richtlijn fungeren bij de beoordeling van wat er van een beroepsbeoefenaar verwacht mag worden. Er staat in wat binnen de beroepsgroep algemeen geaccepteerd is. In procedures waarin verpleegkundigen/verzorgenden ter verantwoording worden geroepen, zal het

handelen getoetst worden aan de beroepscode. De beroepscode kan in vier soorten recht een rol spelen: het tuchtrecht, het strafrecht, het civiel recht en het klachtrecht (AbvaKabo FNV, 2006).

#### **7.4 Wat is nodig om de deskundigheid van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1 te bevorderen en hen bewust te maken van hun verpleegkundig handelen bij het toedienen van medicatie?**

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1996 is vastgelegd dat een zorginstelling verantwoorde zorg moet leveren. Dit betekent dat de instelling moet zorgen voor een goede organisatie van de zorg, voor voldoende middelen, voor voldoende en goed geschoold personeel en voor een goede verdeling van de verantwoordelijkheden. Het zijn globale omschrijvingen die een instelling zelf verder moet invullen. Beroepsbeoefenaren kunnen de zorginstellingen daarop aanspreken (Overheid.nl, 2011).

Van een zorginstelling mag bijv. verwacht worden dat regelmatig bijscholing aangeboden worden als dat nodig is om medewerkers goed geschoold te houden. Een instelling kan verder vaststellen dat bepaalde handelingen alleen door beroepsbeoefenaren met een specifieke opleiding of scholing verricht mogen worden. De instelling kan dit vastleggen in instellingsregels of in de functieomschrijving van de medewerkers. Het kan dus voorkomen dat een verpleegkundige enerzijds voldoet aan de voorwaarden van de Wet BIG en dus in algemene zin bevoegd is om een voorbehouden handeling uit te voeren, maar die handeling anderzijds op grond van het instellingsbeleid niet mag uitvoeren. Zo kan een instelling bijv. ook bepalen dat verzorgenden en helpenden alleen medicatie mogen delen als zij aan bepaalde instellingsvoorwaarden voldoen, zoals het volgen van een cursus medicijnen verstrekken. In de praktijk komt het omgekeerde overigens ook voor: verzorgenden en helpenden krijgen de opdracht om medicatie te delen terwijl ze daar niet in geschoold zijn. Instellingen waar dat gebeurt, houden zich niet aan de eisen die de Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt, namelijk verantwoorde zorg leveren (Rijksoverheid, 2011).

Het is van groot belang dat alle medewerkers deskundig en bekwaam zijn en weten wat hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn. Instellingen zijn wettelijk verplicht om dit goed te regelen (Rijksoverheid, 2011).

Om de deskundigheid van verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 te verbeteren en hen bewust te maken van hun verpleegkundig handelen op het gebied van medicatietoediening kan gebruik gemaakt worden van de onderstaande thema's:

1. Scholing.
2. Intervisie.
3. Verpleegkundig werkoverleg.
4. Vakliteratuur.
5. Verbetertrajecten.
6. Protocollen en richtlijnen.
7. Kwaliteitsregister.
8. Schematische en visuele hulpmiddelen.
9. Hesjes.
10. Medicijnkar.

##### **7.4.1 Scholing**

Door scholing kan de deskundigheid van de verpleegkundigen op afdeling Ouderenzorg 1 ten aanzien van medicatietoediening verbeterd worden. Dit kan op de volgende manieren:

## **Scholingsaanbod op microniveau**

### *Klinische les*

Een klinische les is een manier om de individuele deskundigheid of die van collega's te bevorderen. Het gaat hierbij om een onderwijsleersituatie op de eigen afdeling met als doel het bevorderen van een goede integratie van theorie en praktijk. Een klinische les gaat over een onderwerp dat direct te maken heeft met verpleegkundige zorgverlening. De verpleging of zorg staat centraal. Het gaat dus om het primaire verpleegproces.

### *Themabespreking*

Een themabespreking gaat over onderwerpen die in voorwaardelijke zin belangrijk zijn voor de directe zorgverlening, zoals wettelijke kaders of de taak van de verpleegkundige in het multidisciplinair overleg (Boog et al., 2002).

Een klinische les of een themabijeenkomst kan voorbereid en gepresenteerd worden door een verpleegkundige van het eigen team of door een deskundige, om een bepaald onderwerp toe te lichten (Boog et al., 2002).

## **Scholingsaanbod op mesoniveau**

Voor de GGZ Oost Brabant zijn er op het gebied van de medicatietoediening drie vormen van bijscholing:

1. Autorisatiecursus door ZALV.
2. Basiscursus medicatie door Nurse Practitioner.
3. Regionaal Opleiding Centrum (ROC).

### *1. Autorisatiecursus door ZALV*

Voor de GGZ Oost Brabant verzorgt ZALV twee keer per jaar een bijscholingcursus medicatie. Deze autorisatiecursus bestaat uit 3 delen. Het eerste deel wordt gegeven door een apotheker, het tweede deel wordt gegeven door een apotheker-assistente en een derde deel is een toets. Aan deze cursus is ook nog een praktijkopdracht gekoppeld, waarbij de theorie van de cursus toegepast wordt in de praktijk.

In het eerste deel, gegeven door de apotheker, wordt ingegaan op zaken zoals Wet BIG, merknaam versus stofnaam, verpakkingsvormen, farmaceutisch rekenen, verschillen tussen toedieningswegen, bloedspiegels, malen of niet malen (maagsapresistent /retarded), veel voorkomende werkingsmechanismen en interacties.

Het tweede deel van de apothekersassistente bestaat vooral uit praktische onderwerpen: protocol 'Farmaceutische Dienstverlening', bestellen (afd. voorraad, op naam, noodvoorraad), medicatie malen, omgaan met risicovolle stoffen, opiaten, uitzetten en verstrekken.

In principe is de autorisatiecursus bedoeld voor mensen die nog geen medicatie mogen delen. Na het positief afronden van de toets in combinatie met de praktijkopdrachten is iemand geautoriseerd om medicatie te delen.

Er is ook een vervolgcursus. Dit is een herhaling van de autorisatiecursus.

In de vervolgcursus komen ongeveer dezelfde onderwerpen aanbod als bij de autorisatiecursus, alleen minder uitgebreid (ZALV, 2009).

### *2. Basiscursus medicatie door Nurse Practitioner*

De GGZ Oost Brabant heeft de beschikking over een nurse practitioner. Deze nurse practitioner verzorgt de cursus 'Basisscholing medicatie verstrekken'. Er wordt gewerkt met een globale opzet die wordt aangepast op de groep die zich aandient. In principe kan iedereen eraan deelnemen, maar er is een verschil in deskundigheidsniveau.

De cursus omvat theorie en oefenen met casuïstiek en beslaat 3 dagdelen.

Voor anders opgeleiden (niet verpleegkundigen) zonder ervaring met medicatie kan het soms beter zijn om deze apart te scholen.

Onderdelen van de scholing zijn onder andere het uitzetten, controleren en toedienen van medicatie, de opslag, houdbaarheid en het bestellen van medicatie, geneesmiddelenleer en verantwoordelijkheden en procedures.

### *3. Regionaal Opleiding Centrum (ROC)*

Regionaal Opleiding Centrum de Leijgraaf, Regio Oss-Veghel, geeft een cursus voor verzorgenden op niveau 3, waarbij men zorg leert dragen voor het medicijngebruik van de zorgvrager.

ROC de Leijgraaf heeft daarnaast een samenwerkingsverband met de GGZ Oost Brabant voor het opleiden van verpleegkundigen niveau 4.

### **Scholingsaanbod op macroniveau**

Op landelijk niveau zijn er verschillende organisaties actief die scholingsmogelijkheden aanbieden. Deze zijn niet verplicht. Verpleegkundigen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van hun competenties.

De V&VN Academie organiseert regionale vakbijeenkomsten Medicatieveiligheid, waarbij deelnemers een beeld krijgen van de aard en de omvang van het probleem Medicatieveiligheid in de zorgsector. Daarnaast wordt er aandacht besteed hoe de verpleegkundige en verzorgende kan bijdragen aan verbetering van medicatieveiligheid (V&VN, 2007).

Vilans heeft de methode ‘Periodieke Medicatie Beoordeling’ (PMB) ontwikkeld voor een verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie. Er worden ook specifiek nascholingen georganiseerd voor de GGZ, waarbij vooral de werking en bijwerking van medicatie wordt besproken (Vilans, 2011).

### *E-Learning*

E-Learning is het aanbieden van een cursus via internet. Het biedt de cursist de mogelijkheid om online onderwijs te volgen.

Ook voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn er verschillende mogelijkheden om op deze manier de deskundigheid inzake medicatietoediening te bevorderen.

### **7.4.2 Intervisie**

Verpleegkundigen en verzorgenden werken bij organisaties die continu in ontwikkeling zijn.

Daarnaast maken verpleegkundigen als professional een persoonlijke ontwikkeling door. Dagelijks hebben verpleegkundigen te maken met situaties, vragen en problemen die de behoefte oproepen om deze met collega's of professionals in een vergelijkbare functie te bespreken. Dit kan door middel van intervisie.

Intervisie op het werk vraagt een relatief geringe tijdsinvestering, terwijl het leerervaringen op kan leveren die het functioneren van individuele medewerkers en teams aanzienlijk kunnen verbeteren.

Wat levert intervisie op:

- Het delen van kennis en het expliciteren van impliciete kennis.
- Het als professionals leren van en met elkaar ('leren te leren').
- Beter functioneren als individu en als team.
- Effectievere interactie met collega's en de omgeving.
- Versterking persoonlijk leiderschap, zelfmanagement en probleemoplossend vermogen.
- Meer plezier en gevoel van onderlinge verbondenheid (LEV, 2011).

### 7.4.3 Verpleegkundig werkoverleg

Het doel van het verpleegkundig werkoverleg is het bevorderen van de onderlinge afstemming en samenwerking zodat het werk op de afdeling zo efficiënt en effectief mogelijk verloopt (Netpoint Groep, 2011).

Het vindt eens in de vier tot zes weken plaats.

Door de medicatie-incidenten van de afgelopen periode standaard als vast agendapunt te bespreken in het verpleegkundig werkoverleg, houden medicatieveiligheid en de hieraan gerelateerde werkprocessen de aandacht. Daarnaast zou zo de ‘no blame-cultuur’ af kunnen nemen omdat het een vanzelfsprekendheid wordt om het optreden van incidenten te delen en een open cultuur kan ontstaan.

### 7.4.4 Vakliteratuur

Vakliteratuur is het geheel aan publicaties dat specifieke informatie bevat over één bepaald onderwerp. Vakliteratuur bestaat deels in wetenschappelijke literatuur. Vakliteratuur kan de vorm aannemen van boeken (monografieën), artikelen, bundels met artikelen, internetpublicaties en bijzondere websites. Zeer algemene naslagwerken als encyclopedieën worden niet tot de vakliteratuur gerekend. Bij specifieke encyclopedieën die zich op een bepaald vakgebied concentreren, kan dat wel weer het geval zijn (Wikipedia, 2011).

Voorbeelden van vakliteratuur voor verpleegkundigen zijn het blad ‘Nursing’, het tijdschrift voor Verpleegkundigen (TVZ), de Psy en het tijdschrift van V&VN.

### 7.4.5 Verbetertrajecten

Als onderdeel van het programma ‘Zorg voor Beter’ is het verbetertraject ‘Medicatieveiligheid’ erop gericht om het aantal medicatiefouten in zorginstellingen, de thuiszorg en gehandicaptenzorg te verminderen en de medicatieveiligheid te verbeteren. Teams van verschillende zorginstellingen, thuiszorgorganisaties en gehandicaptenzorg werken in dit verbetertraject met behulp van een korte gestructureerde verbetermethode samen aan een betere medicatieveiligheid (Zorg voor Beter, 2009). Het Bureau Kwaliteitszorg van de GGZ Oost Brabant heeft een verbetertraject ‘Medicatieveiligheid’ ontwikkeld gebaseerd op het verbetertraject van ‘Zorg voor Beter’. Dit kan op verzoek van een afdeling geïmplementeerd worden.

### 7.4.6 Landelijke protocollen en richtlijnen

Via verschillende internetsites zijn protocollen of richtlijnen te downloaden die betrekking hebben op het toedienen van medicatie, zoals de site van ‘Zorg voor Beter’, LEVV en V&VN.

Een *protocol* is een document dat tot doel heeft om zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd moet worden.

Een *richtlijn* is een hulpmiddel bij het slaan van een brug tussen theorie en praktijk. Het primaire doel van een richtlijn is het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan de patiënt (LEVV, 2011).

### 7.4.7 Het Kwaliteitsregister

Het Kwaliteitsregister V&VN is een online registratiesysteem waarin verpleegkundigen en verzorgenden een portfolio kunnen bijhouden om te laten zien wat de verpleegkundige doet aan deskundigheidsbevordering (V & VN, 2007).

Het Kwaliteitsregister V&VN is een initiatief van de beroepsgroepen zelf. Daarmee wordt voldaan aan de opdracht van de overheid dat verpleegkundigen zelf zorg dragen voor hun eigen kwaliteit.

Het Kwaliteitsregister V&VN is een aanvulling op de Wet BIG.

Het Kwaliteitsregister V&VN heeft een belangrijke basis: de professionele standaard. Die professionele standaard is opgesteld door de beroepsgroep zelf, in samenwerking met patiëntenorganisaties, opleiders, werkgevers en zorgverzekeraars. Deze partijen hebben gezamenlijk

bepaald wat je als verpleegkundige of verzorgende aan deskundigheidsbevorderende activiteiten moet doen, om steeds goede kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. V&VN wil met het Kwaliteitsregister bereiken dat beroepsgenoten hun vak goed bijhouden om een verantwoorde kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te waarborgen.

Verpleegkundigen krijgen door het bijhouden van het Kwaliteitsregister beter inzicht in hun bevoegdheden en bekwaamheden. De verpleegkundigen kunnen aan patiënten, collega's en werkgevers ook laten zien dat ze deskundig zijn en dat ze die deskundigheid op peil houden. Zij kunnen hun leidinggevende beter uitleggen welke bijscholing nodig is om patiënten beter te kunnen behandelen en besparen zo tijd bij het zoeken naar geaccrediteerde cursussen en opleidingen. Zorginstellingen hebben via het Kwaliteitsregister op elk moment zicht op de deskundigheid van de medewerkers en weten daardoor of voldaan wordt aan de eisen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Het Kwaliteitsregister is relatief goedkoop door de grote aantallen deelnemers. De verpleegkundige beroepsgroep heeft daarmee een eenvoudig en relatief goedkoop instrument in handen om goede zorg te kunnen leveren.

Registratie en herregistratie in het BIG-register zijn verplicht. Registratie en herregistratie in het Kwaliteitsregister V&VN vinden op vrijwillige basis plaats (V & VN, 2007).

Een Kwaliteitsregister van een beroepsvereniging heeft geen wettelijke status en heeft geen invloed op de herregistratie in het Big -register. De criteria voor herregistratie in het kwaliteitsregister van een beroepsvereniging, staan los van de criteria voor herregistratie in het Big-register (Rijksoverheid, 2009).

#### **7.4.8 Schematische en visuele hulpmiddelen**

Met schematische en visuele hulpmiddelen worden hulpmiddelen bedoeld die ondersteunend kunnen zijn in de dagelijkse verpleegkundige praktijk, zoals in verschillende fases van het medicatieproces.

A. Stroomschema.

B. Farmaceutische fotomap.

##### *A. Stroomschema*

Een stroomschema is een schematische voorstelling van de verschillende fasen van een proces en een weergave van de feitelijke volgorde waarin die fasen plaatsvinden.

Soms bouwt een stroomschema ook alternatieven en keuzen in. Bij een bepaalde fase in het stroomschema wordt dan een vraag geformuleerd. De verschillende antwoorden op de vragen zijn takken aan de boom. Aan de uiteinden volgen de antwoorden (Moghaddam & Bergen, 2009).

De voordelen van een stroomschema zijn dat:

- De verschillende disciplines en verwijzers over een duidelijk begrippenkader beschikken, dat via het stroomschema, liefst volgens 'evidence based practice', in een systematisch onderling verband is geplaatst.
- Communicatie effectiever tussen de verschillende disciplines kan worden (Moghaddam & Bergen, 2009).
- In het proces van medicatieveiligheid kan een stroomschema gebruikt worden bij het bereiden (bijv. het malen), bij het voorschrijven en het toedienen van medicatie.

##### *B. Farmaceutische fotomap*

Met een farmaceutische fotomap wordt bedoeld dat foto's van de op een afdeling gebruikte medicatie met naam en toedieningvoorschrift op een handzame manier in een mapje of boekje gebundeld zijn. Dit kan tijdens de toediening geraadpleegd worden.

#### **7.4.9 Niet-Storen-Hesjes**

Dit zijn fluorescerende veiligheidshesjes met daarop de tekst ‘Niet storen svp’. Als een medewerker zo’n hesje draagt, kan in alle rust en concentratie de medicatie uitgedeeld worden (Vilans, 2011). Tijdens het verbetertraject Medicatieveiligheid van ‘Zorg voor Beter’ is gebleken dat wanneer tijdens het verdelen van medicatie een niet-storen-hesje draagt, veel minder fouten gemaakt worden (Zorg voor Beter, 2009).

Uit een artikel in het tijdschrift Nursing, blijkt echter dat er geen evidentie is over de effectiviteit van de niet-storen-hesjes. “Uit literatuuronderzoek blijkt dat onderzoekers populaire systeemmethodes wel beschrijven, maar dat de methodes nog nauwelijks op echt effect zijn onderzocht. Of het gevonden effect was marginaal. Daardoor is er nog onduidelijkheid over de effectiviteit van de niet-storen-hesjes” (Nursing, 2011).

“Methodes als de niet-storen-hesjes vinden niet vanzelf de weg naar de praktijk. Hindernissen zijn onder meer van culturele aard. Er is (...) een eerste verkenning van gevoelens en ervaringen van verpleegkundigen uitgevoerd. Daaruit blijkt dat verpleegkundigen dit soort methodes kinderachtig vinden of gênant” (Nursing, 2011).

#### **7.4.10 Medicijnkar**

Het verbetertraject ‘Medicatieveiligheid’ van ‘Zorg voor Beter’, leverde zeer concrete en succesvolle verbeteracties op. Praktische zaken zoals de aanschaf van een nieuwe en overzichtelijke medicijnkar bleek bijvoorbeeld goed te werken en is een voorbeeld van het succesvol verbeteren van de medicatieveiligheid (Zorg voor Beter, 2009).

De voordelen van een medicijnkar zijn onder meer dat alle toedieningbenodigdheden bij elkaar staan en direct voorhanden zijn, zoals een maler, een vernevelaar en benodigde documentatie zoals de deellijsten. Dit bevordert het efficiënt werken.

Bij het literatuuronderzoek voor dit project kwamen in verschillende artikelen echter ook mogelijke nadelen over het gebruik van een medicijnkar naar voren. Zo kwam in de artikelen naar voren dat medicijnkarren onbeheerd op de gang stonden en/of niet werden afgesloten (IGZ 2006) (IGZ, 2011) (Wigboldes., et al.).

*Met behulp van de informatie en analyses uit de voorgaande hoofdstukken worden in dit hoofdstuk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan over de toediening van medicatie binnen afdeling Ouderenzorg 1. Omdat het onderzoek ook informatie heeft opgeleverd over andere aspecten van het medicatieproces, wordt ook deze informatie in dit hoofdstuk aangeboden.*

*Daarna worden alle onderzoeksresultaten met betrekking tot het medicatieproces in een SWOT-analyse geplaatst.*

*Aan het einde van dit hoofdstuk wordt een antwoord op de probleemstelling gegeven en worden twee verbeterpunten op het gebied van medicatietoediening geselecteerd voor implementatie op afdeling Ouderenzorg 1.*

De paragrafen van dit hoofdstuk zijn als volgt opgebouwd. Allereerst wordt de stand van zaken samengevat in de vorm van een huidige situatie op micro- en mesoniveau en een wenselijke situatie op macroniveau. Conclusies worden geformuleerd door het micro- en mesoniveau (huidige situatie) af te zetten tegen de verantwoording op macroniveau (wenselijke situatie). Als laatste worden aanbevelingen voor verbeteracties gedaan om van de huidige naar de wenselijke situatie te komen.

### **8.1 Het proces van medicatietoediening**

#### **Huidige situatie:**

##### ***Microniveau***

- Indien een patiënt de medicatie niet inneemt, deze weigert, ermee smokkelt of slikproblemen heeft, wordt er door de verpleegkundigen individueel of onderling afgesproken dat de medicatie gemalen wordt.
- Het malen van medicatie gaat niet in overleg met patiënt (of diens vertegenwoordiger) arts of apotheek.
- Alle medicatie wordt in een medicijncupje bij elkaar gedaan. Deze medicijnen worden met elkaar gemalen, hierbij wordt niet gekeken of deze medicijnen bij elkaar gegeven mogen worden.
- De gemalen medicatie wordt gegeven met appelmoes of een toetje.
- Afspraak is dat indien de patiënt de medicatie weigert of uitbraakt, dit geel gearceerd wordt op de medicatiedeellijst.
- Bij weigering van de medicatie wordt dit meestal dezelfde dienst nog aan de arts meegedeeld en anders de volgende ochtend.
- De geweigerde medicatie wordt niet op een apart formulier genoteerd.
- Per dienst geen verpleegkundige die specifiek verantwoordelijk is voor het medicatieproces.
- De medicatie wordt overdag door meerdere verpleegkundigen verstrekt.
- Tijdens het toedienen van de medicatie kan de verpleegkundige gestoord worden door bijvoorbeeld een zusteroproep, de telefoon of door derden.
- De medicatie wordt bij het controleren uit de verpakking gehaald en afgetekend en op een later tijdstip toegediend.
- Het komt voor dat anders opgeleiden (keukenassistente, activiteitenbegeleidster en verzorgingsassistente) gevraagd wordt om op te letten of de patiënt de medicatie inneemt omdat het te lang duurt voordat de patiënt het heeft opgedronken.
- Bij de analyse van de geeltjesmeting kwamen de toedieningsfouten op de tweede plaats, na de uitzetfouten, namelijk 22,1% van het totaal aantal fouten.

##### ***Mesoniveau***

- Op intranet zijn richtlijnen van ZALV voorhanden met tot betrekking tot het malen van medicatie.
- Op intranet zijn via ZALV registratieformulieren voorhanden voor zo nodig medicatie.

**Wenselijke situatie:****Macroniveau**

- Wetgeving: WGBO, BOPZ en BIG.
- Landelijke instructie VTGM.

**Conclusies:**

- Het verpleegkundige- en het behandelteam handelen niet altijd conform de wetgeving zoals WGBO, BOPZ en BIG.
- Het verpleegkundig team handelt niet volgens de richtlijnen VTGM.
- Verpleegkundigen zijn onvoldoende op de hoogte van de richtlijnen van medicatietoediening.
- Per dienst zijn meerdere verpleegkundigen verantwoordelijk voor de medicatietoediening.
- Medicatie is op het moment van toediening niet herkenbaar.
- Het verpleegkundig team werkt bij de medicatietoediening veelal vanuit automatismen.
- Er heerst een ‘maalcultuur’ wat zich uit in het op grotere schaal dan nodig is verstrekken van gemaalde medicijnen.
- De verpleegkundige kan bij de toediening van medicatie gestoord worden.
- Controle op inname van de medicatie wordt soms overgelaten aan lager opgeleide medewerkers, die hiervoor niet bevoegd of bekwaam zijn.
- Afspraken over het weigeren van medicatie (bijv. geel arceren) wordt niet nageleefd.
- Over de weigering van medicatie wordt de arts niet altijd geïnformeerd.
- Er is geen apart formulier beschikbaar voor geweigerde medicatie, waardoor er geen periodiek overzicht is.

**Aanbevelingen:**

- Scholing voor het verpleegkundig team op het gebied van medicatietoediening in het algemeen en het malen van medicatie in het bijzonder.
- Er is een stroomschema beschikbaar voor het malen van medicatie.
- Er is een nieuwe werkwijze ter verbetering van de medicatietoediening beschikbaar (d.w.z. de door de projectgroep beschreven werkwijze dient geïmplementeerd te worden).
- Aanschaf medicijnkar.

**8.2 Overige aspecten van het medicatieproces****8.2.1 Het proces van medicatie voorschrijven****Huidige situatie:****Microniveau**

- Tijdens het opnamegesprek wordt door de arts niet automatisch een koppeling gemaakt tussen het voorschrijven van medicatie en eventuele problemen bij medicatie-inname, zoals slikproblemen.
- Er wordt dus niet automatisch gekeken naar alternatieve toedieningsvormen.
- Eventuele alternatieve toedieningsvormen, zoals het malen van medicatie, worden niet besproken met de patiënt en worden niet opgenomen in het behandelplan.
- De voorgeschreven medicatie wordt door de voorschrijver de ene keer met de stofnaam en een andere keer met de merknaam voorgeschreven.
- In het proces van voorschrijven komt het op Ouderenzorg 1 wel eens voor dat de arts bij het starten van een nieuw middel vergeet om het tijdstip van inname te vermelden of dat de dosering niet klopt.

### **Mesoniveau**

- Door apotheek ZALV is het protocol 'Farmaceutische Dienstverlening' opgesteld. Hierin staan alle richtlijnen van de door ZALV geboden dienstverlening aan instellingen beschreven. Hierin staat ook een protocol Overdracht medicatiegegevens.
- Per januari 2012 start van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS).

### **Wenselijke situatie:**

#### **Macroniveau**

- In de instructie VTGM staat dat de arts nagaat (bij de apotheker) of een andere toedieningsvorm mogelijk is of dat er een farmacotherapeutisch alternatief is met een andere toedieningsvorm. De arts verifieert (bij de apotheker) of een tablet gemalen mag worden. De arts overlegt met de apotheker over een alternatief als de tablet niet gemalen mag worden.
- Een stroomschema is een schematische voorstelling van de verschillende fases van een proces en een weergave van de feitelijke volgorde waarin die fases plaatsvinden. In het proces van medicatieveiligheid kan een stroomschema gebruikt worden bij het voorschrijven, bij het bereiden (bijv. het malen) en bij het toedienen van medicatie en de wettelijke kaders hierbij (bijv. het in het behandelplan vermelden van malen van medicatie).
- Gemalen medicatie mag nooit toegediend worden zonder dat de patiënt daarover is geïnformeerd.
- Wanneer een patiënt een geneeskundige behandeling nodig heeft, is de Wet WGBO van toepassing. Dit wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst.
- Bij gedwongen opnames schrijft de Wet BOPZ voor dat de arts een behandelplan opstelt. Dit behandelplan dient met de patiënt besproken te worden of - bij wilsonbekwaamheid - met de eerste contactpersoon of de wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt.

### **Conclusies:**

- Er wordt door de arts niet automatisch een koppeling gemaakt tussen het voorschrijven van medicatie en eventuele problemen bij medicatie-inname, zoals slikproblemen. Alternatieve toedieningsvormen worden nauwelijks voorgeschreven.
- Malen van medicatie wordt niet standaard besproken met de patiënt en/of diens naaste en wordt ook niet opgenomen in het behandelplan.
- Het opname medicatieformulier en de medicatiedeellijst worden niet altijd volledig ingevuld door de arts en er worden zowel stofnamen als merknamen gebruikt, waardoor er fouten ontstaan in het medicatieproces.

### **Aanbevelingen:**

- De arts volgt de richtlijn VTGM.
- De arts volgt het protocol Overdracht medicatiegegevens van ZALV.
- Een stroomschema voor medicatietoediening dient geïmplementeerd te worden.

## **8.2.2 Het proces van medicatielevering**

### **Huidige situatie:**

#### **Microniveau**

- Indien medicatiewijzigingen na 12.00 uur worden gefaxt, wordt de medicatie en de nieuwe medicatiedeellijst pas de volgende dag geleverd.
- Wanneer bij een patiënt veel medicatieveranderingen tegelijk plaatsvinden en dit dezelfde dag niet door de apotheek verwerkt wordt, levert dit vaak fouten op bij het uitzetten omdat de medicatiedeellijst hierdoor onoverzichtelijk wordt.
- Indien de arts na 12.00 uur besluit dat medicatie dezelfde dag nog gestart moet worden, dan wordt deze per taxi vanuit Venray geleverd.

- Door ZALV geleverde medicijnbakken worden bij de receptie afgeleverd. De receptie is een niet af te sluiten ruimte. Wanneer de receptioniste haar plaats verlaat, is er geen toezicht op de medicijnbakken.

#### **Mesoniveau**

- De GGZ Oost Brabant heeft een geneesmiddelencommissie ‘distributie’.
- De GGZ Oost Brabant heeft een commissie ‘farmadistributie’.
- ZALV is een ISO-gecertificeerde zelfstandige onderneming.
- Door apotheek ZALV is het protocol ‘Farmaceutische Dienstverlening’ opgesteld. Hierin staan alle richtlijnen van de door ZALV geboden dienstverlening aan instellingen beschreven. Hierin staat ook een protocol Overdracht medicatiegegevens.

#### **Wenselijke situatie:**

##### **Macroniveau**

- De IGZ en GGZ Nederland hebben de implementatie van een protocol *Overdracht medicatiegegevens* hoog op de agenda staan.

#### **Conclusies:**

- Na 12.00 uur recepten faxen betekent die dag geen levering meer van medicatie en actuele medicatiedeellijsten.
- Bij een medicatie wijziging na 12.00 uur moeten soms taxikosten worden gemaakt.
- De afleverbak van de medicatie staat onbewaakt bij de receptie voordat transport naar de afdeling plaatsvindt.
- Een van de ISO-normen is efficiëntie: is het huidige leveringsproces efficiënt?
- Er is een protocol ‘Farmaceutische Dienstverlening’ waarin de medicatielevering is beschreven.

#### **Aanbevelingen:**

- De commissie ‘farmadistributie’ wijzigt de procedure van medicatielevering na 12.00 uur.
- De commissie ‘farmadistributie’ wijzigt procedure van de aflevering van de medicatiebak bij de receptie.

### **8.2.3 Het proces van medicatie uitzetten**

#### **Huidige situatie:**

##### **Microniveau**

- Er zijn vaste nachtdiensten, die alleen ’s nachts werken.
- De nachtdienst kan gestoord worden tijdens het uitzetten.
- Voor het uitzetten van medicatie wordt geen paraaf gezet.
- De medicijnkamer is op het kantoor.
- De medicijnkast is onoverzichtelijk ingericht en rommelig.
- Slechts één verpleegkundige heeft als taak om de medicijnkast op orde te houden.
- Onoverzichtelijke medicatiedeellijsten door handgeschreven wijzigingen.
- De voorgeschreven medicatie wordt door de voorschrijver de ene keer met de stofnaam en een andere keer met de merknaam voorgeschreven.
- In de analyse van de geeltjesmeting is naar voren gekomen dat er 57,1% uitzetfouten gemaakt worden bij het uitzetten door de nachtdienst.

##### **Mesoniveau**

- Bureau Kwaliteitszorg heeft een project ‘Medicatieveiligheid’ geïntroduceerd op vier afdelingen binnen de GGZ Oost Brabant.
- De afdeling ICT is bezig met het introduceren van het EVS.

## **Wenselijke situatie**

### **Macroniveau**

- IGZ en GGZ Nederland richten zich op medicatieveiligheid. Dit is een onderdeel van het project 'Patiëntenveiligheid'.

### **Conclusies:**

- De vaste nachtdienst is weinig betrokken bij het dagelijkse medicatieproces en de dagelijkse patiëntenzorg op de afdeling.
- De medicijnkamer is op het kantoor. Dit zorgt ervoor dat mensen gestoord kunnen worden bij de werkzaamheden.
- Op de medicatiedeellijst bestaat geen apart paraafvakje voor het uitzetten.
- De taak om de medicijnkast op orde te houden lijkt te omvangrijk voor één verpleegkundige.
- Medicatiedeellijsten zijn aanwezig maar zijn niet altijd actueel.
- Per januari 2012 start Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) en is altijd een actueel medicatieoverzicht beschikbaar.
- Bij iedere wijziging in de medicatie is er kans op het maken van fouten bij het uitzetten.
- De benaming van de medicatie is niet eenduidig: merknaam en stofnaam worden door elkaar gebruikt.
- Het project Medicatieveiligheid van Bureau Kwaliteitszorg is niet binnen de gehele GGZ Oost Brabant geïntroduceerd.
- Medicatieveiligheid is onder de aandacht bij de GGZ Oost Brabant.

### **Aanbevelingen:**

- De nachtdienst zet geen medicatie uit op Ouderenzorg 1.
- Er is op de medicatiedeellijst een paraafvakje voor het uitzetten van de medicatie.
- De medicijnkamer is op een andere, rustige locatie binnen Ouderenzorg 1.
- Twee verpleegkundigen hebben samen als taak om de medicijnkast op orde te houden.
- De arts volgt het protocol 'Farmaceutische Dienstverlening'.

## **8.2.4 Scholing en deskundigheidsbevordering met betrekking tot het medicatieproces**

### **Huidige situatie:**

#### **Microniveau**

- Er vindt voor verpleegkundigen geen bijscholing over medicatie en/of medicatietoediening plaats.
- Er wordt niet getoetst of de lastiger toedieningsvormen (inhalatoren, insulinepenen) gebruikt worden volgens de laatste richtlijnen.
- Tijdens het maandelijks werkoverleg op Ouderenzorg 1 staat het medicatieproces of de medicatieveiligheid niet standaard op de agenda.
- Bij een intervisie is het onderwerp Medicatieveiligheid nog nooit aan bod gekomen.
- Op Ouderenzorg 1 worden weinig klinische lessen of themabesprekingen over het onderwerp Medicatieveiligheid gegeven.
- Op Ouderenzorg 1 is weinig vakliteratuur over medicatie aanwezig, wel is er een farmaceutisch kompas.

#### **Mesoniveau**

- Binnen de GGZ Oost Brabant is geen procedure waarin het toetsen en scholen van voorbehouden handelingen is vastgelegd.
- De individuele medewerker wordt niet gestimuleerd om zich aan te sluiten bij het kwaliteitsregister.

- In het jaarplan KGGZ worden ambities en doelen genoemd zoals het leveren van kwaliteit van zorg en het nastreven van professioneel en kwalitatief goed personeel. Hiervoor heeft men een opleidingsplan en een opleidingsbudget.

#### **Wenselijke situatie:**

##### **Macroniveau**

- Wetgeving: Wet BIG.
- Kwaliteitsregister.
- Beroepscode voor verpleegkundigen.

#### **Conclusies:**

- Er is een grote noodzaak voor scholing/bijstelling om bij het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 de deskundigheid en bewustwording ten aanzien van het medicatieproces te optimaliseren.
- Voor verpleegkundigen vindt geen bijscholing plaats over medicatie en/of medicatietoediening.
- Er wordt niet getoetst of de lastiger toedieningsvormen (inhalatoren, insulinepennen) gebruikt worden volgens de laatste richtlijnen.

#### **Aanbevelingen:**

- Scholing van het verpleegkundig team op het gebied van het medicatieproces.
- Klinische lessen of themabesprekingen en intervisie over het medicatieproces c.q. medicatieveiligheid hebben een vaste plaats in de jaarplanning.
- Medicatieproces en medicatieveiligheid staan standaard op de agenda van het werkoverleg van Ouderenzorg 1.
- Op Ouderenzorg 1 is een abonnement op een door het verpleegkundig team gekozen vakblad.

### **8.2.5 Veilig Incidenten Melden (VIM) en het medicatieproces**

#### **Huidige situatie:**

##### **Microniveau**

- Voor medicatie incidenten, zoals voorschrijffouten en uitzetfouten, wordt geen VIM gedaan.
- Wanneer een patiënt verkeerde medicatie krijgt toegediend, wordt dit gemeld aan de arts, de patiënt en/of diens naaste en wordt dit gerapporteerd aan de VIM-commissie.
- Terugkoppeling van een melding door de VIM-commissie vindt niet plaats naar de desbetreffende verpleegkundige maar naar de betreffende teamleider.
- VIM met betrekking tot medicatie worden niet standaard besproken in het maandelijks verpleegkundig werkoverleg van Ouderenzorg 1, maar in het wekelijks multidisciplinair overleg.
- Het is de bedoeling dat de afdeling na het VIM-incident zelf verbeteracties onderneemt.
- De teamleider is verantwoordelijk voor het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen of om de bestaande situatie te verbeteren.

##### **Mesoniveau**

- Er is een VIM-commissie.
- Er is een digitaal VIM-formulier.
- Er vindt geen automatische doorschakeling plaats van een VIM naar ZALV.
- De afdeling ICT is bezig met het introduceren van een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS).

#### **Wenselijke situatie:**

##### **Macroniveau**

- Invoering veiligheids-managementsysteem (VMS).
- Onderdeel van het VMS is de ontwikkeling van het Veilig Incidenten Melden (VIM) -systeem.

**Conclusies:**

- Voorschrijffouten en uitzetfouten worden niet gemeld.
- Meldingen worden niet teruggekoppeld aan de melder.
- Meldingen staan niet als agendapunt op het werkoverleg.
- Door de teamleider worden op Ouderenzorg 1 geen verbeteracties uitgezet.
- Wanneer het EVS van start gaat, zullen ook de VIM omtrent medicatie automatisch bij ZALV terechtkomen.
- Per januari 2012 start EVS waardoor altijd een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.

**Aanbevelingen:**

- VIM standaard op de agenda van het maandelijks werkoverleg van Ouderenzorg 1 waarbij door de teamleider eventueel verbeteracties ingezet worden.

**8.2.6 Beleid en verantwoordelijkheden in het medicatieproces****Huidige situatie:*****Microniveau***

- Richtlijnen over het medicatieproces zijn voorhanden via de ZALV-link op intranet, maar deze worden niet door het verpleegkundig team gebruikt.
- Op Ouderenzorg 1 is geen schriftelijke werkinstructie voorhanden over het dagelijkse medicatie proces.
- De taken en bevoegdheden van de verpleegkundigen binnen het medicatieproces zijn niet beschreven.

***Mesoniveau***

- De GGZ Oost Brabant heeft diverse commissies en werkgroepen die bezig zijn met het thema medicatie en veiligheid, zoals Bureau Kwaliteitszorg, de Geneesmiddelencommissie, de Regiegroep Veiligheid en de commissie Farmadistributie.
- De GGZ Oost Brabant werkt samen met apotheek ZALV.
- Op het intranet van de GGZ Oost Brabant staat een link van ZALV waarop de richtlijnen omtrent medicatie vermeld staan.
- De GGZ Oost Brabant heeft het HKZ-certificaat, dat de kwaliteit van de geleverde zorg bewijst en waarborgt.

**Wenselijke situatie:*****Macroniveau***

- IGZ houdt onder meer toezicht op het goed en veilig toepassen van geneesmiddelen.
- Er bestaat een HKZ-keurmerk. Na drie jaar dient hercertificatie plaats te vinden.

**Conclusies:**

- Door de verpleegkundigen wordt geen gebruik gemaakt van de ZALV-link.
- Een schriftelijke werkinstructie over het medicatieproces is niet voorhanden.
- De taken en bevoegdheden van de verpleegkundigen over het medicatieproces zijn niet beschreven.
- Het valt de projectgroep op dat er bij de GGZ Oost Brabant diverse commissies en groepen bezig zijn met het thema medicatie en veiligheid, zoals Bureau Kwaliteitszorg, de Geneesmiddelencommissie, de Regiegroep Veiligheid en de commissie Farmadistributie. Er lijkt tussen deze partijen weinig samenwerking of uitwisseling te zijn. Het komt de projectgroep voor dat dit niet effectief is, niet kostenbesparend is en de slagvaardigheid niet bevordert. De informatie van de verschillende commissies bereikt de werkvloer slechts mondjesmaat.

**Aanbevelingen:**

- De ZALV-link wordt besproken tijdens een werkoverleg.
- Een schriftelijke werkinstructie over het medicatieproces is voorhanden.
- De taken en bevoegdheden van de verpleegkundigen binnen het medicatieproces zijn beschreven en voor iedereen inzichtelijk.
- Er is transparantie over de werkzaamheden van de diverse commissies en over de onderlinge afstemming van die werkzaamheden.
- De informatie van de verschillende commissies bereikt de werkvloer.

**8.2.7 Veiligheid en controle in het medicatieproces****Huidige situatie:*****Microniveau***

- Op Ouderenzorg 1 is een dagelijkse briefing, waar onduidelijkheden over medicatie besproken wordt.
- Elke 2 maanden is er een geneesmiddelenoverleg tussen de arts en de apotheker van ZALV.
- Op Ouderenzorg 1 is één verpleegkundige contactpersoon voor ZALV.
- De contactpersoon heeft ook als taak om het medicatieproces op afdelingsniveau te bewaken en te controleren, bijvoorbeeld door te zorgen dat de medicijnkast op orde is en de bestellingen voor de noodkast worden gedaan.
- De contactpersoon heeft twee keer per jaar overleg met de apothekersassistente van ZALV om te kijken hoe alles verloopt en of er wijzigingen nodig zijn.
- De contactpersoon koppelt dit overleg met ZALV niet terug naar het verpleegkundig team.

***Mesoniveau***

- Elke 2 maanden vindt een geneesmiddelenoverleg plaats tussen de geriater en de apotheker van ZALV.
- De Regiegroep Veiligheid geeft sturing aan alle projecten die met veiligheid te maken hebben, waarbij ook het onderdeel Medicatieveiligheid meegenomen wordt.
- De Geneesmiddelencommissie heeft als doel om gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen aan de Raad van Bestuur over farmacotherapeutische zorg in het algemeen (zowel klinisch als ambulant) en het formularium-beleid en de protocollering van de medisch-farmaceutische zorg in het bijzonder.
- De commissie Farmadistributie bewaakt en bevordert de farmaceutische zorg en medicatieveiligheid in het algemeen en de farmaceutische distributie in het bijzonder; met name ten aanzien van alle aspecten van distributie, opslag, medicatiecontrole en verstrekking van medicatie voor de GGZ Oost Brabant.

**Wenselijke situatie:*****Macroniveau***

- IGZ en GGZ Nederland richten zich beide op Medicatieveiligheid. Dit doen ze als onderdeel van het project Patiëntenveiligheid.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt onder meer toezicht op het goed en veilig toepassen van geneesmiddelen.
- Controle op uitvoering van de richtlijn 'Overdracht medicatiegegevens' door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

**Conclusies:**

- Er vindt geen terugkoppeling plaats van de verpleegkundige contactpersoon voor ZALV, naar het team.

- Het valt de projectgroep op dat er bij de GGZ Oost Brabant diverse commissies en groepen bezig zijn met het thema medicatie en veiligheid, zoals Bureau Kwaliteitszorg, de Geneesmiddelencommissie, de Regiegroep Veiligheid en de commissie Farmadistributie. Er lijkt tussen deze partijen weinig samenwerking of uitwisseling te zijn. Het komt de projectgroep voor dat dit niet effectief is, niet kostenbesparend is en de slagvaardigheid niet bevordert. De informatie van de verschillende commissies bereikt de werkvloer slechts mondjesmaat.

**Aanbevelingen:**

- Het overleg tussen de contactpersoon en ZALV staat standaard op de agenda van het verpleegkundig werkoverleg.
- Er is transparantie over de werkzaamheden van de diverse commissies en over de onderlinge afstemming van die werkzaamheden.

### 8.3 SWOT-analyse medicatieproces

Hiervóór zijn op acht verschillende gebieden conclusies getrokken. Door deze conclusies te plaatsen in een sterke-zwakke analyse instrument, worden de sterke en zwakke elementen in het medicatieproces van afdeling Ouderenzorg 1 nog beter in kaart gebracht. Hiervoor wordt de SWOT-analyse gebruikt. SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats, ofwel sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen. Door middel van deze analyse wordt bepaald wat de sterke en zwakke punten zijn van Ouderenzorg 1 en waar de kansen en bedreigingen liggen. Voor dit instrument is gekozen omdat er door de gegevens uit de analysefase in de SWOT-kaders te plaatsen snel inzichtelijk wordt gemaakt hoe de huidige situatie is en waar de verbeterpunten liggen. Het resultaat is een duidelijk beeld van de huidige situatie met betrekking tot sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen.

| STERKTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ZWAKTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemotiveerd, betrokken verpleegkundig team dat open staat voor veranderingen</li> <li>▪ Er wordt gewerkt met een Elektronisch Patiënten Dossier</li> <li>▪ Procedures en protocollen van ZALV zijn aanwezig</li> <li>▪ De GGZ Oost Brabant is HKZ-gekwalificeerd</li> <li>▪ Scholing is onderdeel in Jaarplan KGGZ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoge werkdruk, medicijnverstrekking is slechts één van de vele activiteiten</li> <li>▪ Kennis over geneesmiddelen is gemiddeld laag</li> <li>▪ Personeelsplanningen zijn vaak een probleem</li> <li>▪ Er is geen meldcultuur, registraties zijn onvoldoende</li> <li>▪ Deskundigheidsbevordering staat onder druk</li> <li>▪ Minimale informatievoorziening aan naaste</li> <li>▪ Behandelplan wordt niet met familie besproken</li> <li>▪ Malen van medicatie wordt niet door arts besproken met familie</li> <li>▪ Medicijnkamer bevindt zich op kantoor</li> <li>▪ Een VIM opstellen van medicatiefouten kost teveel tijd</li> <li>▪ Arts zal meer tijd moeten nemen voor overleg patiënt, familie en/of naaste</li> <li>▪ Logistiek ZALV: medicatiedeellijsten zijn bijv. niet up to date of op tijd aanwezig op Ouderenzorg 1</li> <li>▪ Weinig kennis van wetgevingen bij verpleegkundig team</li> <li>▪ Borging gemaakte werkafspraken niet voldoende</li> </ul> |
| KANSEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | BEDREIGINGEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicatieveiligheid is een issue. Kwaliteit van zorg neemt toe bij een goed medicatiebeleid</li> <li>▪ Werkgroep Transparantie van zorg is opgestart</li> <li>▪ Kwaliteitsverbetering draagt bij aan imago van de GGZ Oost Brabant (marktpositie/arbeidsmarkt)</li> <li>▪ Bereidheid medewerkers om knelpunten aan te pakken, brengen kennis/systemen in, bouwen expertise op</li> <li>▪ Implementeren resultaten afstudeergroep</li> <li>▪ Invoering EVS (geen handgeschreven recepten meer)</li> <li>▪ Geven van voorlichting aan patiënten/diens naaste via specifieke folders of mondeling</li> <li>▪ Omschrijving medicatieveiligheid in jaarplan GGZ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Door bezuinigingen binnen de organisatie wordt personeel ingezet met lagere deskundigheid</li> <li>▪ Kosten van (bij)scholing die gemaakt worden</li> <li>▪ VIM zit nog teveel in de blame cultuur</li> <li>▪ Onvoldoende scherpheid van de verpleegkundigen tijdens de nachtdienst</li> <li>▪ Bekwaamheid personeel</li> <li>▪ Bevoegdheid personeel</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

SWOT-analyse

Uit deze SWOT-analyse blijkt dat er op afdeling Ouderenzorg 1 behoefte is aan bewustwording en (bij-) scholing op het gebied van medicatie en medicatietoediening.

#### 8.4 Antwoord op de vraagstelling

Na het beantwoorden van de deelvragen en de daaruit voortvloeiende beschrijving van de conclusies en aanbevelingen, kan een antwoord gegeven worden op de vraagstelling en kunnen vervolgens verbeterpunten voor implementatie worden gekozen.

De vraagstelling luidde:

*Kan de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, door het verpleegkundig team verbeterd worden ten aanzien van het toedienen van medicatie en zo ja, op welke wijze?*

Het antwoordt hierop is dat de verpleegkundigen van afdeling Ouderenzorg 1 onvoldoende op de hoogte zijn van de manier waarop medicatie *toegediend* moet worden. De verpleegkundigen ook onvoldoende op de hoogte zijn van de betreffende *wetgeving* en zich onvoldoende *bewust* zijn van het individueel *verpleegkundig handelen*.

In hoofdstuk 8 zijn in totaal 26 aanbevelingen voor verbeteringen in het medicatieproces op Ouderenzorg 1 beschreven. Omdat in hoofdstuk 5 al een keuze is gemaakt voor een verbetertraject gericht op het toedienen van medicatie, worden deze aanbevelingen hier nog eens aangehaald. De overige aanbevelingen worden door de projectgroep aangeboden aan de teamleider van Ouderenzorg 1.

De medicatietoediening kan op vier punten verbeterd worden namelijk:

1. Scholing voor het verpleegkundig team op het gebied van medicatietoediening in het algemeen en het malen van medicatie in het bijzonder.
2. Er is een stroomschema beschikbaar voor het malen van medicatie.
3. Er is een nieuwe werkwijze ter verbetering van de medicatietoediening beschikbaar (d.w.z. de door de projectgroep beschreven werkwijze dient geïmplementeerd te worden).
4. Aanschaf medicijnkar.

Uit deze vier verbeterpunten heeft de projectgroep er twee geselecteerd voor implementatie gedurende de projectperiode. De overige verbeterpunten worden als aanbevelingen aangeboden aan de teamleider van Ouderenzorg 1.

Voor implementatie zijn de volgende twee verbeterpunten geselecteerd:

1. Scholing van het verpleegkundig team:  
Er is deskundigheidsbevordering en bewustwording nodig ten aanzien van medicatietoediening in het algemeen en het malen van medicatie in het bijzonder.  
Aandachtspunten hierbij zijn onder meer:
  - Scholing over wetgeving.
  - Scholing over toedieningsrichtlijnen en het malen van medicatie in het bijzonder.
2. Implementeren van een Stroomschema voor het malen van medicatie.

Voor deze twee aanbevelingen is gekozen om de volgende redenen:

- Ze leiden relatief tot snel resultaat.
- Ze zijn snel te implementeren.
- Ze zijn meteen praktisch toe te passen door het verpleegkundig team.
- Het verpleegkundig team ervaart snel resultaat door verbetering van efficiëntie bij medicatietoediening.
- Het levert iets op voor de individuele verpleegkundige of verzorgende, namelijk kennis.

- Het zijn belangrijke verbeterpunten voor het voldoende borgen van de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 en de patiëntenveiligheid in het bijzonder.

De overige aanbevelingen worden door de projectgroep aangeboden aan de teamleider van Ouderenzorg 1.



## **DEEL II Implementatiefase**



## INHOUDSOPGAVE

### **DEEL II      Implementatie fase**

|                  |    |
|------------------|----|
| <b>Inleiding</b> | 01 |
|------------------|----|

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 1    Aanbevolen verbeterpunten voor implementatie</b> | 03 |
| 1.1      Scholingstraject voor medicatietoediening                 | 03 |
| 1.1.1    Voorstel voor een scholingstraject                        | 04 |
| 1.2      Stroomschema voor medicatietoediening                     | 06 |
| 1.2.1    Voorstel voor een stroomschema                            | 07 |

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 2    Segmentatie van de doelgroep</b>                          | 09 |
| 2.1      Segmentatie van de doelgroep                                       | 09 |
| 2.1.1    Segmentatie van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1 | 10 |

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 3    Implementatieplan</b>                       |    |
| 3.1      Implementatiefasen volgens model van Grol en Wensing | 12 |
| 3.2      Deming-cirkel en Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus     | 12 |
| 3.3      Oriëntatiefase                                       | 13 |
| 3.4      Inzichtsfasen                                        | 14 |
| 3.5      Acceptatiefase                                       | 15 |
| 3.6      Veranderingsfase                                     | 16 |
| 3.7      Behoud van verandering                               | 18 |
| 3.8      Schema implementatieplan                             | 20 |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 4    Evaluatie implementatie</b>         |    |
| 4.1      Klinische les                                | 21 |
| 4.1.1    Evaluatie klinische les                      | 22 |
| 4.2      Resultaten onderzoeken implementatie         | 23 |
| 4.2.1    Vragenlijst-verpleegkundigen                 | 23 |
| 4.2.2    Geeltjesmeting                               | 24 |
| 4.2.3    Turflijst en evaluatieformulier stroomschema | 26 |
| 4.3      Samenvatting resultaten onderzoeken          | 27 |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| <b>Hoofdstuk 5    Conclusie project Medicatieveiligheid</b> | 28 |
|-------------------------------------------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b><u>Begrippenlijst</u></b> | 30 |
|------------------------------|----|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| <b><u>Bronvermelding</u></b> | 31 |
|------------------------------|----|

|                        |                                                                                                                               |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Bijlagen</u></b> | Voor de in dit projectverslag genoemde schriftelijke bijlagen, wordt u verwezen naar het apart bijgeleverde Bijlagen document |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## INLEIDING

*Deel II van dit projectverslag betreft de implementatiefase. Hierin wordt de implementatie van de in Deel I geselecteerde kwaliteitsverbeteringen van dit project beschreven. Deze twee kwaliteitsverbeteringen zijn 'Scholing' en een 'Stroomschema voor het malen van medicatie'. De implementatie vindt plaats op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss. In de implementatiefase wordt de implementatie aan de hand van verschillende fasen binnen het implementatieproces beschreven.*

*Er zijn veel verschillende definities van Implementeren. Een definitie is:*

*"Implementeren betekent het gebruik maken van de nieuwste inzichten, methodes, technieken of producten die verbeteringen brengen ten opzichte van de bestaande situatie" (ZonMw, 2011).*

In dit afstudeerproject wordt het implementatiemodel van Grol en Wensing gebruikt. Dit model beschrijft hoe een verandering geïmplementeerd wordt en welke stappen ondernomen worden om tot een verandering te komen.

In het implementatiemodel van Grol en Wensing wordt het proces van implementatie onderverdeeld in verschillende fasen namelijk de oriëntatiefase, de inzichtsfase, de acceptatiefase, de veranderingsfase en de fase voor behoud en borging.

Daarnaast wordt in de implementatiefase gebruik gemaakt van de Deming-cirkel. Dit is een kwaliteitscirkel en een hulpmiddel bij kwaliteitsverbeteringen. De kwaliteitscirkel beschrijft vier activiteiten die zorgen voor een betere kwaliteit. Het cyclische proces garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is, waarbij je steeds moet evalueren en bijsturen. De vier activiteiten in de kwaliteitscirkel van Deming zijn: Plan-Do-Check-Act, ook wel de PDCA-cyclus genoemd.

In de implementatiefase van dit project wordt een relatie gelegd tussen de betreffende implementatiefase van Grol en Wensing en de fasen uit de PDCA-cyclus.

In dit afstudeerproject Medicatieveiligheid wordt gekozen voor het implementatiemodel van Grol en Wensing en de PDCA-cyclus, omdat deze beide inzichtelijk en makkelijk toepasbaar zijn.

Belangrijk bij het opstellen van richtlijnen of het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze voor verbetering van de zorg is, om al vanaf het begin rekening te houden met de implementatie ervan. Bij implementeren is het wenselijk om de doelgroep waar de invoering plaatsvindt zo goed mogelijk te leren kennen. De doelgroep moet steeds betrokken worden bij de implementatie. Vaak hebben belemmerende en bevorderende factoren een invloed op het implementatieproces. Goed geplande interventies zijn belangrijk om een implementatie te laten slagen. Een goede organisatie van het invoeringsproces evenals een zorgvuldige evaluatie, zijn belangrijk voor het uiteindelijke succes van de verandering (Grol & Wensing, 2006).

Met de implementatie van de twee genoemde aanbevelingen, Scholing en het Stroomschema, wil de projectgroep een kwaliteitsverbetering tot stand brengen, met als doel optimalisering van de medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1.

De hoofdstukken in Deel II zijn als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 1 worden de twee aanbevelingen Scholing en het Stroomschema verder uitgewerkt voor implementatie op Ouderenzorg 1.

In hoofdstuk 2 wordt de segmentatie van de doelgroep beschreven en wordt de doelgroep geanalyseerd. De segmentatie van de doelgroep is, het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1.

In hoofdstuk 3 wordt het implementatieplan beschreven met de daarbij horende implementatiefasen volgens Grol en Wensing. Deze fasen worden vervolgens aan de hand van de situatie op Ouderenzorg 1 beschreven en daarna in een schematisch overzicht geplaatst. Daarna worden de fasen 'Plan-Do-Check-Act' uit de Deming-cirkel met de verschillende fasen van het implementatiemodel van Grol en Wensing in verband gebracht.

Als laatste in dit hoofdstuk wordt het implementatieplan, als geheel, nog eens schematisch weergegeven.

In hoofdstuk 4 wordt de evaluatie van de implementatie van de twee verbeterpunten Scholing en het Stroomschema beschreven.

In hoofdstuk 5 wordt de eindconclusie van het project Medicatieveiligheid beschreven.

De bijlagen waarnaar in dit projectverslag verwezen wordt, zijn terug te vinden in een apart aangeleverd bijlagendocument.

## 1. AANBEVOLEN VERBETERPUNTEN VOOR IMPLEMENTATIE

*Als eerste stap in de implementatiefase worden in dit hoofdstuk de twee aanbevelingen uit hoofdstuk 8 verder uitgewerkt. Van beide aanbevelingen worden de voor- en de nadelen beschreven. Hierna volgen de twee uitgewerkte verbeterpunten, 'scholing' en het 'stroomschema', zoals ze ter goedkeuring zijn voorgelegd aan de teamleiders en, in het geval van het stroomschema, aan de afdeling Ouderenzorg 1 verbonden artsen en apotheker van ZALV.*

### 1.1 Scholingstraject voor medicatietoediening

Scholing van verpleegkundigen is, zoals is gebleken uit de voorgaande analyses, noodzakelijk om de kennis van het medicatieproces op voldoende niveau te brengen.

De redenen dat de projectgroep scholing als eerste te implementeren aanbeveling kiest zijn:

- Omdat scholing belangrijk is om de bewustwording en deskundigheid van de verpleegkundigen/verzorgenden te vergroten, waardoor naar verwachting de medicatiefouten verminderen.
- Omdat het verpleegkundig team op dit moment niet voldoende op de hoogte is van de verschillende toedieningsvormen en het gebruik van diverse medicijnen en van polyfarmacie.
- Omdat het verpleegkundig team op dit moment niet geschoold is in de gevolgen die het malen van medicijnen bij patiënten kan hebben, waardoor de kans op fouten groot is.
- Om de volgende aanbeveling, het stroomschema, ten uitvoer te kunnen brengen. Scholing is hierbij noodzakelijk om het verpleegkundig team inzicht te geven in het verpleegkundig handelen en in de regels waaraan de verpleegkundige zich dient te houden met betrekking tot het medicatieproces, met name het toedienen en malen van medicatie.
- Omdat er veel verandert in de zorg waardoor (bij-) scholing noodzakelijk is. Aan verpleegkundigen worden steeds hogere eisen gesteld, die aansluiten bij de laatste ontwikkelingen. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zich op de hoogte houden van deze nieuwe ontwikkelingen. Indien ze voldoende kennis en ervaring hebben kunnen verpleegkundigen zelf signalen en mogelijk dreigende fouten opvangen en bespreekbaar maken.
- Omdat in de scholing ook aandacht is voor de richtlijnen en wetgeving rondom medicatietoediening. Daardoor kunnen de verpleegkundigen zich meer bewust worden van hun eigen individuele verantwoordelijkheden tijdens het toedienen van medicatie en van het feit dat zij daarop aanspreekbaar zijn.
- Omdat van verpleegkundigen wordt verwacht adequaat in te spelen op veranderingsprocessen en het leveren van goede kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen moeten beschikken over actuele kennis en bekwaam zijn in de uitvoering.

Behalve bovenstaande voordelen van bijscholing zijn er ook potentiële nadelen aan scholing verbonden:

- Is het financieel budget toereikend om het verpleegkundig team te scholen?
- Is er voldoende bereidheid bij het team om scholing te volgen, eventueel in eigen tijd als het financieel niet haalbaar is om dit in werktijd te doen?

### 1.1.1 Voorstel voor een scholingstraject

Bij dit voorstel voor een scholingstraject worden de mogelijkheden tot scholing verder onderzocht en worden de voor- en nadelen van elke vorm van scholing beschreven. Hierna wordt door de projectgroep een keuze voor een vorm van scholing gemaakt, en dit voorstel wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de teamleider van afdeling Ouderenzorg 1.

*Het doel van de scholing is:*

Een deskundigheidsbevordering en bewustwording over medicatietoediening en malen in het bijzonder, door middel van scholing voor het verpleegkundig team Ouderenzorg 1 waardoor een vermindering van toedieningsfouten verwacht kan worden.

Deze scholing moet medio september 2011 plaats vinden, met zo weinig mogelijke financiële kosten, middelen en tijdsinvestering.

**Scholing kan plaats vinden door:**

1. ZALV.
2. Nurse practitioner GGZ Oost Brabant.
3. ROC Leygraaf.
4. Projectgroep zelf.

In het volgende overzicht worden de voor- en nadelen van bovenstaande opties beschreven en wordt in de kolom 'bijzonderheden' onder andere gereageerd op de punten uit de kolom 'nadelen':

| BIJSCHOLING DOOR   | VOORDELEN                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NADELEN                                                                                                                                                                                                                                                          | BIJZONDERHEDEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ZALV               | <ul style="list-style-type: none"><li>- Is een geautoriseerde cursus.</li><li>- Is een autorisatie cursus.</li><li>- Wordt door deskundigen gegeven: apotheker en apothekersassistente.</li></ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"><li>- Er zijn kosten aan verbonden</li><li>- Scholing niet op korte termijn haalbaar: moet ingepland worden.</li><li>- Cursus bestaat 3 dagdelen.</li><li>- Grote tijdsinvestering voor verpleegkundigen en afdeling</li></ul> | → Navraag bij ZALV leerde dat ZALV de kosten die gemaakt moeten worden voor deze vorm van scholing niet direct voorhanden heeft.                                                                                                                                                                                                                         |
| Nurse practitioner | <ul style="list-style-type: none"><li>- Interne expert/deskundige.</li><li>- Naar verwachting lage financiële investering omdat het een interne expert is die werkzaam is bij de GGZ Oost Brabant.</li><li>- Bestaande cursus die is aan te passen op de vraag van de aanvrager.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Scholing niet op korte termijn haalbaar: moet voorbereid en ingepland worden.</li></ul>                                                                                                                                  | → Navraag bij nurse practitioner over de kosten van de cursus geeft niet direct duidelijkheid. Kosten zullen bestaan uit (voorbereidings-) tijd en reiskosten van de nurse practitioner.<br>→ Cursus zal ongeveer een dagdeel (3 à 4 u) in beslag nemen.                                                                                                 |
| ROC De Leygraaf    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Is een geautoriseerde cursus.</li><li>- Wordt door deskundigen gegeven: docenten ROC.</li></ul>                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Externe partner.</li><li>- Er zijn kosten aan verbonden</li><li>- Scholing niet op korte termijn haalbaar: moet ingepland worden.</li><li>- Er is geen directe link met de praktijk/afdeling</li></ul>                   | → Navraag bij bureau opleidingen van de GGZ Oost Brabant leerde dat de kosten van deze vorm van scholing zijn niet direct voorhanden zijn.<br><br>→ Valt af als mogelijk scholings- traject omdat het naar verwachting te duur is, het te weinig praktijk gerelateerd is en er binnen de GGZ Oost Brabant en ZALV ook voldoende expertise voorhanden is. |

| BIJSCHOLING DOOR                   | VOORDELEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NADELEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | BIJZONDERHEDEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Projectgroep: Klinische les</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projectgroepleden zijn interne experts: door verdieping in het onderwerp Medicatieveiligheid tijdens de oriëntatiefase van het afstudeerproject.</li> <li>- Korte investeringstijd voor het team: duur 1½ á 2 u.</li> <li>- Lage financiële investering.</li> <li>- Lage tijdinvestering voor verpleegkundigen en afdeling.</li> <li>- Scholing is op korte termijn te plannen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is de projectgroep bekwaam genoeg voor het geven van bijscholing?</li> <li>- Wordt deskundigheidsbevordering in deze vorm gezien als officiële bijscholing?</li> <li>- Extra investering voor projectgroep in hun afstudeerfase door het voorbereiden en geven van de klinische les.</li> <li>- Klinische les moet in het rooster ingepland worden: verpleegkundig team moet hier extra voor terug komen.</li> </ul> | <p>Navraag bij bureau opleiding van de GGZ Oost Brabant en een Verpleegkundig specialist van de GGZ Oost Brabant leerde:</p> <p>→ Niet bekwaam als het om bijscholing gaat maar wel bekwaam als het om deskundigheidsbevordering gaat. Door afstudeerproject worden projectleden gezien als experts.</p> <p>→ Nee, wel als deskundigheidsbevordering.</p> <p>De projectgroep heeft geen erkende bekwaamheidsverklaring t.a.v. bijscholing (die bijv. een nurse practitioner door zijn/haar opleiding wel heeft). Bij een bijscholing hoort ook een opleidingsplan en moeten de competentieprofielen zijn vastgelegd.</p> <p>→ Voor deze investering moet voor de projectgroepleden extra tijd gegenereerd worden bij de betreffende teamleiders.</p> <p>→ Deelname aan de klinische les moet door de teamleider verplicht worden gesteld.</p> <p>→ Ook nachtdiensten van Ouderenzorg 1 moeten hiervoor ingepland worden.</p> <p>→ Klinische les niet aan werkoverleg koppelen: aandacht moet volledig bij onderwerp zijn.</p> |

Vanuit bovenstaande analyse van de opties van scholing aan het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 over medicatietoediening in het algemeen en het malen van medicatie in het bijzonder, valt de keuze van de projectgroep op een klinische les door de projectgroep zelf. Deze keuze is gemaakt omdat het een keuze met een relatief lage investering in tijd en middelen is en snel toepasbaar is.

Om deze keuze bij de teamleider van Ouderenzorg 1 aan te bevelen is de volgende uitwerking van de klinische les voorgelegd:

### **Concept Klinische les medicatietoediening**

#### *Deelnemers*

- Verpleegkundig team Ouderenzorg 1:
  - 9 verpleegkundigen niveau 4, waaronder twee vaste nachtdiensten.
  - 1 verpleegkundige niveau 5.
  - 1 verzorgende niveau 3.

Geriaters.

Arts-assistent.

Co-assistent.

Teamleider Ouderenzorg 1 en Teamleider Volwassenenzorg (opdrachtgevers van dit project).

### *Voorwaarden*

Deelname aan klinische les is verplicht.  
Deelname klinische les is ingepland in het dienstrooster.  
Klinische les is niet aan werkoverleg gekoppeld.  
Projectleden krijgen tijdsinvestering gecompenseerd.

### *Benodigdheden*

Computer.  
Beamer en projectiescherm.  
PowerPoint presentatie.  
Hand-outs PowerPoint.  
Vergaderruimte: liefst buiten de afdeling.  
Koffie/thee.

### *Concept Opbouw Klinische les*

#### 1. Introductie

- patiëntenveiligheid/medicatieveiligheid: IGZ/GGZ NL.
- uitslag onderzoeken: bijv. geeltjesmeting.
- keuze verbeterpunten.
- waarom bijscholing..

#### 2. Inleiding

- wat is medicatie.
- richtlijnen: IGZ/VTGM.

#### 3. Medicatieproces

- richtlijnen voorschrijven (beknopt).
- richtlijnen levering (beknopt).
- richtlijnen uitzetten (beknopt).
- richtlijnen toediening/malen (uitgebreid).
- wetten: WGBO/BOPZ/BIG.

#### 4. Introductie Stroomschema

#### 5. Afsluiting

- aankondiging invullen vragenlijst na scholing en na invoering stroomschema.

De teamleider van Ouderenzorg 1 heeft goedkeuring gegeven voor de klinische les.

Het team krijgt een klinische les aangeboden ter bevordering van de deskundigheid en bewustwording op het gebied van medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder.

De definitieve versie van de PowerPoint presentatie van de klinische les vindt u in (bijlage 11.A).

## **1.2 Stroomschema malen van medicatie**

Aansluitend aan de aanbeveling 'scholing' wordt de tweede aanbeveling geïmplementeerd, het ontwikkelen van een stroomschema malen van medicatie.

Een stroomschema is een symbolische weergave van het verloop van een proces. Een goed stroomschema maakt in een oogopslag duidelijk welke stappen er in het proces gezet worden, welke keuzes er gemaakt kunnen worden, welke formulieren er gehanteerd worden, welke relaties er zijn met andere processen en welke personen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van (een deel van) het proces.

De voordelen van de implementatie van een stroomschema zijn dat:

- Het voor het verpleegkundig team in een oogopslag duidelijk wordt welke stappen de verpleegkundigen moeten nemen bij het malen van medicatie.
- Het de eenduidigheid van de manier van toedienen bevordert.
- Het dermate gebruiksvriendelijk is dat het makkelijk voor iedereen toepasbaar is.
- De wettelijke regels worden nageleefd: het bevordert het proces van medicatieveiligheid.
- Er weinig kosten aan verbonden zijn.
- Het snel inzetbaar is.

Eventuele nadelen van een stroomschema zijn:

- Wanneer er geen scholing aan vooraf gaat zal het verpleegkundig team niet begrijpen hoe het stroomschema werkt.
- Uitleg over het stroomschema in de vorm van een klinische les zal in werktijd moeten plaatsvinden.

### 1.2.1 Voorstel voor het stroomschema

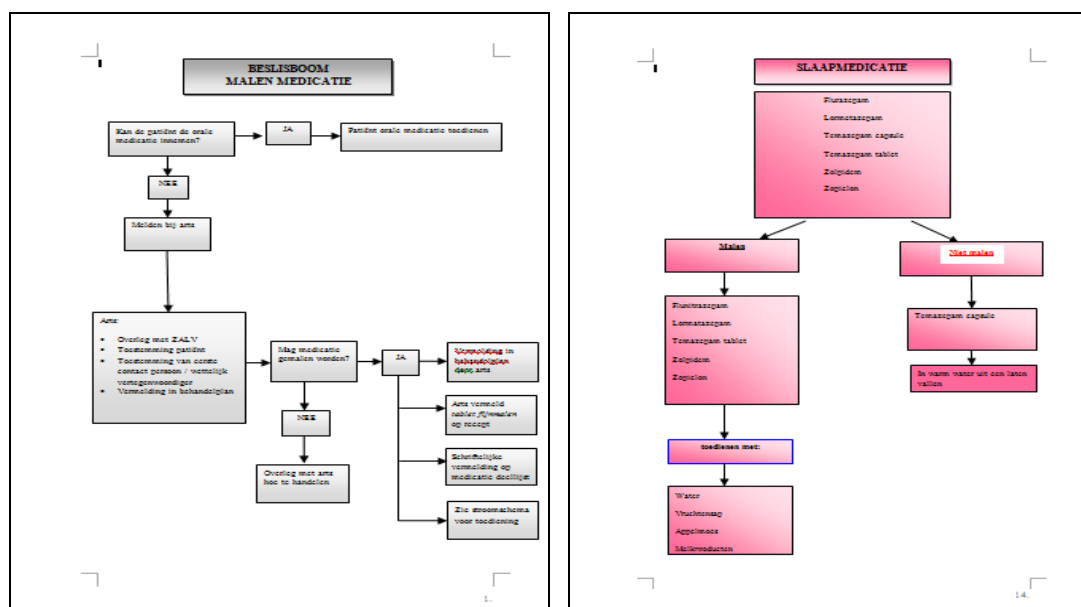
Voor het stroomschema is gekozen voor een boekvorm waarin op schematische en overzichtelijke wijze de toedieningsbijzonderheden van de op afdeling Ouderenzorg 1 meest voorkomende groepen medicijnen zijn weergegeven. Dit boekwerk kan bij de toediening door de verpleegkundigen gebruikt worden en krijgt een vaste plaats in de medicijnkamer.

Het is gericht op de praktijk, het is door iedereen praktisch toepasbaar en heeft een overzichtelijke indeling. Het stroomschema is eerst voorgelegd aan de behandelaren van Ouderenzorg 1, namelijk aan de geriaters van de afdeling en aan de apotheker van ZALV. Het stroomschema is door hen allen positief beoordeeld.

Het stroomschema wordt tijdens de klinische les geïntroduceerd, waarna het direct in de praktijk wordt geïmplementeerd.

Hieronder volgen twee voorbeelden van stroomschema's zoals deze worden geïmplementeerd op Ouderenzorg 1. Voor het gehele stroomschema wordt u verwezen naar de bijlagen (zie bijlage 12).

Voor het ontwikkelen van de stroomschema's is gebruik gemaakt van literatuur en de aanvullingen van de arts van Ouderenzorg 1. (Sitsen & Vasbinder, 2011; Heijenbrok & Hospes, 2009; Apotheek ZALV, 2009; ConSuMed, 1999 -2011; Nijpels, 2009; Pletmedicatie v.2.0, 2006).



Voorbeelden van twee stroomschema's zoals deze geïmplementeerd worden op Ouderenzorg 1

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt nogmaals genoemd dat de scholing dus zal bestaan uit een klinische les waarin het stroomschema wordt geïntroduceerd.

De klinische les wordt aangeboden aan het team van Ouderenzorg 1 ter bevordering van de deskundigheid en bewustwording op het gebied van medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder. Het stroomschema moet het team gaan helpen bij het op juiste wijze toedienen en malen van de medicatie.

*In dit hoofdstuk wordt door het analyseren van de doelgroep en door het beschrijven van de beïnvloedende factoren bij veranderingen een eerste aanzet tot de implementatie van de verbeterpunten gegeven.*

*Er wordt in dit project Medicatieveiligheid gekozen voor het implementatiemodel van Grol en Wensing omdat dit inzichtelijk en gemakkelijk toepasbaar is.*

Tal van factoren kunnen bepalen of de implementatie van een innovatie succesvol zal zijn of niet (Grol & Wensing, 2006). Daarom is eerst een diagnostische analyse nodig, die betrekking heeft op:

- De achtergronden van de implementatie: wie wil welke verandering om welke reden?
- Segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden de verschillende segmenten zich?
- Belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering

(Grol & Wensing, 2006).

De achtergronden van de implementatie zijn in de vorige hoofdstukken beschreven. De segmentatie wordt in dit hoofdstuk beschreven en de belemmerende en bevorderende factoren worden in hoofdstuk drie beschreven.

### Segmentatie van een doelgroep

Een belangrijk onderdeel van een implementatieproces is de analyse van de doelgroep waar de verandering moet plaats vinden. Een manier om een doelgroep te analyseren is door middel van 'segmentatie'.

In elke groep die een nieuwe werkwijze invoert kunnen 'segmenten' worden onderscheiden. Dit zijn subgroepen die zich onderscheiden door de verschillende fasen van het veranderingsproces waarin ze zich bevinden en die daarom verschillende problemen en behoeften ervaren (Grol & Wensing, 2006). De subgroepen binnen de doelgroep kunnen verschillen in behoeften, kenmerken en bevorderende en belemmerende factoren, en kunnen daarom behoefte hebben aan verschillende maatregelen en strategieën om de nieuwe werkwijze onder de knie te krijgen.

Door Grol en Wensing (2006) wordt de doelgroep in drie verschillende subgroepen verdeeld en wordt de benadering van de verschillende subgroepen bij de invoering van innovaties beschreven. Dit wordt in onderstaand schema weergegeven (Grol & Wensing, 2006).

|                                                                         | Voorlopers                                                        | Middengroep                                                                                       | Achterblijvers                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivatie:</b><br>wat is de motivatie om te veranderen?              | Intrinsiek, zien van voordelen.                                   | Erbij horen, relatie met anderen.                                                                 | Extrinsiek, dwang, economische druk.                                                               |
| <b>Effectieve beïnvloeding:</b><br>wat moet er vooral beïnvloed worden? | Gericht op cognitie.                                              | Gericht op attitude.                                                                              | Gericht op gedrag.                                                                                 |
| <b>Methoden van implementatie:</b><br>wat kan daarbij helpen?           | Goede informatie, geloofwaardige bronnen, schriftelijke methoden. | Persoonlijke bronnen, inzet sleutelfiguren, intercollegiale activiteiten, feedback van collega's. | Regels en afspraken, beloningen en sancties, hulp bij praktische problemen, duidelijk leiderschap. |

Een voorwaarde om nieuwe inzichten of nieuwe werkwijzen in te kunnen passen in bestaande routines is dat de doelgroep op de hoogte is van het bestaan ervan, er interesse in krijgt en begrijpt waar het om gaat, bereid is om er goed kennis van te nemen en er ook feitelijk iets mee gaat doen (Grol & Wensing, 2006).

### 2.1.1 Segmentatie van het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1

Het verpleegkundig team van afdeling Ouderenzorg 1 bestaat totaal uit 13 personen, te weten:

- Een verpleegkundige niveau 5.
- Negen verpleegkundigen niveau 4, waarvan twee vaste nachtdiensten.
- Een leerling verpleegkundige BBL niveau 4.
- Een verzorgende niveau 3.
- Een verzorgingsassistente niveau 2.

Het team bestaat ruim drie jaar in de huidige samenstelling. Het is een enthousiast team dat over het algemeen open staat voor veranderingen mits goed onderbouwd, maar men heeft tijd nodig om aan een veranderingsproces te wennen.

Op basis van een eerder geïmplementeerde kwaliteitsverbetering (project verpleegkundige overdracht in oktober 2010) op Ouderenzorg 1, kunnen de dertien verpleegkundigen/verzorgenden van Ouderenzorg 1 als volgt in de drie categorieën van Grol en Wensing ondergebracht worden:

- Vier personen kunnen in de groep van *voorlopers* geplaatst worden.
- Zes personen kunnen in de *middengroep* ingedeeld worden.
- Drie personen zijn *achterblijvers*.

#### *Met betrekking tot de voorloper*

- Heeft voldoende aan goed, wetenschappelijk verantwoorde informatie via tijdschriften en gekwalificeerde nascholing.
- Kan dit projectverslag lezen met een eventuele mondelinge toelichting van de auteurs.
- Kan zijn kennis en positie gebruiken om de middengroep en achterblijvers te motiveren voor acceptatie en deelname aan de verandering.
- Heeft een voorbeeldfunctie voor de middengroep en de achterblijvers.

#### *Met betrekking tot de middengroep*

- Is gevoelig voor invloeden vanuit de sociale omgeving, dus voor de mening van gerespecteerde collega's die de nieuwe werkwijzen of inzichten introduceren en vertalen naar de eigen lokale situatie.
- Is gevoelig voor de sociale druk die uitgaat van intercollegiale activiteiten zoals teamoverleg en onderlinge afspraken.
- Is op een positieve manier te beïnvloeden door het geven van voorlichting over het onderwerp.
- Wordt gecoacht en ondersteund door een coördinator of teamleider.
- Heeft een voorbeeldfunctie voor de achterblijvers.
- Wordt aangesproken op zijn/haar kwaliteiten, die worden ingezet bij verschillende taken.

#### *Met betrekking tot de achterblijvers*

- Is betrekkelijk ongevoelig voor sociale invloeden, onder andere omdat het hier personen betreft met een neiging tot solistisch opereren.
- Heeft extra stimulans nodig in de vorm van praktische steun, materiële beloning en eventuele druk via officiële standpunten of formele regelgeving.
- Is op een positieve manier te beïnvloeden door de voorlopers en de middengroep die praktische steun kan bieden.
- Is verplicht deel te nemen aan de scholing, opgelegd door teamleider. Bij deelname wordt dit positief bekrachtigd en bij weigering volgt er een gesprek met de opdrachtgever en eventueel een sanctie.
- Wordt aangesproken op zijn/haar verpleegkundig handelen.
- Wordt ondersteund door teamleider. (Grol & Wensing, 2006).

Voor de implementatie van de twee gekozen kwaliteitsverbeteringen op Ouderenzorg 1, betekent dit dat de projectgroep zich voldoende heeft verdiept in de segmentatie van het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1. Hierdoor kan de projectgroep hier lopende het project op inspelen om vooral de achterblijvers en de middengroep op een positieve manier te beïnvloeden.

De projectgroep zal het team bijvoorbeeld voldoende gaan informeren over de stand van zaken van het project om hen te betrekken bij het project. Daarnaast moet de projectgroep investeren om hen ook betrokken te houden.

Dit wordt gedaan door middel van nieuwsbrieven, posters, snoepotten en regelmatige lijfelijke aanwezigheid van de projectgroepleden door spontaan binnen te lopen op het kantoor en aanwezig te zijn bij het verpleegkundig werkoverleg.

Een en ander wordt beschreven in het hierna volgende implementatieplan.

*In dit hoofdstuk wordt de implementatie van de twee aanbevelingen in een implementatieplan beschreven. Dit gebeurt aan de hand van het implementatiemodel volgens Grol en Wensing. In dit implementatiemodel wordt het proces van implementatie onderverdeeld in verschillende fasen. Deze fasen worden aan de hand van de situatie op afdeling Ouderenzorg 1 beschreven en daarna in een schematisch implementatieplan geplaatst.*

*De fasen 'Plan-Do-Check-Act' uit de Deming cirkel worden met de verschillende fasen van het implementatiemodel van Grol en Wensing in verband gebracht.*

De projectgroep realiseert zich dat het implementatiemodel van Grol en Wensing en de kwaliteitscyclus volgens de Deming-cirkel (ofwel PDCA-cyclus) twee verschillende modellen zijn, die meestal los van elkaar worden toegepast. De projectgroep heeft echter gemeend om deze twee modellen naast elkaar te gebruiken.

Uitgangspunt bij de implementatie is de implementatiefase van Grol en Wensing omdat de projectgroep dit een goed theoretisch onderbouwd model vindt en daardoor bruikbaar als leidraad voor deze implementatie.

Echter wordt de PDCA-cyclus door de projectgroep als praktisch zeer toepasbaar ervaren. Door de stappen in de PDCA-cyclus is de implementatie namelijk steeds snel en makkelijk bij te stellen. Daarnaast is het een kwaliteitsmodel dat in de GGZ Oost Brabant meestal wordt toegepast bij kwaliteitsverbeteringen.

De PDCA-cyclus wordt door de projectgroep dus aanvullend op het implementatiemodel van Grol en Wensing gebruikt.

### **3.1 Implementatiefasen volgens het model van Grol en Wensing**

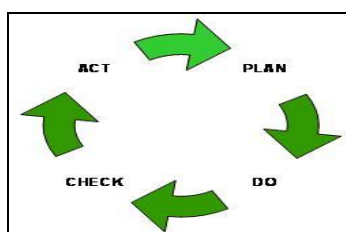
De implementatiefasen volgens het model van Grol en Wensing zijn:

1. Oriëntatiefase.
2. Inzichtsfasen.
3. Acceptatiefase.
4. Veranderingsfasen.
5. Behoud van verandering.

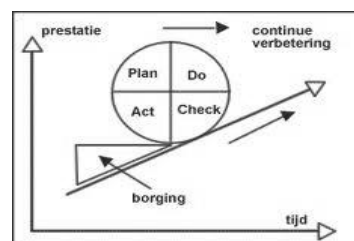
### **3.2 Deming-cirkel en PDCA-cyclus**

Naast het implementatiemodel volgens Grol en Wensing, wordt in de implementatiefase gebruik gemaakt van de Deming-cirkel. Dit is een kwaliteitscirkel en een hulpmiddel bij kwaliteitsverbeteringen. De kwaliteitscirkel beschrijft vier activiteiten die zorgen voor een betere kwaliteit. Het cyclische proces garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is, waarbij je steeds moet evalueren en bijsturen. De vier activiteiten in de kwaliteitscirkel van Deming zijn: Plan-Do-Check-Act, ook wel de PDCA-cyclus genoemd.

- Plan: plannen maken en doelstellingen formuleren.
- Do: plannen uitvoeren en registreren.
- Check: uitkomst van de uitvoering vaststellen en deze bespreken.
- Act: plannen en doelstellingen actualiseren en bijsturen.



PDCA-cyclus



Deming-methode

Hierna wordt iedere fase uit het implementatiemodel van Grol en Wensing uitgewerkt. Daarbij worden de beïnvloedende factoren, zoals bevorderende en belemmerende factoren, in de verschillende fasen van het veranderingsproces in kaart gebracht.

Daarna wordt er een relatie gelegd tussen de betreffende implementatiefase en de PDCA-cyclus.

### 3.3 Oriëntatie fase

In deze fase gaat het erom dat de deur naar vernieuwing wordt opengezet. De doelgroep moet zich bewust worden van de vernieuwing, er interesse in krijgen en erbij betrokken raken. Dat kan bijvoorbeeld door de betrokkenen in grote lijnen te informeren over de vernieuwing. Het gaat erom de vernieuwing zo te presenteren dat mensen nieuwsgierig raken. In dit stadium moeten mensen ook het gevoel krijgen dat de voorgestelde vernieuwing belangrijk is voor hun eigen werk en/of persoon (Grol & Wensing, 2006).

De oriëntatiefase is voor het team van afdeling Ouderenzorg 1 gestart in februari 2011. Al vroeg in het project zijn het verpleegkundig team en andere betrokkenen door de projectgroep en de teamleider geïnformeerd over het afstudeerproject Medicatieveiligheid.

Voor het team van Ouderenzorg 1 heeft er in februari een ‘kick off’ bijeenkomst plaatsgevonden, waarin het project werd uitgelegd en vragen konden worden gesteld.

Het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 heeft in de maanden februari en maart een vragenlijst ingevuld en een geeltjesmeting van het medicatieproces gedaan.

Daarnaast zijn door de projectgroep vanaf de start in februari 2011 gedurende de gehele projectperiode (tot november 2011), verschillende acties ingezet op Ouderenzorg 1 zoals posters, snoepotten en nieuwsbrieven, om het project bij alle betrokkenen onder de aandacht te houden. De nieuwsbrieven werden persoonlijk verstuurd aan alle betrokkenen van Ouderenzorg 1, zoals het verpleegkundig team, het behandelteam, de opdrachtgevers van het project, en ook aan de zorgmanager en de Raad van Bestuur. Doel hiervan was om hen te informeren over de stand van zaken van het project, om het project onder hun aandacht te houden en om draagvlak en enthousiasme te creëren (zie bijlage 10).

Bovenstaande beschrijving wordt hierna in een schema gezet:

| Oriëntatiefase: bewust zijn, op de hoogte zijn, interesse, betrokkenheid                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel                                                                                                                                                                                                                                       | Bevorderende en belemmerende factoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Strategieën en interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Wanneer is doel bereikt                                                                                                                                                                                                           |
| Team van Ouderenzorg 1 wordt door de projectgroep geïnformeerd over het project en het onderwerp 'Medicatieveiligheid', waardoor het team geïnteresseerd en betrokken raakt bij het project en draagvlak voor verandering wordt gecreëerd. | <p>Bevorderend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de innovatie wordt gewenst door de teamleider.</li> <li>- het team is al geruime tijd op de hoogte dat er een verandering aan komt.</li> <li>- het team is er onder andere door het invullen van de vragenlijst en de geeltjesmetingen bij betrokken geraakt.</li> <li>- er wordt regelmatig individueel over gesproken met/tussen verpleegkundigen.</li> <li>- team staat achter de verandering.</li> <li>- team is enthousiast over de verandering</li> <li>- team vindt kwaliteit van zorg voor de patiënten van hun afdeling belangrijk.</li> <li>- leden van de projectgroep zijn bekend bij alle betrokkenen (alle werkzaam binnen de GGZ Oss).</li> </ul> <p>Belemmerend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tijdsfactor: er is al een aantal maanden voorbij gegaan tussen het invullen van de vragenlijst en de geeltjesmeting en de implementatie. Hierdoor kan de aandacht van het team zijn verzwakt ondanks dat het team in deze maanden steeds over het project is geïnformeerd.</li> </ul> <p>Daarnaast zorgt ook de zomervakantie voor een onderbreking. Het doel en de noodzaak van het project kan daardoor naar de achtergrond zijn geraakt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- informatiebijeenkomst organiseren voor team Ouderenzorg 1 over het project 'kick off' van het project.</li> <li>- leden van de projectgroep zijn door de 'kick off' bekend bij alle betrokkenen.</li> <li>- onderzoeken uitvoeren naar de huidige stand van zaken t.a.v. medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1. Het team van Ouderenzorg 1 participeert hierin door het invullen van vragenlijsten en het uitvoeren van een geeltjesmeting.</li> <li>- tijdens 'kick off' wordt door het team van Ouderenzorg 1 een vragenlijst ingevuld.</li> <li>- tijdens de 'kick off' wordt de geeltjesmeting aangekondigd en uitgelegd.</li> <li>- d.m.v. nieuwsbrieven worden het verpleegkundig team en andere betrokkenen betrokken gehouden bij het project.</li> <li>- stand van zaken van het project komt als vast onderwerp op de agenda van het werkoverleg.</li> <li>- extra aandacht voor de 'middengroep' zoals in de segmentatie beschreven (bijv. door het onderwerpen project medicatie-veiligheid aan bod te laten komen tijdens het verpleegkundig werkoverleg).</li> <li>- ludieke acties om project onder de aandacht te houden zoals nieuwsbrieven, posters en snoepspotten.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- verpleegkundigen stellen vragen over het onderwerp, vragen om informatie of tonen belangstelling.</li> <li>- team Ouderenzorg 1 neemt actief deel aan de diverse onderzoeken.</li> </ul> |

De oriëntatiefase is de 'Plan' fase in de PDCA-cyclus:

Er wordt op verschillende wijzen onderzoek gedaan naar het onderwerp Medicatieveiligheid en de noodzaak tot en behoefte aan verandering. Ook wordt er draagvlak en enthousiasme over het project gecreëerd bij alle betrokkenen en bij het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1 in het bijzonder.

### 3.4 Inzichtsfasen

In deze fase wordt de doelgroep geïnformeerd over wat de vernieuwing precies inhoudt. Het gevoel moet ontstaan dat de verandering noodzakelijk is: doorgaan op de oude weg is niet langer acceptabel. Ook is het belangrijk dat de mensen inzicht krijgen in hun oude werkwijze en in de meerwaarde die de veranderingen met zich meebrengen (Grol & Wensing, 2006).

De inzichtsfasen voor afdeling Ouderenzorg 1 is gestart in maart 2011. Na de geeltjesmeting en vragenlijst-verpleegkundigen heeft er een member check plaats gevonden. De reacties tijdens de member check waren die van verbazing, omdat er zoveel fouten in het medicatieproces zichtbaar werden. Het team ging ook onderling vragen stellen over de manier van werken en de wijze van medicatietoediening. Het verpleegkundig team nam zelfs op eigen initiatief al het besluit tot een onmiddellijke verandering, namelijk dat de medicatie nog maar voor één dag werd uitgezet in plaats van voor twee dagen. Men realiseerde zich dat de oude werkwijze veel uitzetfouten zou kunnen veroorzaken doordat er dagelijks veel medicatiewijzigingen plaatsvinden en deze dan niet verwerkt worden in de al uitgezette medicatie.

Naar aanleiding van de member check is besloten tot een triple check.

Door de teamleden werd ook regelmatig bij de projectgroepleden geïnformeerd naar de stand van zaken van het project.

Met de teamleider van Ouderenzorg 1 en de teamleider Volwassenenzorg is het resultaat van de metingen besproken en de teamleiders hebben de beide door de projectgroep voorgestelde verbeterpunten geaccepteerd. Hierbij is afgesproken dat de implementatie met een minimum aan kosten, middelen en tijdsinvestering gepaard moet gaan. De teamleider staat dan borg voor deze zaken.

Bovenstaande beschrijving wordt hierna in een schema gezet:

| Inzichtsfasen: kennis en begrip, inzicht in eigen werkwijze                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel                                                                                                                                                              | Bevorderende en belemmerende factoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Strategieën en interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Wanneer is doel bereikt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Team ziet noodzaak tot verandering in het medicatieproces.</p> <p>Teamleider geeft goedkeuring aan de twee voorgestelde verbeterpunten voor implementatie.</p> | <p>Bevorderend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het team is betrokken door de acties uit de oriëntatiefase.</li> <li>- het onderwerp is voor het gehele team van belang.</li> <li>- het team is door het invullen van de vragenlijst en het uitvoeren van de geeltjesmeting betrokken geraakt bij het onderwerp.</li> <li>- team reageert verbaast op de eerste resultaten van het onderzoek tijdens de member check en denkt mee over mogelijke veranderingen.</li> <li>- team past zelf al een verandering toe, namelijk medicatie uitzetten voor één dag i.p.v. voor twee dagen.</li> <li>- teamleider staat achter de voorgestelde verbeterpunten en is bereid in het project te investeren.</li> </ul> <p>Belemmerend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de individuele teamleden willen mogelijk vasthouden aan bekende patronen, ze hebben misschien moeite met verandering of met de tijdsinvestering.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitvoeren member check.</li> <li>- uitvoeren triple check.</li> <li>- het team en andere betrokkenen via een nieuwsbrief informeren over de uitkomsten van de onderzoeken en de keuze voor de twee te implementeren verbeterpunten. Hierbij ook melden wat het hen oplevert (schoning in werktijd).</li> <li>- alle betrokkenen via een nieuwsbrief informeren over de implementatie van de verbeterpunten.</li> <li>- extra aandacht voor de 'middengroep' en 'achterblijvers' door hen individueel te benaderen en gelegenheid te geven om vragen te stellen/gevoelens over de verandering te ventileren.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- teamleider geeft toestemming om de twee voorgestelde verbeterpunten te implementeren.</li> <li>- team Ouderenzorg 1 neemt actief deel aan de diverse onderzoeken.</li> <li>- verpleegkundigen stellen vragen over het onderwerp, vragen om informatie of tonen belangstelling en denken mee.</li> <li>- verpleegkundigen reageren positief op de voorgestelde verbeterpunten voor implementatie.</li> <li>- stand van zaken van het project staat als vast onderwerp op de agenda van het werkoverleg.</li> </ul> |

De inzichtsfasen is, net als de oriëntatiefase, onderdeel van de 'Plan' fase in de PDCA-cyclus: Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten worden plannen gemaakt en doelstellingen geformuleerd.

### 3.5 Acceptatiefase

In deze fase ligt de nadruk op het motiveren van de doelgroep om te veranderen. De doelgroep moet ervan doordrongen raken dat veranderen zinvol is en dat de doelgroep ook in staat is om te veranderen. De groepsleden krijgen bijvoorbeeld de kans om de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze tegen elkaar af te wegen. Dit is ook het moment om te besluiten om de verandering in gang te zetten. Men neemt zich voor om op korte termijn anders te gaan werken. De betrokkenen moeten zich in deze fase ook een goed beeld kunnen vormen van wat hen te wachten staat. Hoe is de vernieuwing in te passen in de eigen praktijk? Welke problemen kunnen zich daarbij voordoen? En hoe zijn die op te lossen? De overtuiging moet groeien dat de verandering ook voor hem/haar haalbaar is (Grol & Wensing, 2006).

De acceptatiefase is voor het team van afdeling Ouderenzorg 1 is gestart in augustus 2011, toen men over de twee gekozen verbeterpunten werd geïnformeerd.

De twee verbeterpunten zijn daarvoor door de projectgroep verder uitgewerkt en voorgelegd aan de teamleiders die hun goedkeuring hiervoor hebben gegeven (zie Deel II, 1.1.1 en 1.2.1).

Het team krijgt een klinische les aangeboden ter bevordering van de deskundigheid en bewustwording op het gebied van medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder. Daarnaast wordt een stroomschema geïntroduceerd wat het team moet gaan helpen bij het op juiste wijze toedienen en malen van de medicatie.

Het stroomschema is eerst voorgelegd aan de artsen van Ouderenzorg 1 en aan de apotheker van ZALV. Het stroomschema is door hen allen positief beoordeeld.

De klinische les werd op 13 september 2011 gegeven aan het team van Ouderenzorg 1. De klinische les werd voorbereid en gegeven door de HBO-V projectgroep Medicatieveiligheid. Het team werd hierover geïnformeerd middels een nieuwsbrief en alle leden ontvingen persoonlijk een schriftelijke uitnodiging voor deelname aan de klinische les.

Bovenstaande beschrijving wordt hierna in een schema gezet:

| Acceptatiefase: positieve houding, motivatie, intentie, besluit te veranderen.                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel                                                                                                                                                                                                                                                | Bevorderende en belemmerende factoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Strategieën en interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wanneer is doel bereikt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Scholing van het verpleegkundig team op het gebied van medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder, waardoor de deskundigheid van het verpleegkundig team wordt vergroot en zich bewust worden van hun verpleegkundig handelen. | Bevorderend:<br>- team staat achter de verandering<br>- team is betrokken door de acties uit de oriëntatie- en inzichtsfase.<br>- team vindt kwaliteit van zorg voor de patiënten van Ouderenzorg 1 belangrijk.<br>- de verandering vindt plaats op de werkplek.<br>- teamleider staat achter descholing en faciliteert deze.<br>- deelname aan de klinische les wordt ingepland in het dienstrooster. | - scholingstraject uitwerken, aan teamleiders voorleggen en keuze voor scholingsvorm maken.<br>- klinische les uitwerken en PowerPoint presentatie maken.<br>- stroomschema maken en ter goedkeuring voorleggen aan behandelaren Ouderenzorg 1, en tot boekje bundelen.<br>- gebruik maken van de 'voorlopers' om de 'middengroep' en 'achterblijvers' positief te beïnvloeden bijv. door hen individueel te informeren over noodzaak van de verandering.<br>- het bijwonen van de klinische les wordt door de teamleider verplicht gesteld<br>- bijeenkomsten in rooster en op voor de afdeling rustige momenten plannen zodat het een acceptabele investering is voor teamleden en men de rust heeft om geconcentreerd aanwezig te zijn.<br>- individuele schriftelijke uitnodiging voor bijwonen van de klinische les.<br>- d.m.v. nieuwsbrieven het verpleegkundig team en andere betrokkenen betrokken houden bij het project. | - volledige verpleegkundig team is aanwezig tijdens de klinische les.<br>- team heeft een actieve houding tijdens de klinische les: stellen van bijv. vragen over het onderwerp, vragen om informatie of tonen van belangstelling en meedenken.<br>- team reageert tijdens de klinische les met positieve feedback op het stroomschema, benoemd het als een meerwaarde/ hulpmiddel bij de medicatietoediening en staat positief tegenover invoering op Ouderenzorg 1.<br>- stand van zaken van het project staat als vast onderwerp op de agenda van het werkveld. |
| Stroomschema voor het malen van medicatie implementeren op Ouderenzorg 1, ter ondersteuning van de dagelijkse medicatietoediening.                                                                                                                  | Belemmerend:<br>- de maatregelen/invloering mag niet teveel tijd kosten/de werkdruk niet verhogen.<br>Dit kan een negatieve houding bij teamleden teweeg brengen.                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Hierin zijn zowel de 'Plan' fase als de 'Do' fase uit de PDCA-cyclus vertegenwoordigd:

In de 'Plan-fase' worden de twee verbeterpunten verder uitgewerkt en ter goedkeuring van teamleiders en artsen voorgelegd.

In de 'Do-fase' krijgt het team van Ouderenzorg 1 een klinische les aangeboden en wordt het stroomschema geïntroduceerd. Hierbij wordt al een brug geslagen naar de volgende fase, namelijk de veranderingsfase.

### 3.6 Veranderingsfase

In deze fase is het de bedoeling een start te maken met de verandering in de praktijk. De doelgroepen krijgen de kans om op kleine schaal de vernieuwing uit te voeren en er ervaring mee op te doen. Ze oefenen in vaardigheden en zetten zo nodig veranderingen in gang binnen hun organisatie. Door met de vernieuwing aan de slag te gaan, merkt de doelgroep dat deze nuttig, werkbaar en haalbaar is (Grol & Wensing, 2006).

De veranderingsfase voor het team van afdeling Ouderenzorg 1 loopt in de periode medio september/oktober 2011. Na de klinische les gaat het team direct aan de slag om de verbeterpunten in de praktijk toe te passen. Gedurende anderhalve week gaat het team wederom een geeltjesmeting uitvoeren. Doel hiervan is om te onderzoeken of de geïmplementeerde verbeteringen ook effect hebben, doordat er minder medicatie gerelateerde fouten worden gemeld dan bij de eerste geeltjesmeting in februari 2011. Ook wordt in deze periode een turflijst bij het stroomschema gelegd waarop een kruisje gezet moet worden wanneer het stroomschema is gebruikt. Dit maakt inzichtelijk of het stroomschema daadwerkelijk in de dagelijkse verpleegkundige praktijk wordt gebruikt. Na de klinische les krijgen de teamleden dezelfde vragenlijst voorgelegd als ze aan het begin van het project in februari 2011 hebben ingevuld, aangevuld met enkele vragen gericht op de medicatietoediening.

Naast deze vragenlijst wordt nog een andere vragenlijst voorgelegd, waarin vragen worden gesteld over de ervaringen met het stroomschema.

Het doel van deze beide vragenlijsten is om eventuele resultaten van de implementatie zichtbaar te maken en de implementatie te evalueren. Met deze kennis kunnen, indien wenselijk, aanpassingen worden gedaan.

NB. De projectgroep is zich ervan bewust dat het de voorkeur geniet om pas na een langere implementatieperiode de resultaten van de implementatie te onderzoeken. Echter door de termijn van afstuderen van de projectgroep is dit niet mogelijk. Omdat de projectgroep toch geïnteresseerd was naar de eerste resultaten van de implementatie van de twee verbeteringen en dit ook in het projectverslag wilde opnemen, is deze keuze gemaakt.

Bovenstaande beschrijving wordt hierna in een schema gezet:

| Veranderingsfase: invoering in praktijk, bevestiging van nut                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel                                                                                                                                               | Bevorderende en belemmerende factoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Strategieën en interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Wanneer is doel bereikt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Team werkt bij de medicatietoediening volgens de richtlijn VTGM.</p> <p>Team gebruikt het stroomschema tijdens het toedienen van medicatie.</p> | <p>Bevorderend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- team is betrokken door de acties uit de oriëntatie, inzichts- en acceptatiefase.</li> <li>- door goede voorbereiding en informatie voorziening is draagvlak gecreëerd.</li> <li>- door de klinische les is draagvlak en motivatie gecreëerd.</li> <li>- het stroomschema is praktisch toepasbaar in de dagelijkse werkzaamheden.</li> </ul> <p>Belemmerend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tijd/werkdruk: onvoldoende tijd om de veranderingen toe te passen.</li> <li>- mogelijkheid dat teamleden elkaar er niet aanspreken wanneer men niet volgens de richtlijnen en het stroomschema handelt.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- leden van de projectgroep zijn de dag na de klinische les en invoering van het stroomschema op Ouderenzorg 1 aanwezig voor hulp en ondersteuning.</li> <li>- in eerste week dagelijks evalueren met teamleden over ervaringen.</li> <li>- geeltjesmeting gedurende 14 dagen.</li> <li>- turflijst stroomschema gedurende 14 dagen.</li> <li>- op plakpost voor geeltjes ruimte creëren waarop verpleegkundigen hun vragen, opmerkingen, ervaringen op kunnen vermelden.</li> <li>- na de klinische les worden twee vragenlijsten aan de teamleden toegezonden ter evaluatie van de implementatie.</li> <li>- uitwerken van de geeltjesmeting</li> <li>- uitwerken van de turflijst</li> <li>- uitwerken van de geretourneerde vragenlijsten.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- de geeltjesmeting is onder de aandacht bij de verpleegkundigen doordat er geeltjes worden geplakt of anderszins blijkt dat het onder de aandacht is (bijv. doordat men het benoemt).</li> <li>- na een week evaluatie tussen vertegenwoordigers van het verpleegkundig team en projectgroep en daarna zo nodig bijsturen.</li> <li>- het team van Ouderenzorg 1 werkt volgens de richtlijnen waarover ze tijdens de klinische les zijn geïnformeerd.</li> <li>- de verpleegkundigen gebruiken het stroomschema in de dagelijkse praktijk. Dit is zichtbaar op de turflijst.</li> <li>- de vragenlijsten worden door minimaal 90% van de geadresseerden volledig ingevuld geretourneerd.</li> </ul> |

Hierin zijn zowel de 'Do' fase als de 'Check' fase uit de PDCA-cyclus vertegenwoordigd: Het team is aan de slag gegaan met de verbeteringen (Do-fase) en de ervaringen met de verbeteringen worden geëvalueerd door een geeltjesmeting, een vragenlijst, en dagelijkse evaluatie met het team in de week van invoering (Check-fase).

### **3.7 Behoud van verandering**

In deze fase gaat het erom ervoor te zorgen dat de vernieuwing beklijft. Voorkomen moet worden dat men terugvalt in de oude werkwijze. Borgen van de vernieuwing kan bijvoorbeeld door de vernieuwing een structurele plek te geven in bestaande routines (zoals werkinstructies), maar ook door de vernieuwing in te bedden binnen de organisatie zodat de toepassing ervan mogelijk blijft. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om organisatorische en financiële randvoorwaarden (Grol & Wensing, 2006).

Eind oktober 2011 wordt in het verpleegkundig werkoverleg van afdeling Ouderenzorg 1 de resultaten van het afstudeerproject Medicatieveiligheid gepresenteerd en het project afgesloten.

Voor het behoud van de veranderingen worden, vanaf de afsluiting van de projectperiode medio november 2011, de teamleider en het team van Ouderenzorg 1 zelf verantwoordelijk.

Om te zorgen dat men niet terugvalt in oude patronen adviseert de projectgroep de teamleider om een werkgroep vanuit het team van Ouderenzorg 1 samen te stellen om zo betrokkenheid vanuit het team te behouden. Deze werkgroep kan de vinger aan de pols houden en elk half jaar een geeltjesmeting uitvoeren om de nieuwe werkwijze onder de aandacht te houden.

Ook zou de teamleider opdracht kunnen geven om de andere aanbevelingen waar de projectgroep niet aan toe is gekomen te implementeren. De projectgroep adviseert om de aanschaf van een medicijnkar, een medicijnvermaler en het opstellen van een nieuwe werkwijze voor de dag- en avonddienst op Ouderenzorg 1 prioriteit te geven. De projectgroep heeft hiertoe in het afstudeerproject al een aanzet gegeven. Zo is er bijvoorbeeld al informatie opgevraagd bij leveranciers van medicijnkarren en is er een voorstel voor een nieuwe werkwijze gemaakt (zie bijlage 13).

Door deze verdere verbeteringen te implementeren zou de borging van de in dit afstudeerproject geïmplementeerde verbeteringen versterkt kunnen worden.

De rol van de teamleider van Ouderenzorg 1 in de borging van de resultaten van het afstudeerproject en bij de implementatie van de verdere aanbevelingen zijn met de betreffende teamleider besproken. De teamleider heeft de voorgestelde interventies voor de borging aangenomen.

Bovenstaande beschrijving wordt hierna in een schema gezet:

| Behoud van verandering: integratie in routine, verankering in organisatie                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doel                                                                                                                                        | Bevorderende en belemmerende factoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Strategieën en interventies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Wanneer is doel bereikt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| De geïmplementeerde verbeteringen zijn ingebed in de dagelijkse routine medicatietoediening door het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1. | <p>Bevorderend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de geïmplementeerde veranderingen vormen een dagelijks terugkerend onderdeel in de verpleegkundige praktijk op Ouderenzorg 1.</li> </ul> <p>Belemmerend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- door evt verdere bezuinigingsmaatregelen bijvoorbeeld op de personele formatie, kan de werkdruk vergroot worden en zou de motivatie/arbeidsveerkracht af kunnen nemen en zou men kunnen vervallen in oude patronen.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoeksresultaten van de implementatie voorleggen aan, en het project evalueren met, de teamleider.</li> <li>- geïmplementeerde veranderingen moeten blijvend gevolgd/gecoacht worden door de teamleider.</li> <li>- teamleider kan het op Ouderenzorg als verpleegkundige werkzame projectgroep lid aanstellen als bewaker van de verandering.</li> <li>- teamleider moet personele formatie bewaken en bespreken met management</li> <li>- stand van zaken van de veranderingen komt als vast onderwerp op de agenda van het werkoverleg.</li> <li>- geeltjesmeting 2 x per jaar</li> <li>- doen van aanbevelingen aan teamleider om de andere verbetervoorstellen uit het afstudeerproject te implementeren, zoals een werkinstructie medicatietoediening.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- teamleider houdt vinger aan de pols en neemt maatregelen om verandering te behouden. Dit kan bijv. door verpleegkundigen te vragen naar hun ervaringen, en door regelmatig te controleren of de richtlijnen voor medicatietoediening en het stroomschema goed gebruikt worden. Zo nodig spreekt de teamleider de verpleegkundigen hier op aan.</li> <li>- er is een werkgroep samengesteld voor borging en implementatie van overige verbetervoorstellen.</li> <li>- 'Medicatieveiligheid' is een vast onderwerp op de agenda van het verpleegkundig werkoverleg.</li> </ul> |

Hierin zijn zowel de 'Check' fase als de 'Act' fase uit de PDCA-cyclus vertegenwoordigd:

Naar aanleiding van de evaluatie worden de plannen bijgesteld (Check-fase). Hierna gaat men verder met de borging van het project Medicatieveiligheid door opnieuw de PDCA-cyclus te doorlopen en zo nodig zaken bij te stellen en te verfijnen (Act-fase).

### 3.8 Schema Implementatieplan

Hierna worden alle fases nog eens schematisch weergegeven in onderstaand implementatieplan:

| IMPLEMENTATIEPLAN                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                       |                            |      |                           |                            |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------|---------------------------|----------------------------|---------|
| ACTIES                                                                                                                                                                                                                                | Febr/Mrt                            | Aug.                  | Sept.                      | Okt. | Nov.                      | door                       | voldaan |
| 'Kick off'-bijeenkomst voor team Ouderenzorg 1 (O1)                                                                                                                                                                                   | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Invullen vragenlijst door team O1                                                                                                                                                                                                     | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Invullen vragenlijst door familie                                                                                                                                                                                                     | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Geeltjesmeting door team O1                                                                                                                                                                                                           | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Member check door team O1                                                                                                                                                                                                             | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Triple check meting door team O1                                                                                                                                                                                                      | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Verwerken van onderzoeksresultaten                                                                                                                                                                                                    | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Informatieposters in kantoor O1                                                                                                                                                                                                       | x                                   |                       |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Briefing/gesprekken teamleiders Jan/Sandra over de stand van zaken van het project                                                                                                                                                    | x<br>√                              | x<br>√                | x<br>√                     | x    | x                         | projectgroep               | √       |
| Informatie verstrekken:<br>Diverse nieuwsbrieven over stand van zaken van het project in periode februari tot en met oktober 2011                                                                                                     | x<br>√                              | x<br>√                | x                          | x    | x                         | Conny                      | √       |
| Implementatieplan maken                                                                                                                                                                                                               |                                     | x                     |                            |      |                           | projectgroep               | √       |
| Segmentatie doelgroep                                                                                                                                                                                                                 |                                     | x                     |                            |      |                           | Thea<br>Conny              | √       |
| Uitwerken verbeterpunten:<br>- scholing klinische les                                                                                                                                                                                 |                                     | x                     |                            |      |                           | Thea<br>Conny              | √       |
| - stroomschema                                                                                                                                                                                                                        |                                     | x                     |                            |      |                           | Hanny<br>Mariëlle<br>Conny | √       |
| Implementatieplan aan teamleider voorleggen en borging accorderen                                                                                                                                                                     |                                     | x<br>klinische<br>les | x<br>Impleme<br>ntatieplan |      |                           | projectgroep               | √       |
| Roosteraar O1 vragen klinische les in dienstlijst in te plannen.                                                                                                                                                                      |                                     | x                     |                            |      |                           | Thea                       | √       |
| Uitnodiging verpleegkundig team voor klinische les op 13-09-2011                                                                                                                                                                      |                                     | x                     |                            |      |                           | Conny<br>Hanny             | √       |
| Geven klinische les: taakverdeling:                                                                                                                                                                                                   |                                     |                       | x                          |      |                           |                            | √       |
| - beheer audiovisuele middelen                                                                                                                                                                                                        |                                     |                       |                            |      |                           | Mariëlle                   | √       |
| - tijdsbewaking                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                       |                            |      |                           |                            |         |
| - welkom en medicatieproces                                                                                                                                                                                                           |                                     |                       |                            |      |                           | Conny<br>Thea              | √       |
| - medicatietoediening en -malen                                                                                                                                                                                                       |                                     |                       |                            |      |                           |                            |         |
| - stroomschema                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                       |                            |      |                           | Hanny                      | √       |
| - afsluiting en aankondiging geeltjesmeting/turflijst/vragenlijsten ter evaluatie van het project                                                                                                                                     |                                     |                       |                            |      |                           | Conny                      | √       |
| 14/9: start geeltjesmeting en turflijst gedurende 14 dagen.                                                                                                                                                                           |                                     |                       | x                          |      |                           | projectgroep               | √       |
| Na de klinische les:<br>- de vragenlijsten uitreiken aan team O1.<br>- invul en retourperiode: 1 week<br>- resultaten verwerken in een evaluatie.                                                                                     |                                     |                       | x                          | x    |                           | projectgroep               | √       |
| Informatie verstrekken en afsluiting:<br>- 1/11 tijdens het verpleegkundig werk-overleg presentatie van eindresultaten en afsluiting van het project.<br>- nieuwsbrief aan alle betrokkenen over eindresultaten en afsluiting project |                                     |                       |                            |      | x<br><br>x                | projectgroep               | √       |
| Afronden projectverslag                                                                                                                                                                                                               |                                     |                       |                            |      | x                         | projectgroep               | √       |
| 13/12/2011: Presentatie afstudeerproject aan belangstellende GGZ Oss en lesgroep HBO-V                                                                                                                                                |                                     |                       |                            |      | x                         | projectgroep               |         |
| Afsluiten afstudeerproject                                                                                                                                                                                                            |                                     |                       |                            |      | x                         | projectgroep               |         |
| Implementatiefasen volgens model van Grol en Wensing                                                                                                                                                                                  | Oriëntatie-<br>fase<br>Inzichtsfase | Acceptatie-<br>fase   | Veranderingfase            |      | Behoud van<br>verandering |                            |         |

*In dit hoofdstuk wordt de daadwerkelijke implementatie van de twee verbeterpunten, 'scholing' en 'stroomschema', op afdeling Ouderenzorg 1 beschreven en geëvalueerd.*

*Het team van afdeling Ouderenzorg 1 kreeg de scholing aangeboden in de vorm van een klinische les. Het doel van de klinische les was om bij het team van afdeling Ouderenzorg 1 de deskundigheid en de bewustwording op het gebied van medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder te bevorderen. Tijdens de klinische les werd ook het stroomschema geïntroduceerd, met als doel om het team te ondersteunen bij het op juiste wijze toedienen en malen van de medicatie.*

*Het resultaat van de beide verbeteracties is onderzocht middels een geeltjesmeting en een vragenlijst. De uitkomst hiervan wordt in dit hoofdstuk beschreven.*

#### **4.1 De klinische les**

De klinische les werd op 13 september 2011 door de HBO- V projectgroep Medicatieveiligheid gegeven.

Het team van afdeling Ouderenzorg 1 was over de klinische les geïnformeerd middels een nieuwsbrief en alle leden hadden daarnaast persoonlijk een schriftelijke uitnodiging voor deelname aan de klinische les ontvangen (zie bijlage 11.B).

Tijdens de klinische les was het voltallige verpleegkundige team van Ouderenzorg 1 aanwezig. De teamleider van Ouderenzorg 1 had bepaald dat het voor hen verplicht was om de klinische les bij te wonen. Naast het verpleegkundige team waren de co-assistent, de teamleider van Ouderenzorg 1 en de teamleider van Volwassenenzorg aanwezig.

Ondanks een schriftelijke uitnodiging om ook bij de klinische les aanwezig te zijn, waren de geriater, de arts-assistent en de twee uitgenodigde vaste nachtdiensten niet aanwezig. Eén nachtdienst en de geriater hadden zich afgemeld.

De klinische les werd gepresenteerd door middel van een PowerPoint presentatie en duurde ongeveer anderhalf uur. Halverwege was er een korte pauze.

Voor de pauze werd de reden van het geven van de klinische les nader uitgelegd. Hierbij werden de resultaten van de door de projectgroep op Ouderenzorg 1 uitgevoerde onderzoeken gepresenteerd en werd gerefereerd aan de theoretische aspecten van dit onderwerp, die de projectgroep zich via literatuurstudie eigen had gemaakt. Enkele aspecten die hierbij aanbod kwamen waren: algemene informatie over medicatie en informatie over medicatietoediening. Ook kwamen de begrippen 'Patiëntveiligheid' en 'Medicatieveiligheid' aan de orde en werd ingegaan op de medicatieveiligheid op landelijke niveau door de IGZ en door GGZ Nederland. Daarnaast kwam het medicatieproces op Ouderenzorg 1 aanbod.

Na de pauze stond de klinische les in het teken van het 'malen' van medicatie, gevolgd door de introductie van het stroomschema. Hierbij werd afgetrapt met een ludieke actie waarbij een aantal van de aanwezigen geconfronteerd werd met het op deze wijze toegediend krijgen van medicatie. Hiervoor kregen zij (onder grote hilariteit) een lepel met gemalen 'medicatie' (snoep) en appelmoes 'toegediend'.

Vervolgens werd de richtlijn VTGM geïntroduceerd en besproken. Daarna werd ingegaan op de verschillende soorten wetgeving die van toepassing zijn op medicatietoediening zoals de WGBO en de Wet BIG.

Aansluitend werd het stroomschema geïntroduceerd en werd de werkinstructie hiervoor uitgelegd aan de hand van geprojecteerde stroomschema's. Door de projectgroep zijn de stroomschema's elk afzonderlijk uitgeprint en geplastificeerd en vervolgens tot een boekvorm gebundeld. Dit boek werd tijdens de introductie overhandigd aan het team van Ouderenzorg 1.

Vervolgens werd uitleg gegeven over de laatste onderzoeken van de projectgroep die direct na de klinische les van start zouden gaan: de geeltjesmeting, een turflijst voor het stroomschema en een vragenlijst.

Ter afsluiting werden de belangrijkste punten uit de klinische les nog eens herhaald en konden vragen worden gesteld. Tenslotte werd een agenda geprojecteerd met daarin het tijdschema voor de laatste onderzoeken en de afsluiting van het afstudeerproject. Daarmee werd de klinische les afgesloten.

#### **4.1.1 Evaluatie van de klinische les**

- De grafiek van de uitslag van de geeltjesmeting van maart 2011, waarbij een groot aantal uitzetfouten zichtbaar werd, leverde de nodige vragen op. Zo vroeg men zich af of de nachtdiensten hierover zijn geïnformeerd. De teamleider gaf aan dat dit zo is, maar gaf ook aan dat het verpleegkundig team elkaar hier ook onderling op aan moet spreken.
- Opvallend bij de discussie over de uitslag van de verschillende onderzoeken is dat men met name de nadruk legt op wat bij anderen fout gaat of anders zou moeten gaan, zoals het uitzetten van de medicatie door de nachtdienst, de levering van de medicatie door apotheek ZALV en de medicijnkast die niet overzichtelijk genoeg is.
- Over de eigen rol bij de fouten van de medicatietoediening lijkt men veel minder kritisch te zijn. Men benoemt vooral de omstandigheden waarom men op een bepaalde manier handelt en lijkt dit niet te ervaren als fout. Ook niet nadat hier uitleg over is gegeven. Zo wordt aangegeven dat het door de werkdruk niet mogelijk is dat dezelfde verpleegkundige die de medicatie controleert ook de medicatie toedient.
- Om dezelfde reden haalt men, ook na het bijwonen van de klinische les, bij het controleren de medicatie nog steeds uit de verpakking. Dit terwijl er tijdens de klinische les veel aandacht is gegeven aan de wettelijke aspecten en de eigen individuele verantwoordelijkheid voor het verpleegkundig handelen bij medicatietoediening.
- De ludieke actie waarmee het onderwerp ‘malen van medicatie’ werd afgetrapt, riep volgens de verpleegkundigen, buiten de hilariteit die dit opleverde, ook een bewustwording op ten aanzien van het eigen handelen bij het toedienen van (gemalen) medicatie. Buiten het feit dat men het niet smakelijk vond, werd ook de bejegening, het verlies aan autonomie en het verlies aan territorium als negatief ervaren. Men was zich daar eerder niet van bewust.
- Het onderdeel ‘malen van medicatie’ gaf aanleiding tot veel discussie, vooral over het begrip ‘maalcultuur’. De meeste teamleden gaven aan dat er op Ouderenzorg 1 geen sprake is van een maalcultuur en dat maar weinig medicatie wordt gemalen. Men ervaart dat wanneer medicatie wel gemalen wordt, dit goed doordacht wordt gedaan en in overleg met andere verpleegkundigen! Slechts een enkele verpleegkundigen weersprak dit standpunt en vond dat er wel degelijk een maalcultuur is op Ouderenzorg 1.
- Alle verpleegkundigen erkenden dat de arts te weinig in de beslissingen van de verpleegkundigen om medicatie wel of niet te malen wordt betrokken.
- Ook was men het onderling eens dat er te weinig naar alternatieven voor het malen van medicatie wordt gekeken en wanneer hier wel naar gekeken wordt, worden deze oplossingen door de arts vaak te duur bevonden waardoor ze niet worden voorgeschreven.
- De onderwerpen over de landelijke instructie VTGM en de wetten WGBO, BOPZ, de Wet BIG en de rechten volgens het EHRM, leverden veel nieuwe informatie op voor de aanwezigen. Zo was men niet op de hoogte dat het malen van medicatie met de patiënt en/of eerste contact persoon of wettelijk vertegenwoordiger moet worden besproken.
- Ook dat malen moet worden opgenomen in een behandelovereenkomst of een behandelplan was nieuw voor de verpleegkundigen en riep vragen en discussie op. Men was hierbij meer geneigd om te kijken naar de belemmeringen die dat in de uitvoering met zich meebracht, dan dat men zich

bewust was dat anders de wet wordt overtreden en zij daar aansprakelijk voor kunnen worden gesteld.

- Het stroomschema werd door het verpleegkundig team positief ontvangen en men onderkende de praktische mogelijkheden en toepassing van de maalschema's. Het team was verrast en enthousiast over de geplastificeerde boekvorm waarin het stroomschema voor gebruik op de afdeling werd aangeboden.

Bij de mondelinge evaluatie met verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 na afloop van de klinische les, bleek dat de klinische les als geheel positief is ontvangen. Zo werd aangegeven dat de theorie bij de verpleegkundigen heeft gezorgd voor een bewustwording over de medicatietoediening. Men vond de presentatie uitgebreid en veelzijdig en gaf aan dat de tijdsplanning goed werd bewaakt. Men vond de uitgedeelde hand-outs een goede aanvulling, mede omdat er veel informatie in de PowerPoint presentatie werd gegeven. Hierom heeft de projectgroep na de klinische les de afzonderlijke dia's van de PowerPoint presentatie nog eens gebundeld in boekvorm en ter naslagwerk aangeboden aan het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1. Het stroomschema-'boek' heeft een vaste plaats in de medicijnkamer gekregen.

## **4.2 Resultaten onderzoeken implementatie**

### **4.2.1 Resultaten vragenlijst-verpleegkundigen**

Van de 9 vragenlijsten die zijn uitgedeeld aan verpleegkundigen, zijn alle vragenlijsten geretourneerd. Voor de in grafiek uitgewerkte antwoorden van de vragenlijst, wordt u verwezen naar de bijlagen (zie bijlage 14). Zoals blijkt uit de tweede meting zijn de antwoorden Geen Idee uit de vragenlijst-verpleegkundigen verminderd. Dus geconcludeerd mag worden dat door de theorie uit de klinische les, de kennis en de bewustwording bij het verpleegkundig team over het toedienen en het malen van medicatie en de daarbij horende wetgeving is vergroot.

Aan de oorspronkelijke vragenlijst-verpleegkundigen, die door de projectgroep is gebruikt in de eerste en tweede meting, zijn bij de tweede meting nog extra vragen toegevoegd met betrekking tot het toedienen en het malen van medicatie (zie bijlage 5.B). In deze evaluatie worden de resultaten over de vragen met betrekking tot de toediening en het malen van medicatie uitgelicht, omdat de geïmplementeerde verbeterpunten hierop gericht zijn.

Hiervoor is gekozen omdat het project zich lopende het proces meer heeft gericht op de medicatietoediening en het malen van medicatie. Deze vragen werden gemist in de oorspronkelijke vragenlijst zoals gebruikt bij de eerste en tweede meting.

Door deze toevoeging is specifiek onderzocht of het team Ouderenzorg 1 door de klinische les zich meer bewust is van medicatietoediening en het malen van medicatie.

Daarnaast is onderzocht of er door de klinische les ook een bewustwording bij het team van Ouderenzorg 1 heeft plaats gevonden over de rechten van patiënt en diens naaste.

De antwoorden van deze vragen worden weergegeven in onderstaande figuur 5.16

Zoals blijkt uit vraag 1 geven acht van de negen verpleegkundigen aan dat er geen overleg is met diens naaste over het malen van medicatie.

Bij vraag 2 wordt het malen van medicatie volgens acht verpleegkundigen niet opgenomen in het behandelplan, zij beantwoorden deze vraag met Nee.

Bij vraag 3 geven zes verpleegkundigen aan dat het behandelplan niet wordt besproken met de patiënt en/of diens naaste, twee hebben Geen idee en een antwoord met Ja.

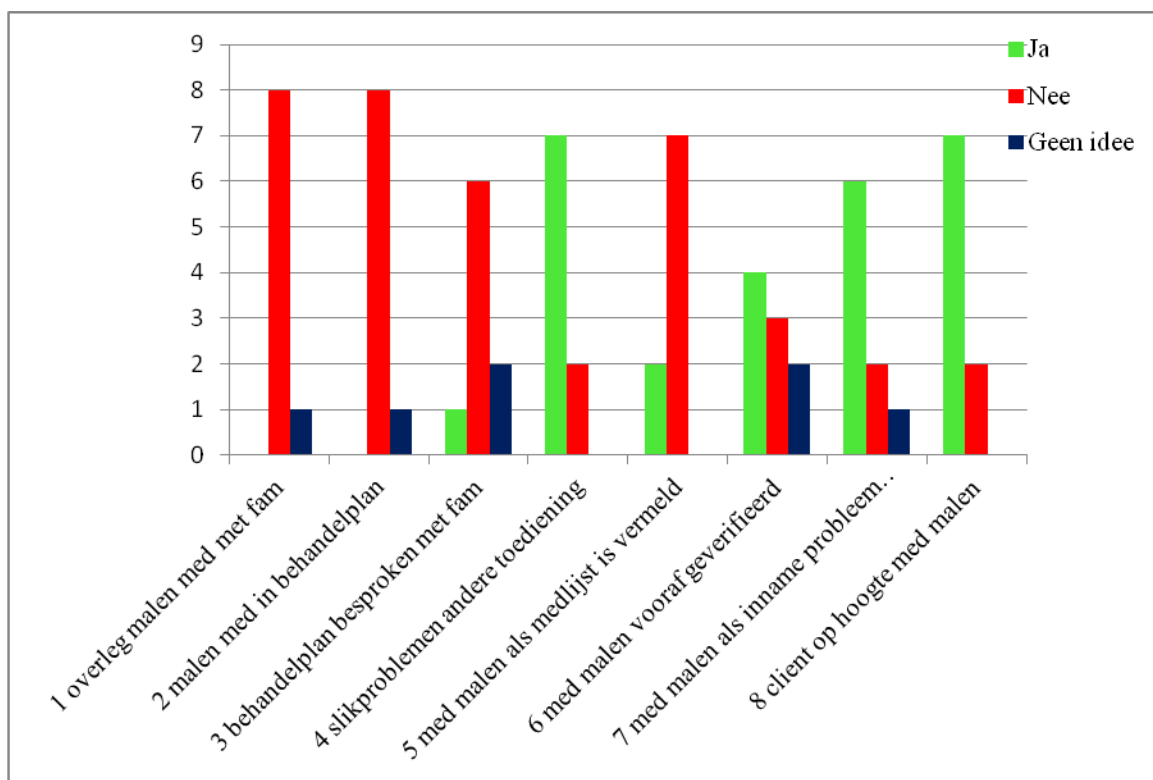
Bij vraag 4 wordt door zeven van de negen verpleegkundigen geantwoord dat er gekeken wordt naar een alternatieve toedieningsvorm en twee verpleegkundigen beantwoorden deze vraag met Nee. In de klinische les kwam duidelijk naar voren, dat verpleegkundigen dit wel bespraken met de arts maar dat de arts de alternatieve toedieningsvorm te duur vond. De verpleegkundige lijkt zich bewust te zijn dat alternatieve toedieningsvormen voorhanden zijn.

Op vraag 5 antwoorden zeven verpleegkundigen Nee op de vraag of de medicatie alleen wordt gemalen als dit op de medicatiedeellijst vermeld is.

Bij vraag 6 geven vier verpleegkundigen aan medicatie te verifiëren voordat de medicatie gemalen wordt, drie verpleegkundigen beantwoorden deze vraag met Nee en twee hebben Geen idee of ze de medicatie vooraf verifiëren.

Op vraag 7 geven zes verpleegkundigen aan medicatie alleen te malen als inname problemen oplevert, twee beantwoorden deze vraag met Nee en een verpleegkundige heeft Geen idee geantwoord.

Bij vraag 8 geven zeven verpleegkundigen aan dat de patiënt op de hoogte wordt gebracht dat de medicatie wordt gemalen.



Figuur 5.16 Extra vragen, vragenlijst-verpleegkundigen gesteld bij de tweede meting

#### 4.2.2 Resultaten geeltjes meting

De start van de geeltjes meting vond plaats van 13 september 2011 om 15.00 uur en beëindigd op 27 september 2011 om 15.00 uur.

Het team van Ouderenzorg 1 was door de eerste geeltjesmeting in februari 2011 al bekend met de werkwijze van de geeltjesmeting, dus een uitvoerige uitleg was niet nodig. Op het einde van de klinische les werd medegedeeld dat de meting die dag in de late dienst van start zou gaan. Om het team te herinneren aan de meting en te stimuleren tot het plakken van de geeltjes, zijn op Ouderenzorg 1 'reminder posters' (zie bijlage 7.B) en is een werkinstructie opgehangen (zie bijlage 7.C).

De leden van de projectgroep hebben gedurende de meting regelmatig Ouderenzorg 1 bezocht om te inventariseren of de meting volgens de werkinstructie verliep en om vragen te beantwoorden.

Uit de analyse van de geeltjesmeting blijkt dat in de meting 29 uitzetfouten, 11 toedieningsfouten, 5 patiënt fout, 4 voorschrijffouten en 3 leveringsfouten gemaakt te zijn in een meting van 14 dagen. Gedurende 14 dagen zijn in totaal 52 geeltjes geplakt (zie bijlage 15.A).

Een opvallend gegeven is dat door het verpleegkundig team wederom niet is gescoord op het vooraf uit de verpakking halen van de medicatie. Dit is volgens het verpleegkundig team geen ‘medicatiefout’. Het vooraf uit de verpakking halen van de medicatie is duidelijk als fout benoemd in de klinische les.

Hiervan uitgaande kan men concluderen dat wanneer dit bij de geeltjesmeting wel was gemeld als medicatiefout, dit de uitslag van de geeltjesanalyse zou veranderen. Dan zou namelijk het aantal toedieningsfouten aanzienlijk zijn gestegen en wellicht de uitzetfouten hebben overstegen

De uitslag van de tweede geeltjesmeting is gecorrigeerd voor het lager aantal opgenomen patiënten. Hiervoor is gebruik gemaakt van de formule:  $A \times 11/8,9 = B$ , waarbij A het daadwerkelijk gemeten aantal fouten is, en B het gecorrigeerde aantal. 11 staat voor het aantal opgenomen patiënten tijdens de eerste meting in februari 2011 (alle bedden (11) bezet), en 8,9 is het gemiddelde aantal opgenomen patiënten in de tweede meting (niet alle bedden waren dagelijks bezet: 125 patiënten gedeeld door 14 dagen= 8,9 gemiddelde bedbezetting per dag). Dit geeft het volgende voorbeeld:

bij de uitzetfouten:  $29 \times 11/8,9 = 35,7$

#### Uitslag Meting 14 dagen:

Uitzetfouten: 29 geeltjes geplakt= gecorrigeerd:  $29 \times 11/8,9 = 35,7$  gemeten fouten

Toedieningsfouten: 11=  $11 \times 11/8,9 = 13,6$

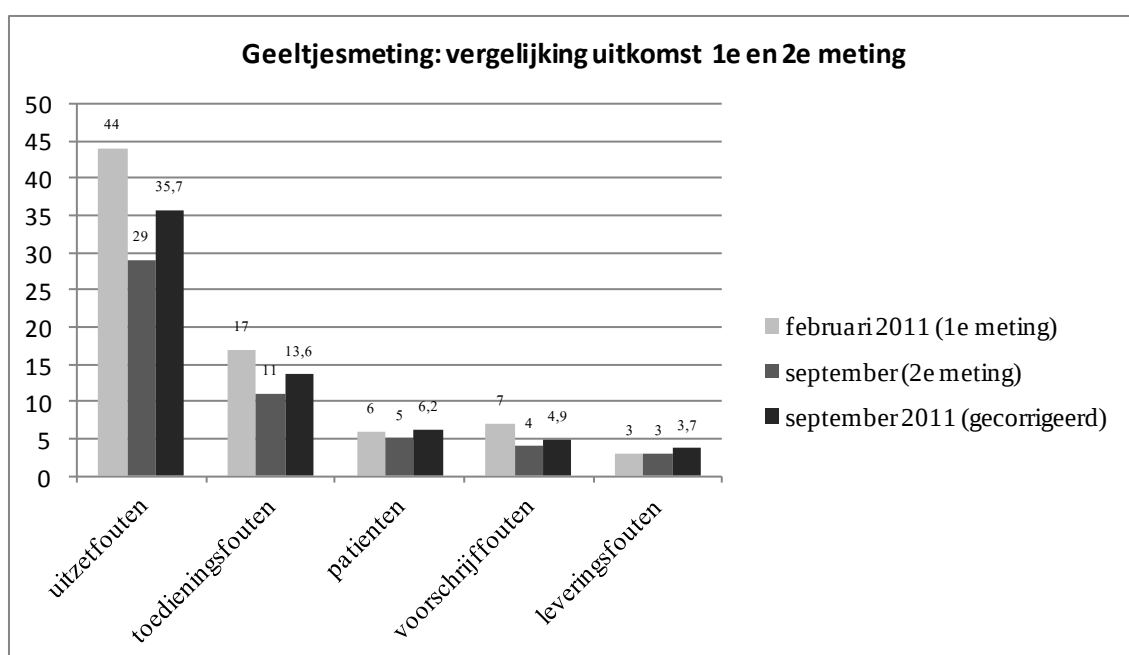
Patiënten: 5=  $5 \times 11/8,9 = 6,2$

Voorschrijffouten: 4=  $4 \times 11/8,9 = 4,9$

Leveringsfouten: 3=  $3 \times 11/8,9 = 3,7$

Gedurende 14 dagen zijn in totaal 52 geeltjes geplakt, ten opzichte van 77 geplakte geeltjes in de eerste meting.

Bij de tweede meting zijn ten opzichte van de eerste geeltjesmeting alle soorten fouten in het medicatieproces verminderd, met uitzondering van de leveringsfouten en de patiënt gerelateerde fouten. Deze zijn iets toegenomen.



Figuur 5.17 Geeltjesmeting: vergelijking uitkomst 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> meting

#### Uitslag meting per dag:

Uit een berekening van het aantal geplakte geeltjes per dag blijkt dat het aantal fouten per dag is afgenomen.

Bij de eerste meting in maart 2011 zijn in een meetperiode van 14 dagen met 11 opgenomen patiënten: 100%= 77 geplakte geeltjes totaal

7,7 geeltjes per dag

0,7 geeltjes per patiënt per dag geplakt.

Bij de tweede meting in september 2011 zijn in een meetperiode van 14 dagen met gemiddeld 8,9 opgenomen patiënten:

100%= 52 geplakte geeltjes totaal

3,7 geeltjes per dag (= 52/14)

0,4 geeltjes per patiënt per dag geplakt (= 3,7/8,9)

Het aantal medicatiefouten per dag is dus bijna gehalveerd van 0,7 in de eerste meting naar 0,4 in de tweede meting.

Voor de overige in grafiek uitgewerkte antwoorden van de geeltjesmeting, wordt u verwezen naar de bijlagen (zie bijlage 15.B, C, D).

#### **4.2.3 Resultaten turflijst en evaluatieformulier stroomschema**

Tijdens de klinische les werd het stroomschema geïntroduceerd, met als doel om het team te ondersteunen bij het op juiste wijze toedienen en malen van de medicatie.

Om te inventariseren of het stroomschema in de praktijk wordt gebruikt is gedurende twee weken een turflijst bijgehouden. Hiervoor is aan de verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 gevraagd om een kruisje op de turflijst te zetten wanneer zij het stroomschema gebruikten (zie bijlage 16).

De projectgroep heeft naast de turflijst ook een evaluatieformulier opgesteld in de vorm van een vragenlijst met als doel of het stroomschema, zoals het door de projectgroep ontwikkeld is, bruikbaar is in de praktijk. Daarnaast is op het evaluatieformulier ruimte gecreëerd voor eventuele opmerkingen (zie bijlage 17).

Gemeld moet worden dat tijdens de periode van het invullen van de turflijst en het evaluatieformulier stroomschema er bij geen van de opgenomen patiënten het malen van medicatie van toepassing was. Dit heeft invloed gehad op het invullen van de evaluatie en dit wordt ook teruggezien op de turflijst stroomschema. Hierop was één opmerking geplaatst, dit ging over aanvulling van een medicijn op het stroomschema.

Hieronder volgen de antwoorden op de vragenlijst evaluatie stroomschema.

Op vraag 1, of het stroomschema gebruikt wordt, antwoorden vier van de negen verpleegkundigen Ja en vijf met Nee.

Op vraag 2, of het stroomschema in de praktijk werkbaar is, geven negen verpleegkundigen aan dat dit zo is.

Bij vraag 3 is het voor negen verpleegkundigen duidelijk hoe het stroomschema gebruikt moet worden.

Op vraag 4, of de uitleg over het stroomschema duidelijk was tijdens de klinische les, beantwoorden negen verpleegkundigen deze vraag met Ja.

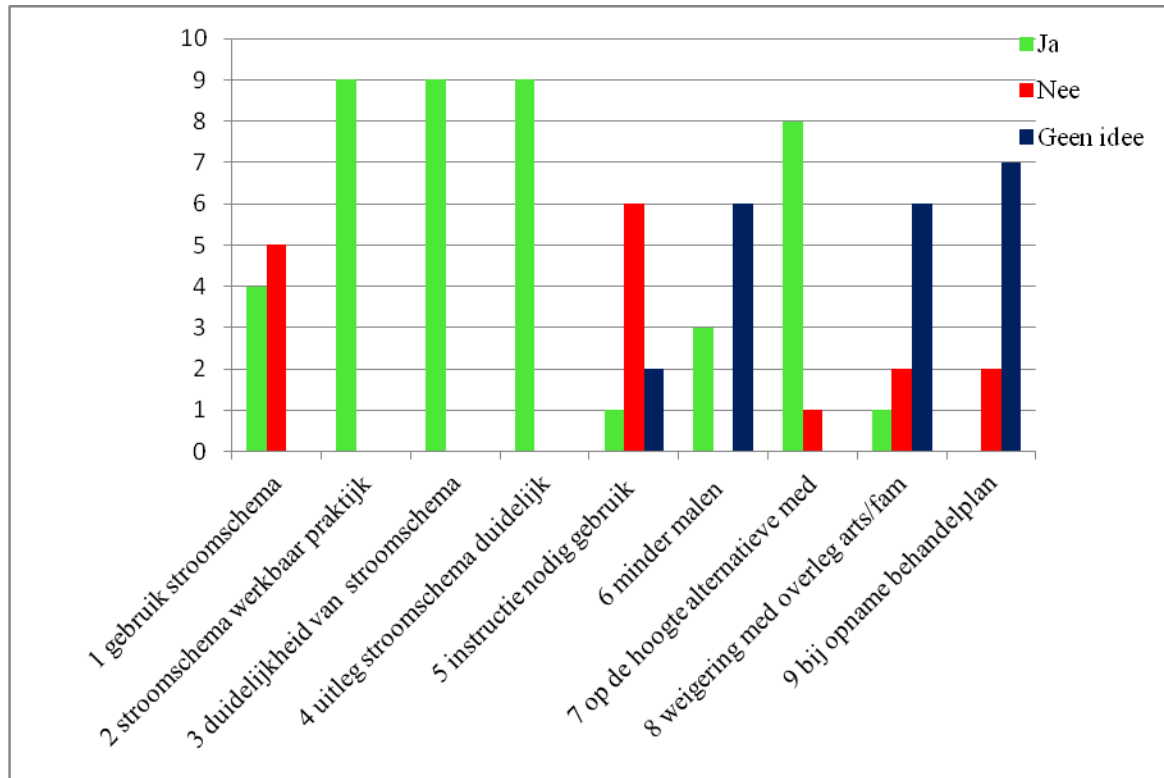
Bij vraag 5, of er een instructie nodig is om het stroomschema te gaan gebruiken, geven zes verpleegkundigen aan dit niet nodig te vinden.

Bij vraag 6, of er minder medicatie gemalen gaat worden bij het gebruik van het stroomschema, geven zes verpleegkundigen aan Geen idee te hebben.

Op vraag 7 geven acht verpleegkundigen aan beter op de hoogte te zijn van de alternatieven van medicatie.

Bij vraag 8 geven zes verpleegkundigen aan Geen idee te hebben of er bij weigering van medicatie vaker overleg plaats vindt met arts en of naaste.

Bij vraag 9 geven zeven verpleegkundigen aan Geen idee te hebben of bij opname wordt gemeld aan patiënt en/of diens naaste dat, wanneer de medicatie gemalen wordt, dit wordt opgenomen in het behandelplan.



Figuur 5.18 uitkomsten evaluatie stroomschema

Hierna worden de overige opmerkingen beschreven zoals ze door de verpleegkundigen op het evaluatieformulier stroomschema zijn vermeld:

- Men gaat bewuster zoeken naar alternatieve toedieningsvormen.
- Men alerter zal zijn op het malen van medicatie.
- Men de familie vaker zal informeren over het malen van medicatie.

Verder werd door de verpleegkundigen aangegeven dat het stroomschema indien nodig, zeker gebruikt gaat worden. Men vindt het een handig hulpmiddel!

### 4.3 Samenvatting resultaten onderzoeken

De kennis en de bewustwording bij het verpleegkundig team over het toedienen en het malen van medicatie en de daarbij horende wetgeving is vergroot.

Dit blijkt uit de volgende resultaten:

- De antwoorden Geen Idee uit de vragenlijst-verpleegkundigen zijn verminderd.
- In vergelijking met de eerste en tweede geeltjesmeting zijn in totaal 25 minder medicatiefouten gemeld.
- In vergelijking met de eerste en tweede geeltjesmeting zijn de fouten in het uitzetten, het toedienen en het voorschrijven van medicatie verminderd.
- In vergelijking met de eerste en tweede geeltjesmeting zijn het aantal medicatiefouten per dag bijna gehalveerd van 0,7 naar 0,4.

Aanleiding voor het afstudeerproject Medicatieveiligheid was de vraag van de opdrachtgevers aan de afstudeergroep om de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 in kaart te brengen, aanbevelingen voor verbeteringen te doen en deze zo mogelijk te implementeren.

Hiernaar is onderzoek gedaan aan de hand van de vraagstelling: 'Kan de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss, door het verpleegkundig team verbeterd worden ten aanzien van het toedienen van medicatie, zo ja op welke wijze?'

Uit de onderzoeken bleek dat het antwoord op deze vraagstelling was dat de verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 onvoldoende op de hoogte waren van de manier waarop medicatie *toegediend* moet worden. De verpleegkundigen ook onvoldoende op de hoogte waren van de betreffende *wetgeving* en zich onvoldoende *bewust* waren van het individueel *verpleegkundig handelen*.

Er zijn in totaal 26 aanbevelingen voor verbeteringen in het medicatieproces op Ouderenzorg 1 beschreven.

De implementatie van kwaliteitsverbeteringen voor de Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 werd gericht op het toedienen van medicatie en het malen van medicatie in het bijzonder. Uit de verrichte onderzoeken bleek namelijk dat, na de uitzetfouten, de meeste fouten door verpleegkundigen bij de toediening van medicatie werden gemaakt en de deskundigheid en bewustwording van de medicatietoediening bij verpleegkundigen verbeterd kon worden.

Voor de implementatie zijn de volgende twee kwaliteitsverbeteringen geselecteerd:

1. Scholing van het verpleegkundig team in de vorm van een klinische les over medicatietoediening en het malen van medicatie in het bijzonder.
2. Implementeren van een Stroomschema voor het malen van medicatie.

Uit onderzoek naar de resultaten van de implementatie van deze twee kwaliteitsverbeteringen, blijkt een duidelijke daling in medicatiefouten en een toename van de deskundigheid en bewustwording bij de verpleegkundigen op Ouderenzorg 1.

Ook in de dagelijkse verpleegkundige praktijk komt deze bewustwording tot uiting doordat de verpleegkundigen naar elkaar meer kritisch zijn ten aanzien van hun handelen bij de toediening van medicatie. Zo zijn er een toenemend aantal verpleegkundigen die de medicatie niet meer uit de verpakking haalt bij het controleren van de medicatie, maar dit pas doet bij de patiënt. Deze verschillende werkwijzen wordt onderling binnen het team op Ouderenzorg 1 besproken.

Daarnaast is het vermelden waard dat het verpleegkundig team op eigen initiatief al besloten heeft om de medicatie niet meer voor twee dagen, maar voor één dag tegelijk uit te zetten om medicatiefouten te voorkomen. Echter geeft het feit dat nog niet door alle verpleegkundigen de medicatie bij de patiënt uit de verpakking wordt gehaald aan, dat er na de projectfase aandacht moet blijven voor het verder verbeteren van de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1.

Hiervoor heeft de projectgroep een zeer belangrijk resultaat behaald ten behoeve van de borging van het afstudeerproject. De teamleider van Ouderenzorg 1 heeft namelijk opdracht gegeven voor verdere implementatie van de overige in het project beschreven aanbevelingen én de borging van het project. Hiertoe heeft de teamleider de aanbeveling van de projectgroep overgenomen om een werkgroep Medicatieveiligheid te installeren. Hierin hebben ondertussen een drietal verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 zitting genomen, waaronder een lid van de afstudeergroep Medicatieveiligheid. Deze werkgroep gaat zich in eerste instantie richten op het implementeren van een nieuwe werkwijze voor de dag- en avonddienst, waardoor de landelijke richtlijnen voor medicatietoediening beter toegepast kan worden. Ook zal men prioriteit leggen bij de aanschaf van een medicijnkar. Daarnaast kan de werkgroep putten uit de 22 resterende aanbevelingen zoals beschreven in het projectverslag Medicatieveiligheid.

Ter afsluiting van het afstudeerproject Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1, zijn op 1 november 2011 de resultaten en het verloop van het project Medicatieveiligheid gepresenteerd aan het team van Ouderenzorg 1 (zie bijlage 18).

Daarmee kan afsluitend geconcludeerd worden dat de doelstelling van dit afstudeerproject ruimschoots is behaald en het afstudeerproject zeer succesvol is verlopen.

## BEGRIPPENLIJST

|          |                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ABVAKABO | Algemene Bond Van Ambtenaren (ABVA) en de Katholieke Bond van Overheidspersoneel (KABO) |
| BBL      | Beroeps Begeleidende Leerweg                                                            |
| BIG      | Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg                                          |
| BOPZ     | Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen                                |
| CBG      | College ter Beoordeling van Geneesmiddelen                                              |
| CIZ      | Centrum Indicatiestelling Zorg                                                          |
| CMR      | Centrale Medicatie-incidenten Registratie                                               |
| CNV      | Christelijk Nationaal Vakverbond                                                        |
| EHRM     | Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens                                            |
| EPD      | Elektronisch Patiënten Dossier                                                          |
| EVS      | Elektronisch Voorschrift Systeem                                                        |
| FNV      | Federatie Nederlandse Vakbeweging                                                       |
| GGZ      | Geestelijke Gezondheidszorg                                                             |
| HARM     | Hospital Admissions Related to Medication                                               |
| HBO-V    | Hoger Beroepsonderwijs-Verpleegkunde                                                    |
| HKZ      | Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector                                     |
| ICT      | Informatie en Communicatie Technologie                                                  |
| IGZ      | Inspectie voor de Gezondheidszorg                                                       |
| ISO      | International Standardization for Organization                                          |
| KGGZ     | Kortdurende Geestelijke Gezondheidszorg                                                 |
| Lareb    | Nederlandse Bijwerkingen Centrum, Lareb                                                 |
| LEV      | Landelijke Expertisecentrum Verpleging & Verzorging                                     |
| MDO      | Multi Disciplinair Overleg                                                              |
| MVO      | Medisch Verpleegkundig Overleg                                                          |
| MIM      | Melding Incidenten Medewerkers                                                          |
| MIP      | Meldingen Incidenten Patiëntenzorg                                                      |
| NIVEL    | Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg                              |
| NSAID    | Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs                                                   |
| NVZ      | Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen                                                |
| NVZA     | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers                                         |
| NWO      | Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek                                 |
| OPS      | Organische Psycho Syndroom                                                              |
| PDCA     | Plan Do Check Act-cyclus                                                                |
| PMB      | Periodieke Medische Beoordeling                                                         |
| ROC      | Regionaal Opleiding Centrum                                                             |
| SWOT     | Strengths Weakness Opportunities Threats                                                |
| VenVN    | Beroepsvereniging Verpleegkundige en Verzorgenden Nederland                             |
| Vilans   | Kenniscentrum voor langdurende zorg                                                     |
| VIM      | Veilig Incidenten Melden                                                                |
| VMS      | Veiligheid Management Systeem                                                           |
| VTGM     | Voor Toediening Gereed Maken                                                            |
| VWS      | Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport                                         |
| WCZ      | Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg                                                       |
| WGBO     | Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst                                        |
| WOG      | Wet op de Geneesmiddelenvoorziening                                                     |
| ZALV     | Ziekenhuis Apotheek en Laboratorium Venray                                              |
| ZONMW    | Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschap                                           |

## BRONVERMELDING

### Boeken

Bie, A.C. de, & Hoorenman, E.M. (2008). *De betekenis van de wet voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Den Haag: SDU Uitgevers.

Boog, W. & de Jong, J.H.J. & Kerstens, J. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. P 75, 76, 81, 196, 239, 240, 246

Heijenbrok- van Herpen, T. & Hospes, W. (2009). *Handboek Enteralia. Het toedienen van orale geneesmiddelen aan patiënten met een sonde of slikklachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sitsen, J.M.A. & Vasbinder, E. (2011). *Geneeskundig jaarboek 2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verbogt, S. & Meersbergen, D.Y.A. van. (1992). *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*. Gouda: Wolters Noordhoff.

### Artikelen

Hendricks, A.C. & Frederiks, B.J.M. & Verkerk, M.A. (2008). Het recht op autonomie in de samenhang met goede zorg bezien. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, jaargang 32 2008, nummer 1, P. 2-18.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. *Inspectierapport*, jaargang 2010, P.7-9-10.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). Medicatieveiligheid. Melden van calamiteiten. Medicatieveiligheid. *Rapport van het inspectiebezoek aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert te Amsterdam op 21 juni 2011*, juli 2011, P.14.

Moghaddam, M. S. & Bergen, S. (2009). Move. *Beroepsopdracht Opleiding Fysiotherapie*, Amsterdam 02 maart 2009, P. 5.

Nijpels, M. (2009). Handreiking voor malen zorginstellingen. *Jaarverslag 2008033*, P 5.

Nursing. (2011). Effectiviteit van niet-storen-hesje twijfelachtig. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, jaargang 7

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2008). Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen. *Landelijke instructie*, jaargang april 2008, P. 7-9-10-14-15-16.

Wigboldes, M. & Korte, de – Verhoef, R. & Akkermans, J. & Vliet, M. (2009). Verbeteren van medicatiefouten. *Tijdschrift voor verpleegkundigen (TVZ)*, jaargang 7-8, P. 36-39.

### Niet gepubliceerde bron

Apotheek ZALV. (2009). *Autorisatie cursus Medicatie verstrekking*. Cursus voor GGZ Oost Brabant.

### Intranet GGZ Oost Brabant

Bureau Kwaliteitszorg. (2008). *MIP nieuwe stijl*. Geraadpleegd op 04 maart 2011.

Kennisbank GGZ Oost Brabant. *2DO4U*. Geraadpleegd op 05 juli 2011.

ZALV. *Protocol Farmaceutische Dienstverlening*. Geraadpleegd op 11 maart 2011.

### Internet

AbvaKabo FNV. (2006). *Beroepscode voor verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 03 november 2011, van <http://www.abvakabofnv.nl/docs/drukwerk/beroepscode.pdf>

Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg. (CIBG). (z.j.). *BIG register*. Geraadpleegd op 15 juli 2011, van <http://www.bigregister.nl>

- ConsuMed. (1999-2011). *Kwaliteit in medische informatie*. Geraadpleegd op 15 augustus 2011, van <http://www.consumed.nl/medicijnen>
- GGZ Nederland. (2010). *Aanvraagperiode VIM-stimuleringsbijdrage verlengt ,jaargang 2010*. Geraadpleegd op 16 april 2011, van <http://www.ggz nederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleidsthemas/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid/dien-uw-aanvraag-stimuleringsbijdrage-vim-2010-a-15.000-spoedig-in.html>
- HKZ. (2010). *Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector*. Geraadpleegd op 01 juli 2011, van <http://www.hkz.nl>
- Hulpguids. Gids voor geestelijke gezondheidszorg. (2010). *De Wet op de Geestelijke Behandeling Overeenkomst*. Geraadpleegd 20 april 2011, van <http://www.hulpguids.nl>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Medicatieveiligheid en ICT*. Geraadpleegd op 18 juli 2011, van <http://www.igz.nl/actueel/toespraken/overdrachtvanmedicatiegegevensenict.aspx>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Rapport van het inspectiebezoek aan Beth Shalom, locatie Buitenveldert te Amsterdam*. Geraadpleegd op 10 augustus 2011, van <http://www.igz.nl/.../11-07-2011>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2006). *Rapport verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande*. Geraadpleegd op 10 augustus 2011, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30800-XVI-47-b2.pdf bijlagen>
- International Organization for Standardization. (2011). *Isoregister*. Geraadpleegd op 08 juni 2011, van <http://www.isoregister.nl>
- Kiesbeter. (z.j.). *Kiesbeter wijst u de weg in de zorg*. Geraadpleegd op 15 april 2011, van <http://www.kiesbeter.nl/patienteninformatie/overzicht-wetten/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst/default.aspx>
- Landelijke expertisecentrum Verpleging & Verzorging. (2011). *Intervisie*. Geraadpleegd op 10 mei 2011, van <http://www.levv.nl/nl/home>
- Landelijke expertisecentrum Verpleging & Verzorging. (z.j.). *Richtlijnen en protocollen*. Geraadpleegd op 06 juni 2011, van <http://www.levv.nl/nl/infoportaal/veelgestelde-vragen/richtlijnen>
- Lareb. (z.j.). *Nederlandse bijwerkingen centrum Lareb*. Geraadpleegd op 01 april 2011, van <http://www.lareb.nl>
- Medicatie Veiligheid. Info. (2011). *Medicatieveiligheid..* Geraadpleegd op 29 maart 2011, van <http://www.medicatieveiligheid.info>
- Medicatie Veiligheid. Info. (2006). *Centrale Medicatie-incidenten Registratie*. Geraadpleegd op 15 mei 2011, van <http://www.medicatieveiligheid.info>
- Netpoint Groep. *Werkoverleg*. (2011). Geraadpleegd op 01 juli 2011, van <http://www.npgroep.nl/nl/zorg/werkoverleg>
- Nijpels, M. (2009). *Handreiking voor malen zorginstellingen, jaarverslag 2008033, 5*. Geraadpleegd op 20 juli 2011, van <http://www.innovatiekringdementie.nl/.../handreiking%20malen.pdf>
- Overheid.nl. (2011). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Geraadpleegd op 05 maart 2011, van [http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum\\_20-10-2011](http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_20-10-2011)
- Overheid.nl. (2007). *Regeling geneesmiddelenwet*. Geraadpleegd op 12 juni 2011, van [http://wetten.overheid.nl/BWBR0022160/geldigheidsdatum\\_19-10-2011](http://wetten.overheid.nl/BWBR0022160/geldigheidsdatum_19-10-2011)
- Pletmedicatie v.2.0. (2006). *Databank van medicatie*. Geraadpleegd op 05 augustus, van <http://www.pletmedicatie.be/browse>
- Rijksoverheid. (2009). *De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 03 augustus 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg>

- Rijksoverheid. (2010). *Dwang in de zorg*. Geraadpleegd 15 april 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg>
- Rijksoverheid. (2009). *Dwangmedicatie*. Geraadpleegd op 30 augustus 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/09/28/quick-scan-de-praktijk-van-dwangbehandeling-in-de-wet-bopz.html>
- Rijksoverheid. (z.j.). *Kwantitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 18 juli 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/omgevingsonderzoek/kwantitatief-onderzoek>
- Rijksoverheid.(z.j.). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Geraadpleegd op 13 maart 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>
- Rijksoverheid. (z.j.). *Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst*. Geraadpleegd op 13 juni 2011, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/vraag-en-antwoord/hoe-zijn-de-rechten-en-plichten-van-de-arts-en-de-patient-geregeld.htm>
- Rijksoverheid. (2010). *Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 11 juni 2011, van <http://www.dwangindezorg.nl/wetten-en-regels/wetten/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>
- Veilige Zorg, ieders zorg. (2010). *Medicatieveiligheid in de GGZ*. Geraadpleegd op 20 januari 2011, van <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=504597>
- Veilige Zorg, ieders zorg. (2011). *Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008 – 2011*. Geraadpleegd op 02 februari 2011, van <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/index.php?p=486169>
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2008). *Landelijke instructie Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen*, jaargang april 2008, van <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=cVw8iIrwP5U%3D>
- Verpleegkundige & Verzorgenden. (2007). *Kwaliteitsregister*. Geraadpleegd op 06 juni 2011, van <http://www.kwaliteitsregistervnv.nl/>
- Vilans. (2011). *Medicatieveiligheid verbeteren*. Geraadpleegd op 15 april 2011, van <http://www.vilans.nl>
- Vilans. ( 2011). *Het kenniscentrum voor langdurende zorg*. Geraadpleegd op 12 april 2011, van <http://www.vilans.nl>
- VSM zorg (2007). *Beleidsdocument Veilig melden*. Geraadpleegd op 20 februari 2011, van <http://vmszorg.nl/Veiligheidsmanagementsysteem/Verantwoordelijkheid-Raad-van-Bestuur/Tools-van-VMS-Veiligheidsprogramma/Beleidsdocument-Veilig-Melden>
- Wegwijzerloket. (z.j.). *Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen(BOPZ)*. Geraadpleegd op 18 juli 2011, van [http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag\\_view.asp?pag\\_id=23678](http://www.wegwijzerloket.nl/page/pag_view.asp?pag_id=23678)
- Wikipedia. (2011). *Vakliteratuur*. Geraadpleegd op 06 juni 2011, van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Vakliteratuur>
- ZonMw. (2011). *Implementatie*. Geraadpleegd op 10 september 2011, van <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/thema-detail>
- ZonMw (2011). *Subsidies*. Geraadpleegd op 3 maart 2011, van <http://www.zonmw.nl>
- Zorg voor Beter. (2009). *Verbetertrajecten*. Geraadpleegd op 16 juli 2011, van <http://www.zorgvoorbeter.nl>



**Auteurs:**

Thea van den Boom

Mariëlle Craane

Hanny Leijten

Conny Slegers

Afstudeerproject HBO-Verpleegkunde, Fontys Hogeschool te Eindhoven,  
in samenwerking met GGZ Oost Brabant te Boekel, december 2011.

