



Kennisbundel

medicatieveiligheid

Voor docenten Zorg & Welzijn

Inhoud

Leeswijzer

Stand van zaken

Aan de slag met medicatieveiligheid

Vindplaats

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Leeswijzer

In deze kennisbundel vindt u actuele informatie over medicatieveiligheid. Met deze informatie kunt u uw lessen en opdrachten over medicatieveiligheid aanscherpen en van actuele en betrouwbare informatie voorzien. Deze kennisbundel beschrijft de stand van zaken in 2011. Zowel qua visie: Wat is veilige zorg? Als qua werkwijze: Hoe richt je een veilig medicatieproces in?

Ook vindt u hier informatie over de kwaliteitskaders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

In het hoofdstuk 'Aan de slag met' vindt u instrumenten en casuïstiek. Deze instrumenten verrijken uw lesmateriaal. De casussen zijn gebaseerd op ervaringen van zorgorganisaties. In de 'vindplaats' bieden we u een overzicht van actuele kennis, richtlijnen en relevante websites.

Relatie tussen de kennisbundel en het kwalificatiedossier Verzorgende IG

De kennis uit de bundel over medicatieveiligheid past binnen de volgende kerntaken en werkprocessen van het kwalificatiedossier Verzorgende IG 2011-2012:

Kerntaak 1: Het bieden van zorg en ondersteuning op basis van het zorgdossier.

- 1.1 Werkproces: Stelt (mede) het zorgplan op. De verzorgende IG in de VVT verzamelt gegevens over dreigende of gezondheidsproblemen om de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de cliënt, eventueel met naasten, in kaart te brengen.
- 1.2 Werkproces: Biedt persoonlijke verzorging en observeert gezondheid en welbevinden.
- 1.3 Werkproces Voert verpleegtechnische handelingen uit
- 1.5 Werkproces: Begeleidt een zorgvrager.
- 1.8 Werkproces: Geeft voorlichting, advies en instructie.
- 1.9 Werkproces Hanteert crisissituaties en onvoorziene situaties
- 1.10 Werkproces: Stemt de zorgverlening af.
- 1.11 Werkproces: Evalueert de zorgverlening.

Kerntaak 2: Uitvoeren van organisatie- en professie gebonden taken.

- 2.1 Werkproces: Werkt aan deskundigheidsbevordering en professionalisering van het beroep
- 2.2 Werkproces: Werkt aan het bevorderen en bewaken van kwaliteitszorg.

Stand van zaken

In de langdurende zorg gebruiken veel cliënten langere tijd verschillende medicijnen. Daarbij kan veel misgaan. Fouten bij het voorschrijven of toedienen of verkeerd gebruik van medicijnen. Ook kunnen medicijnen in combinatie met elkaar voor nare bijwerkingen zorgen en mensen ziek maken. In Nederland hebben 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van de opnames via de spoedeisende hulp te maken met medicijngebruik (De HARM studie (2006)). Dit zijn 41.000 ziekenhuisopnames per jaar, waarvan er 19.000 voorkomen kunnen worden en er 1250 doden vallen. Dat zijn meer slachtoffers dan er in Nederland jaarlijks in het verkeer vallen.

- Organisaties kunnen het aantal medicatie-incidenten met ruim vijftig procent verminderen.
- Zorgverleners werken bewuster als zij regelmatig medicatie-incidenten meten en controles inbouwen in het werkproces.
- Goede informatie over medicatie is nodig, bij het personeel, cliënten én mantelzorgers.
- Een betrokken apotheker is essentieel voor een goed medicatieproces.

Basiskennis verzorgenden

Binnen alle zorgorganisaties in de langdurende zorg hebben verzorgenden een rol in het veilig medicatiegebruik van cliënten. Adequate kennis en vaardigheden bij schoolverlaters van het MBO Zorg en Welzijn op het terrein van medicatieveiligheid dragen bij aan een veiliger zorg voor het medicatiegebruik van cliënten. Verzorgenden moeten:

- Voldoende basiskennis hebben over medicijngebruik en toedieningswijzen.
- Voldoende kennis hebben over bijwerkingen en interactie tussen medicijnen zodat je goed kunt observeren en signaleren.
- Weten hoe je medicatieveiligheid kunt vergroten in dat deel van het werk waar zij verantwoordelijk voor zijn.
- Op de hoogte zijn van de procedure voor het melden van medicatie-incidenten en het belang daarvan.

Werken aan veilige zorg

Bij het medicatie proces zijn veel verschillende personen en disciplines betrokken. Daardoor is de kans op fouten groot. De meeste fouten worden gemaakt bij het voorschrijven en het toedienen. Bij het toedienen zijn verzorgenden vaak betrokken. Zij hebben dus een belangrijke rol in het leveren van veilige zorg. Bij het toedienen lopen verzorgenden er nogal eens tegenaan dat voorgangers (de arts of de apotheker) zaken hebben laten liggen. Verzorgenden moeten dit niet zelf oplossen, maar bespreken met hun voorganger. Op die manier werken ze samen aan veilige zorg. Soms moeten ze in het belang van de cliënt wel direct handelen. Verzorgenden moeten dan overleggen met een verpleegkundige, arts of leidinggevende en alleen die stappen zetten die binnen de bevoegdheden passen.

Zo maar wat missers

Medicatiefouten komen in allerlei vormen en maten voor, soms met verstreckende gevolgen.

Een aantal voorbeelden:

1. Bij het verwisselen van een infuuszak is er een verkeerde zak aangehangen. NaCl 0,9% in plaats van glucose 5%. Pas bij het opnieuw verwisselen van de zak valt dit op. De cliënt heeft er geen klachten door gekregen.
2. Een cliënt heeft een halve tablet Steradent ingenomen die klaar lag op zijn nachtkasje. Dit heeft geen gevolgen voor de cliënt.
3. Medicatie van 12.00 en 14.00 uur is niet gegeven. Hierdoor heeft de cliënte langer pijn en stijgt haar bloedglucose.
4. Door haast om op tijd bij een afspraak te zijn, is bij een verkeerde cliënt kaliumchloride voorgeschreven. Het kaliumgehalte bij die patiënt daalt nog verder. Er is een ECG gemaakt, die geen afwijkingen toont.
5. Een Medicatie Opdracht (MO) is niet uit de printer gekomen waardoor een cliënt vijf dagen geen Sintromitis heeft gehad. De gevolgen zijn onbekend.
6. Een verpleegkundige prikt een infuus verkeerd waardoor de vloeistof subcutaan inloopt in plaats van intraveneus. De vrouw liep ernstige huidnecrose op, waaraan ze zes keer geopereerd is.
7. Tijdens een drukke avonddienst spuit een verpleegkundige een verkeerd antibioticum, met een spuit die al klaar lag op het nachtkastje. De verpleegkundige meldt dit te laat bij een collega, en schakelt geen arts of apotheker in. De cliënt heeft geen blijvende schade. De verpleegkundige wordt ontslagen en krijgt een waarschuwing van het Tuchtcollege.

(Bron: NotaBene en bijzijn.nl/tucht)

De cliënt centraal in het medicatieproces

Verzorgenden moeten niet vergeten de cliënt te betrekken in dit hele proces dat op het eerste gezicht een proces lijkt van zorgverleners. Alles wat gebeurt, gebeurt om het medicijngebruik voor en door die cliënt zo goed mogelijk te laten verlopen. De cliënt is de enige die het gehele proces van het begin tot het eind doorloopt. In iedere stap zitten momenten waarop een verzorgende met de cliënt bespreekt wat hij of zij wil of kan. Verzorgenden moeten er dus aan denken om hem of haar te betrekken, te informeren, te bevragen en uit te leggen. Als de cliënt dit zelf niet kan, moeten verzorgenden die afstemmen met de mantelzorger of cliëntvertegenwoordiger. Alles wat afgesproken wordt, staat in het zorgleefplan.

Bekwaamheid verzorgenden

Medicatie uitzetten of uitdelen is géén 'voorbehouden' handeling. Medicatie toedienen door middel van een injectie of een infuussysteem is wél een 'voorbehouden' handeling.

Medicatie uitzetten of uitdelen is echter wel een risicovolle handeling. Het is de professionele verantwoordelijkheid van een verzorgende om de grenzen van het kunnen hierin te bewaken. In principe geldt dat verzorgenden bevoegd zijn voor het uitvoeren van een handeling als zij daartoe bekwaam zijn. Of ze bekwaam zijn beoordelen verzorgenden zelf.

Zie ook het artikel: [Eindverantwoordelijkheid een lastig begrip?](#)

De zorgorganisatie heeft te maken met de Kwaliteitswet Zorginstellingen en moet ervoor zorgen dat de geleverde zorg verantwoord is en dat degene die hem levert bekwaam is. Concreet betekent dat dat een zorgorganisatie zorg draagt voor adequate scholing en training. Bovendien moet de organisatie zorgen dat de kwaliteit van het handelen te controleren is. Afspraken tussen zorgverleners en bekwaamheidsverklaringen moeten inzichtelijk zijn. En er moeten protocollen van voorbehouden en risicovolle handelingen aanwezig zijn.

Verbeteren moet

De Inspectie van de Gezondheidszorg definieert medicatieveiligheid als 'alle activiteiten die zijn gericht op het juist voorschrijven en afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen' (IGZ, 2004).

Na onderzoek in 2009 en 2010 concludeerde de inspectie: medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis is onvoldoende. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen moeten nog punten verbeteren, gehandicaptenzorg en thuiszorg moeten snel veiliger.

Verbeteren kan!

Het is mogelijk de medicatieveiligheid te vergroten! Tussen 2006 en 2011 hebben zorgorganisaties zich ingezet om de medicatieveiligheid te vergroten. Met succes, het aantal medicatie-incidenten nam af met ruim 50 %. Eenvoudige verbeteringen hadden groot effect:

- De medewerkers meldden meer incidenten waardoor duidelijk werd waar het fout ging en waar het beter kon.
- Cliënten kregen betere informatieverstrekking over het gebruik van hun medicijnen.
- De verschillende disciplines weten nu beter wie waar verantwoordelijk voor is in het gehele medicatieproces.

Kwaliteitskaders Verantwoorde zorg ouderenzorg en gehandicaptenzorg

Kwaliteitskader ouderenzorg

Om te meten of de zorg rondom medicatieveiligheid van voldoende kwaliteit is, zijn er in de verpleeg- en verzorgingshuissector en de thuiszorg normen opgesteld. Die normen vind je terug in het document *Zichtbare Zorg, Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*.

Dit kwaliteitskader geeft niet alleen normen over medicatieveiligheid maar gaat over de zorg in zijn volle breedte. Een korte toelichting op de achtergrond van dit kwaliteitskader: Zorgorganisaties in de verpleeg- en verzorgingshuissector en de thuiszorg (ook wel genoemd de VVT) hebben een gezamenlijk doel. Dat doel is: *de kwaliteit van leven van de cliënt verbeteren door verantwoorde zorg*. Om te kunnen meten of dit ook gebeurt, zijn normen opgesteld. Normen die vertellen wat dat is: vakbekwaam zorgen voor kwaliteit van leven. Deze normen heten de Normen Verantwoorde Zorg en ze staan beschreven in het document *Zichtbare Zorg, Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*.

Alle partijen in de verpleeg- en verzorgingshuissector en de thuiszorg hebben meegewerkt aan het opstellen van deze normen, zowel cliënten, professionals, werkgevers, de inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de zorgverzekeraars.

Ook over medicatieveiligheid zijn normen opgesteld. We vermelden deze normen in deze kennisbundel om de relatie tussen de kwaliteit van de geboden zorg op het gebied van medicatieveiligheid door zorgorganisaties en het geboden onderwijs over medicatieveiligheid te verstevigen. Normen die verband hebben met medicatieveiligheid:

- Het percentage cliënten dat te maken heeft gehad met een medicijnincident (indicator 7.5) zegt iets over de wijze waarop deze zorg geleverd wordt. Een goed werkend meldsysteem voor (bijna) incidenten waarbij geleerd wordt van de incidenten, heldere afspraken over verantwoordelijkheden, scholing, dragen allemaal bij aan het voorkomen van incidenten.
- Ook de ervaren inspraak en overleg (indicator 6.2) en de ervaringen met het zorgleefplan (indicator 6.1) zeggen iets over de kwaliteit van de zorg rondom medicatie, met cliënten moeten heldere afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld beheer van medicatie en ondersteuning bij toedienen. Past de geboden ondersteuning bij de behoeftes van de cliënt? Werken met het zorgleefplan zorgt

ervoor dat er op methodische wijze wordt gewerkt aan het ondersteunen van de cliënt. De behoeftes van de cliënt centraal staan en vormen het startpunt van de zorg.

Kwaliteitskader gehandicaptenzorg

Ook in de gehandicaptenzorg wordt zorg verleend met als doel de kwaliteit van het bestaan van de cliënt te bevorderen. Daarnaast staat de regie van de cliënt en het bevorderen van die regie centraal. Ook in de gehandicaptenzorg zijn, gebaseerd op deze visie, door gezamenlijke partijen kwaliteitsnormen opgesteld. Verschillende normen hebben verband met medicatieveiligheid. Deze normen zijn terug te vinden op de website [Zichtbare Zorg](#) onder Gehandicaptenzorg.

Jaarlijkse kwaliteitstoets

Iedere zorgorganisatie ondergaat jaarlijks een kwaliteitstoets op de normen. Dat gebeurt op twee manieren. Allereerst vullen cliënten vragenlijsten in over hun ervaringen met de zorg. Daarnaast meten zorgorganisaties zelf allerlei zorginhoudelijke punten, zoals: hoeveel medicatie-incidenten hadden we het afgelopen jaar? De uitkomsten van de cliëntenenquêtes en de metingen worden verzameld en voor verschillende doelen gebruikt:

1. Zij vertellen de zorgorganisatie of zij verantwoorde zorg levert en waar zaken verbeterd moeten worden.
2. De inspectie gebruikt de uitkomsten bij het toezicht houden op de zorg.
3. Zorgkantoren kunnen op basis van de uitkomsten zorg inkopen bij de beste zorgorganisaties.
4. Cliënten kunnen goed geïnformeerd kiezen van welke zorgorganisatie zij zorg willen.

Meer lezen

Zowel voor de verpleeg- en verzorgingshuissector en de thuiszorg als de gehandicaptenzorg zijn visie-documenten geschreven waarin meer te lezen is over de achtergrond van de specifieke normen. Alle relevante documenten zijn te vinden op de website [Zichtbare Zorg](#).

Aan de slag met medicatieveiligheid

Alle activiteiten en maatregelen die we nemen om het juiste medicijn, op de juiste tijd in de juiste dosering en juiste toedieningswijze bij de juiste cliënt toe te dienen noemen we *het medicatieproces*. In dit hoofdstuk beschrijven we de positie en taken van de verzorgende binnen het medicatieproces. Dit proces verloopt als volgt:

1. De arts schrijft een medicijn voor. Dit gebeurt met een recept.
2. De apotheker/apotheekhoudend huisarts maakt de medicatie klaar en levert af.
3. Afspreken met de cliënt welke ondersteuning nodig is wat betreft medicijninname.
4. De medicijnen worden uitgezet.
5. De medicijnen worden aangereikt.
6. De medicijnen worden toegediend/de cliënt neemt de medicatie in.
7. Registreren en aftekenen.
8. Signaleren en rapporteren van (bij)werkingen.
9. Evaluatie van de behandeling.
10. De cliënt verhuist, medicatieoverdracht is nodig.

Verzorgenden zijn vooral betrokken bij het medicatieproces vanaf stap 3. In tabel 1 staat welk instrument gebruikt wordt bij welke stap in het medicatieproces.

Stap 1

De arts schrijft een medicijn voor. Dit gebeurt met een recept.

De arts vertelt de cliënt wat de reden van voorschrijven is en als er wijzigingen zijn. Als de arts zich vergist en het verkeerde medicijn voorschrijft, dan is de arts daarvoor verantwoordelijk. Ook is de arts verantwoordelijk voor het bijhouden en doorgeven van wijzigingen in het totale medicatie overzicht. Verzorgenden kunnen (mede)verantwoordelijk zijn voor een fout als:

- Zij merken dat de arts zich vergist en ze doen er niets mee.
- Ze de instructies van de arts niet goed begrijpen en toch tot uitvoering overgaan.
- Ze signaleren dat het duidelijk slechter gaat met de cliënt, maar hier niets mee doen.

Stap 2

De apotheker/apotheekhoudend huisarts maakt op basis van het recept van de arts de medicatie klaar en levert af.

De apotheker is er verantwoordelijk voor dat de medicijnen in een gebruiksvriendelijke verpakking worden afgeleverd. Gebruiksvriendelijk voor de cliënt, maar ook voor de verzorgende als die een verantwoordelijkheid heeft in het proces. Verzorgenden moeten kunnen zien en controleren wat ze aan de cliënten geven.

De organisatie maakt afspraken met de apotheker over het bestellen en afleveren van de medicijnen in een gebruiksvriendelijk systeem en overzichtelijke formulieren voor de toedieningsregistratie (ook bij wijzigingen in de medicatie weer een nieuw formulier voor de toedieningsregistratie bijleveren). De verzorgende moet op de hoogte zijn van deze afspraken en er naar handelen.

Stap 3

Met de cliënt afspreken welke ondersteuning nodig is wat betreft medicijngebruik.

Niet alle cliënten hebben ondersteuning nodig bij het medicatiegebruik. Verzorgenden bespreken met de cliënt welke behoeftes hij of zij hierin heeft. Bij cliënten die dit zelf niet goed kunnen aangeven spelen verzorgenden een signalerende rol: kan de cliënt zelfstandig zijn medicijnen beheren en innemen? Dit signaleren gebeurt voor een belangrijk deel tijdens de dagelijkse zorg. Verzorgenden letten bijvoorbeeld op of er geen medicijnen slingeren. Om op tijd vast te stellen dat een cliënt zijn/haar medicatie niet meer zelf kan beheren kunnen zij dit systematisch, periodiek checken. In het zorgleefplan zijn de afspraken met de cliënt over de ondersteuning bij het medicijngebruik vastgelegd. Met de ene cliënt is bijvoorbeeld afgesproken dat hij 's morgens zijn medicijnen in een dagdoos krijgt en de medicijnen gedurende de dag zelf inneemt. Met een andere cliënt is afgesproken dat de medicijnen drie keer per dag worden uitgedeeld en dat de verzorgende ook blijft wachten tot de medicijnen zijn doorgeslikt.

Beheer van medicijnen

Als de cliënt zelf niet in staat is om de medicijnen te beheren en de mantelzorg dit ook niet kan, is dat een taak van de verzorgende. Deze situatie komt vooral in de thuiszorg maar ook in het verzorgingshuis voor. Het kan gaan om de volgende taken:

- Bestellen van medicijnen
Als het nodig is dat verzorgenden dit overnemen van de cliënt maken zij hier afspraken over met de cliënt, de huisarts en de apotheker. Deze afspraken leggen zij vast in het zorgleefplan.
- Veilig opbergen van de medicijnen
Als de cliënt bijvoorbeeld verward is, wordt samen met de mantelzorg naar een passende en veilige oplossing gezocht. Het uitgangspunt is dat de medicijnen in het huis van de cliënt of de mantelzorg worden bewaard.

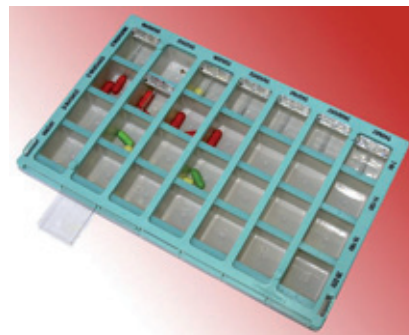
Tip: bewaar de medicijnen van een verwarde cliënt in een beautycase met cijferslot.

Stap 4

De medicijnen worden uitgezet

Met het "uitzetten van medicijnen" wordt het uitzetten van de medicijnen voor meerdere momenten op een dag of in een week bedoeld. Over het algemeen gebeurt dit door de apotheker. In sommige gevallen door de verpleegkundige of verzorgende.

De apotheker gebruikt hiervoor een medicijn uitzetsysteem (bijvoorbeeld medicijnen voor één inname-moment in plastic zakjes in een rol (vaak bekend als Baxterrol)



Omdat het vullen van medicijn uitzetsystemen nog niet overal door apothekers gebeurt, beschrijven we hoe verzorgenden dit kunnen doen.

Als de apotheek de medicijnen niet uitzet, maar aanlevert in medicijndoosjes, zetten verzorgenden vanuit deze doosjes de medicijnen uit. Dat gebeurt in:

- dagcassettes
- weekcassettes
- medicijnbekers
- medicijnenkarren

Verzorgenden bespreken met de cliënt wat voor hem of haar handig is als het gaat om dagcassettes of weekdozen. Op de website van de [ANBO](#) vindt u voorbeelden.

Voorwaarden voor het uitzetten door verzorgenden:

- Medicijnen uitzetten is een kritische en risicovolle handeling, waarvoor verzorgenden deskundig en bekwaam moeten zijn.
- Verzorgenden moeten medicijnen uitzetten op een rustig tijdstip en in een ruimte met voldoende licht. Ze mogen daarbij niet gestoord worden!
- Verzorgenden moeten gebruik maken van betrouwbare, actuele medicijnenoverzichten van de cliënten.
- Verzorgenden moeten de medicijnen uitzetten op een vast tijdstip en aan de hand van planningssysteem dat is samengesteld op basis van de medicijnenopdrachten.
- Verzorgenden moeten schriftelijk vastleggen wie de medicijnen heeft uitgezet.

Baxter: medicijnen op de rol

Een Baxterrol is een geautomatiseerd uitzetsysteem voor - meestal chronische - medicatie. Het is een hulpmiddel voor de apotheker bij het uitzetten van de medicatie. De cliënt krijgt een medicatierol met zakjes afgeleverd. Elk zakje bevat de medicatie per innametijdstip. Deze werkwijze noemt men ook wel 'baxteren' naar het eerste automatische verpakkingssysteem van de firma Baxter.

Een Baxterrol is voor een zorgorganisatie minder arbeidsintensief en foutgevoelig dan handmatige systemen. Maar het gebruik hiervan kent ook risico's. Bijvoorbeeld omdat lang niet alle medicatie in de rol kan, denk aan oogdruppels of zelfjes. En het is ook lastig als er een wijziging is, terwijl de rol nog niet "op" is. Baxteren stelt andere eisen aan het medicatieproces. Denk daarbij aan een strak tijdschema en heldere afspraken voor het aanleveren en wijzigen van medicatie. Hierover maakt de organisatie afspraken met de apotheker.

Lees meer over het [Geautomatiseerd geneesmiddeldistributiesysteem \(Baxteren\)](#) in de kennisbank van Zorg voor Beter.

Daar vindt u ook informatie over Baxteren: Minder fouten met het geautomatiseerd geneesmiddel distributiesysteem.

Verzorgenden kunnen signalen afgeven als het minder goed loopt met Baxteren. Het is verstandig dat zij dit bespreken met de leidinggevende.

Stap 5

De medicijnen worden aangereikt

De taken voor een verzorgende bij het klaarzetten en aanreiken van de medicijnen verschilt per cliënt. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgleefplan. Als de cliënt niet in staat is om zelf de medicijnen te pakken, reikt de verzorgende die medicijnen aan. Ze betrekken de cliënt bij de handeling. De cliënt controleert het soort medicijn, de dosering, het tijdstip en de wijze van toediening. Denk hierbij

aan een bewoner die ook medicatie gebruikt die bewaard wordt in de koelkast en niet goed kan lopen, of die mevrouw die nog wel weet wat ze moet gebruiken maar de tijd vergeet.

De medicijnen worden bij voorkeur uit de oorspronkelijke verpakking gehaald. Als de medicijnen worden aangereikt uit een medicijn uitzetsysteem (zoals een Baxterrol) dat door een ander is gevuld, moet voor de cliënt controleerbaar te zijn of de juiste medicijnen aangereikt worden. Dit kan met het door de apotheek geleverde medicatieoverzicht.

Het is belangrijk dat de cliënt geïnformeerd is over de eigen medicatie en de mogelijke (bij)werkingen. De cliënt kan alleen goed (mee) opletten als hij of zij weet wáár hij op moet letten.

Vermalen van medicijnen

Sommige cliënten kunnen niet goed slikken. Of je een tablet mag vermalen of een capsule openbreken kan de arts of de apotheker je vertellen. Neem hier zelf geen beslissing over, want het is niet altijd toegestaan. Sommige tabletten hebben een speciale buitenlaag om te voorkomen dat ze in de maag uiteenvallen. Als je deze fijnmaakt worden sommige stoffen sneller opgenomen dan de bedoeling is.

De zorginstelling kan afspreken met de arts om altijd op het recept te vermelden of het medicijn vermalen mag worden of juist niet.

Als je een medicijn mag vermalen en je wilt het bijvoorbeeld door de vla mengen, doe dit dan met één eetlepel vla. Als de bewoner niet het hele bakje vla opeet, weet je immers niet hoeveel er van het medicijn is ingenomen. Let op je mag niet zo maar ongemerkt medicijnen in de vla doen, zie hiervoor in de volgende stap onder het kopje ongemerkt medicijnen delen.

Tips voor het terugdringen van verstoringen

1. Regel een ruimte waar verzorgenden ongestoord het delen van medicatie kunnen voorbereiden
2. Verzorgenden spreken met elkaar af dat zij een collega niet storen tijdens de deelronde
3. Laat de verzorgende of verpleegkundige geen pieper dragen bij het delen
4. Maak afspraken met de receptie over wanneer de deelrondes zijn. Alleen voor zeer dringende telefoontjes mag degene die medicijnen deelt gestoord worden
5. Maak afspraken met apothekers en huisartsen over beltijden of bezoeken op de afdeling. Meelopen met de huisarts kan niet tijdens de deelronde. Verzorgenden moeten evenveel waarde aan het eigen veilige proces als aan het werk van bijvoorbeeld een arts
6. Breng cliënten op de hoogte van nieuwe afspraken
7. Zorg voor een “niet storen” hesje (of geel schort, of vlag op medicijnkar). Uiteraard moet de cliënt wel vragen kunnen stellen over de medicatie
8. Kijk goed naar de planning. Het kan bijvoorbeeld lucht geven als een dienst een uur eerder begint, zodat er tijdens de deelronde een medewerker extra aanwezig is
9. Er moeten afspraken zijn over hoe om te gaan met het niet aanwezig zijn van medicatie of het achterhalen van missende gegevens

Naast bovenstaande maatregelen zijn andere oplossingen denkbaar, afhankelijk van hoe een organisatie werkt. Verzorgenden kunnen hierover meedenken. Zij kunnen een organiseren bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg eens een brainstorm: wie heeft de meeste creatieve oplossing zodat we minder gestoord worden.

Stap 6**Medicijnen toedienen / cliënt neemt de medicatie in**

Verzorgenden dienen medicijnen toe bij de cliënt als de cliënt niet zelf de verantwoordelijkheid kan dragen voor inname, aanbrenge of inbrengen ervan volgens voorschrift.



Voordat verzorgenden de medicijnen aan de cliënt toedienen, controleren zij de volgende gegevens op juistheid:

- De identiteit van de cliënt (naam, voorletter, geboortedatum)
- De naam van de medicijnen
- De sterkte
- De dosis
- De vervaldatum
- Is het geneesmiddel op de juiste wijze bewaard (bijv. steriel of in de koelkast)
- Het toedieningstijdstip
- De toedieningswijze (oraal, gemalen, in vla of yoghurt, injectiewijze)

Ook kijken verzorgenden naar de algemene gezondheidstoestand van de cliënt. Als de algemene gezondheidstoestand van de cliënt is veranderd, moeten ze besluiten of ze de medicijnen wel zullen geven. Of ze die beslissing kunnen nemen hangt af van de situatie (soort medicatie/toestand van de cliënt). Bij twijfel moeten ze direct overleggen met de arts of leidinggevende.

Verzorgenden zien erop toe dat de cliënt de medicijnen ook daadwerkelijk inneemt. Dat is wel eens lastig, bijvoorbeeld bij cliënten met dementie. Van hen heeft ongeveer de helft moeite met slikken. Ook gebeurt het dat cliënten de medicijnen uitspugen. In dergelijke gevallen bekijken ze samen met de arts hoe een medicijn het beste gegeven kan worden. In een uiterst geval bestaat ook de mogelijkheid te stoppen met een bepaald medicijn. Natuurlijk gaat dit altijd in overleg met de arts en bespreken ze het met de cliënt en de mantelzorg.

Dubbele controle

Om fouten te voorkomen moet alle medicatie voor toedienen minimaal twee keer gecontroleerd worden op de volgende 5 punten:

1. Naam medicijn
2. Tijdstip van toedienen
3. Dosering
4. Toedieningswijze
5. Naam cliënt

Bij medicatie die tevoren is uitgezet, is de eerste controle door de apotheker gedaan. De tweede controle doet de verzorgende bij de toediening. Bij medicatie die niet door de apotheker is uitgezet of nog moet worden klaargemaakt voor toediening (bijv. insuline) kan de cliënt of de mantelzorger de controle doen. Als zij hiertoe niet in staat zijn of er is geen mantelzorger, dan moet er een andere oplossing worden gezocht.

Belangrijk is dat de zorgorganisatie vastlegt (in werkprocedure of protocol) dat er een dubbele controle plaatsvindt, hoe dit gebeurt en door wie. En wanneer afgeweken mag worden van dit uitgangspunt.

Ongemerkt medicijnen geven

Als een cliënt de medicijnen niet wil slikken, mag een verzorgende dit niet zomaar in bijvoorbeeld de pap geven. Dat mag alleen als de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger daarvoor toestemming heeft gegeven of als er een noodsituatie is (volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)). Deze toestemming moet altijd vermeld staan in het zorgdossier.

Verkeerd medicijn gegeven

Als verzorgenden ontdekken dat een medicijn verkeerd is toegediend (verkeerd medicijn, verkeerde dosering, verkeerd tijdstip, verkeerde toedieningsweg) moeten ze direct inschatten / overleggen hoe er gehandeld moet worden. Ook moet de fout volgens de binnen de organisatie afgesproken procedure gemeld worden (melding incidenten). In de meeste gevallen moeten zij ook de behandelend arts waarschuwen. Deze overweging is in ieder geval altijd onderdeel van de meldingsprocedure. In de praktijk meldt niet iedereen incidenten. Soms ziet men er de noodzaak niet van in, maar ook angst voor represailles of schaamte kan een rol spelen. Dat is jammer, want door medicatie-incidenten te melden, de oorzaken ervan op te sporen en vervolgens aan te pakken wordt de veiligheid van de zorg vergroot. Hierbij is inzicht in het ontstaan van bijna-incidenten net zo relevant als de analyse van een groot incident. Een meldsysteem werkt alleen in een omgeving waarin geleerd mag worden van fouten. Als verzorgende moet je het vertrouwen hebben en de veiligheid voelen om ongewenste gebeurtenissen te melden en met collega's te bespreken. Uitgangspunten moeten zijn: melden wordt beloond en niet bestraft. Hoe meer meldingen, hoe beter.

'Zo nodig' voorgeschreven medicijnen

Artsen schrijven regelmatig medicijnen voor die 'zo nodig' gegeven mogen worden. Het gaat dan vaak om pijnstillers of slaapmedicatie. De arts moet in het zorgdossier aangeven wanneer verzorgenden deze medicijnen mogen toedienen. In geval van pijn bijvoorbeeld is het soms beter te vroeg een pijnstiller te geven dan nog even af te wachten. Dit soort informatie is voor verzorgenden belangrijk om van elk 'zo nodig' medicijn te weten.

In het geval van opiaten is het beter als de arts deze medicijnen op vaste tijdstippen voorschrijft en liever niet voor 'zo nodig', vooral niet in de terminale fase. 'Zo nodig' voorgeschreven opiaten worden namelijk altijd in overleg met het hoofd of het avond-, nacht- of weekendhoofd gegeven. Als de arts ze op een vast tijdstip voorschrijft, hoeft de betreffende cliënt niet op de uitkomst van dat overleg te wachten. En in de terminale fase is elk uur te lang pijn een uur onnodig lijden.

Stap 7

Registreren en aftekenen

Verzorgenden zijn verantwoordelijk voor het secuur bijhouden van de toedienregistratie. Om overzicht te houden van welke cliënt wanneer welke medicijnen heeft gekregen moet er afgetekend worden. Verzorgenden hebben hiervoor een medicatie-overzicht nodig waarin is vastgelegd welke medicijnen, van welke dosering, op welk tijdstip en op welke wijze moeten worden toegediend. De apotheker of arts verzorgt dit medicatie-overzicht.

De aftekenlijst (of deellijst) wordt afgetekend door degene die de medicijnen aan de cliënt heeft toegediend of de medicijnen heeft uitgezet/klaargezet. Op de aftekenlijst staat per cliënt vermeld op welke dag en op welk tijdstip, welk medicijn hij of zij moet krijgen. De medicijnen op de deellijst zijn vaak

opgesplitst naar 'medicijnen in een zakje', 'medicijnen niet in een zakje' en 'zo nodig medicijnen'. De lijst is zo ingedeeld dat per cliënt een hele week onder of naast elkaar staat.

Richtlijnen voor het aftekenen (met een paraaf van de toediener):

- Medicijnen in het zakje: teken af na toediening en per tijdstip per medicijn.
- Medicijnen niet in een zakje: teken af na toediening en per toedieningstijd per medicijn.
- Zo nodig medicijnen: aftekenen na toediening, noteer tevens het tijdstip van toediening en dosering.

Let op! Als de cliënt de medicijnen weigert of niet kan inslikken, dan moeten de verzorgenden dit noteren op de deellijst en in het zorgdossier. Bovendien moeten zij dit rapporteren aan de leidinggevende en/of de arts.

Er gebeuren veel fouten tijdens het aftekenen. Als er niet afgetekend is weet de verzorgende niet of de cliënt de medicijnen gehad heeft of dat je collega is vergeten de paraaf te zetten. Of het erg is of de medicatie niet toegediend is, is afhankelijk van het soort medicijn. Insuline vergeten is meestal erger dan het vergeten van een pijnstillertje.

Om te kunnen beslissen wat er moet gebeuren als verzorgenden ontdekken dat er niet is afgetekend hebben ze deze informatie wel nodig. Maar ook in dit geval is voorkomen beter dan genezen.

Stap 8

Signaleren en rapporteren van (bij)werkingen

Verzorgenden zijn vaak de eerste die kunnen signaleren of er problemen zijn. Denk hierbij aan signalen zoals een cliënt die ineens suf is of zich anders gedraagt.

Als verzorgenden op specifieke bijwerkingen moeten letten, moet de arts die bijwerkingen en aandachtspunten duidelijk in het zorgdossier aangeven. Daarnaast zijn verzorgenden ook zelf verantwoordelijk voor het signaleren van bijwerkingen. Ze moeten dus soms zelf op zoek naar informatie hierover. Op elke afdeling hoort dan ook een Farmaceutisch Kompas te staan, of een ander boek met informatie over de medicijnen, hun werking en de bijwerkingen. Ook op internet is veel informatie hierover te vinden. Veel organisaties hebben al een link op intranet staan naar www.kiesbeter.nl of www.apotheek.nl.

Uiteraard rapporteren verzorgenden wat ze signaleren in het zorgleefplan.

- Bijwerkingen of andere onverwachtse reacties van cliënt op een bepaald medicijn.
- Werkt de medicatie als gewenst: heeft een cliënt nog pijn ondanks de pijnmedicatie, of: hoe een cliënt slaapt met slaapmedicatie?
- Is zo nodig medicatie gegeven en hoeveel? Is het nodig dat de arts deze medicijnen voor vast voorschrijft.

Verzorgenden moeten extra alert zijn op signalen van een delier. Deze 'acute verwardheid' komt veel voor in de zorg en heeft altijd een lichamelijke oorzaak (reactie op medicatie, lichamelijke ziekte, koorts). Gedraagt een cliënt zich anders dan ze van hem gewend zijn of geeft de familie aan dat de cliënt plotseling veranderd is, dan moeten zij dit altijd bespreken met de arts. Een delier is een bewustzijnsverandering die meestal snel ontstaat (binnen enkele uren tot dagen) en zich in sterk wisselende mate kan voordoen. Symptomen zijn angst, onrust, veranderd gedrag, wisselend bewustzijn, moeite met concentratie en aandacht en hallucinaties. Meer informatie hierover is te vinden op www.kiesbeter.nl, zoek op medische informatie.

Cliënten zullen verzorgenden regelmatig aanspreken over het gebruik van geneesmiddelen.. Zij moeten daarvoor altijd de arts of apotheker voor raadplegen, ook als ze zelf vragen hebben over gebruik en werking van medicijnen.

Stap 9

Evaluatie van de behandeling

Het is de verantwoordelijkheid van de arts om regelmatig het medicijngebruik van een cliënt te evalueren. Als er een wijziging plaatsvindt moeten er afspraken gemaakt worden wanneer de nieuwe behandeling geëvalueerd wordt. Voor een goede evaluatie heeft de arts informatie nodig. Hierin kan de verzorgende een belangrijke rol spelen door te vragen aan de cliënt of de behandeling aanslaat (is de hoofdpijn over, geen pijn meer bij plassen, niet meer duizelig?) en dit te rapporteren in het zorgleefplan en aan de behandelend arts.

In principe is de cliënt zelf verantwoordelijk voor het naleven van de medicijnvoorschriften en het informeren van de zorgverlener over hoe hij de medicatie gebruikt. Bijvoorbeeld: *de cliënt geeft aan of hij zijn medicatie gisteravond niet heeft ingenomen omdat hij erg misselijk was*. Alleen dan kan de behandelend arts een adequaat medicatiebeleid vaststellen. Niet iedere cliënt kan dit goed, denk bijvoorbeeld aan cliënten met dementie. Hier kunnen verzorgenden een rol spelen. Met elke cliënt bekijken ze wat de mogelijkheden zijn en waarbij de cliënt ondersteuning nodig heeft. Dit leggen ze vast in het zorgleefplan (zie ook stap 3).

Periodieke medicatiebeoordelingen (PMB) bij polyfarmacie

Omdat ouderen vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben, komt het regelmatig voor dat zij meer dan vijf chronische geneesmiddelen gebruiken. Dit heet polyfarmacie. Vooral bij deze cliënten is het belangrijk dat de arts, de apotheker en een medewerker van de zorgorganisatie regelmatig kritisch naar de medicatie kijken en het gebruik en de werking evalueren. Verzorgenden hebben een rol in zo'n Periodieke Medicatie Beoordeling als vertegenwoordiger van de cliënt. zij brengen tijdens deze gesprekken de problemen in die de cliënt met de medicijnen ervaart, na overleg met de cliënt(vertegenwoordiger). Ter voorbereiding op de PMB vullen zij samen met de cliënt de checklist Cliëntgebonden medicatieproblemen in. Deze checklist vindt u bij 'Instrumenten'.

Stap 10

De cliënt verhuist, medicatieoverdracht is nodig

De woon-leefsituatie van cliënten verandert nog wel eens. De cliënt verhuist van thuis naar een zorgorganisatie, of wordt tijdelijk opgenomen in het ziekenhuis. In dit soort gevallen is het van groot belang dat de medicatiegegevens goed worden overgedragen. Helaas gaat er op dit punt nog vaak iets mis. Sinds januari 2011 is de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten van kracht. In deze richtlijn wordt geregeld wie verantwoordelijk is voor het overdragen van gegevens over het medicijngebruik als een cliënt naar een andere zorginstelling gaat. In de richtlijn staan 3 basisafspraken:

1. bij elk contact met een voorschrijver is er altijd een actueel medicatieoverzicht beschikbaar waarop het medisch handelen wordt gebaseerd
2. bij een spoedopname is er zeker binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht beschikbaar
3. bij overdracht naar de volgende schakel is er zeker binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht beschikbaar

De richtlijn schrijft bijvoorbeeld ook voor dat bij elke overdrachtssituatie ook bekend is wat het werkelijke gebruik is door een cliënt over (minimaal) de afgelopen drie maanden. De richtlijn vindt u bij 'Instrumenten'.

Instrumenten

Hieronder vindt u instrumenten die u kunt gebruiken voor het vormgeven van uw lessen. In de tabel staat welk instrument gebruikt wordt bij welke verbeteractiviteit. Vervolgens vindt u bij elk instrument een korte beschrijving en een link.

Instrumenten per stap in het medicatieproces

| Instrumenten | Stappen in het medicatieproces | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Lesbrief medicijnverstrekking | X | X | X | X | X | X | X | X | X | x |
| Beoordeling eigen beheer medicatie (BEM) | | | X | | | | | | | |
| Hulpmiddel signaleren gezondheidsrisico's | | | X | | | | | | | |
| Voor Toediening Gereedmaken van Medicatie | | | | | X | | | | | |
| Geeltjesmethode | | | | | | X | | | | |
| Medicatie achter de voordeur | | | | | | | | X | | |
| Checklist Cliëntgebonden Medicatieproblemen | | | | | | | | | X | |
| Handreiking Periodieke medicatiebeoordeling | | | | | | | | | X | |
| Richtlijn Overdracht medicatiegegevens in de keten | | | | | | | | | | X |
| Handreiking Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk | | | | | | | | | | X |

'Lesbrief medicijnverstrekking voor verzorgenden in verpleeghuizen'

Met behulp van deze lesbrief van de V&VN is het voor niveau 3 IG studenten goed mogelijk een serie klinische lessen te verzorgen.

In de lesbrief wordt stapsgewijs het proces van medicijnverstrekking beschreven, met de verantwoordelijkheden en competenties van verzorgenden, artsen, apothekers en management. Verschillende situaties en aandachtsgebieden krijgen aparte aandacht, zoals het geven van 'zo nodig'-medicijnen en het toedienen van opiaten en de rol van helpenden. De lesbrief maakt duidelijk dat niet alleen de handeling van het uitdelen zelf, maar de hele zorgcontext bepalend is voor het veilig verstrekken van medicijnen.

Beoordeling eigen beheer medicatie

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) ontwikkelde een instrument om te beoordelen of een cliënt zelf de medicatie kan beheren, met een handwijzer hoe deze checklist ingevoerd en gebruikt kan worden. Het instrument heet afgekort BEM (Beoordeling eigen beheer van medicatie). Als docent kun je dit instrument gebruiken als voorbeeld van hoe organisaties het eigen beheer regelen. Daarnaast geeft het een overzicht van punten waar de verzorgende op moet letten bij het beoordelen of de cliënt zelf de medicatie kan beheren.

Hulpmiddel signaleren gezondheidsrisico's

Hoe kunnen verzorgenden gezondheidsrisico's beperken? Een poster en werkbladen die verzorgenden helpen bij het signaleren van gezondheidsrisico's bij cliënten. Ze geven aan welke signalen zij serieus moeten nemen. Ook wordt aangegeven welke vervolgacties verstandig zijn en hoe zij het beste kunnen handelen bij medicatie (en ook bij depressie, medicatie, incontinentie, voeding en decubitus).

De richtlijn Voor Toediening Gereedmaken van Medicatie (VTGM)

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben een rol in het voor toediening gereedmaken en het toedienen van medicatie. Sommige medicatie moet men, nadat deze van de apotheek zijn gekomen, op de afdeling voor toediening gereed maken (VTGM). Bijvoorbeeld het klaarmaken van injecties. Deze landelijke instructie draagt bij aan de patiëntveiligheid door het verminderen van de meest voorkomende medicatiefouten bij VTGM in verpleeg- en verzorgingshuizen en voorkomt daarmee mogelijke (blijvende) schade aan de patiënt.

Incidenten meten met de Geeltjesmethode

Als een afdeling of team zelf in korte tijd inzicht wil krijgen in de bijna-incidenten en incidenten die op hun werkplek gebeuren is de Geeltjesmethode geschikt. 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. Op basis van deze meting kunnen door het team verbeteracties worden bedacht.

Deze methode wordt gebruikt naast de gebruikelijke registratie van incidenten (MIP/Fona).

Deze methode is voor studenten geschikt als zij een verbeterproject moeten uitvoeren.

'Medicatieveiligheid achter de voordeur'

Een module met daarin een aantal instrumenten die thuiszorgmedewerkers ondersteunen bij het signaleren van medicatieproblemen. De module bestaat uit:

1. Signaalkaart

Een overzichtelijke 'first alert' kaart voor alle thuiszorgmedewerkers met plaats voor een sticker met contactgegevens van degene bij wie de medewerker de aangetroffen signalen kan aankarten (bijlage 4A van de module). Deze kaartjes zijn los te bestellen via www.zorgvoorveilig.nl.

2. Signaallijst 'Gebruiksproblemen medicatie'

Een lijst voor alle thuiszorgmedewerkers waarop zij kunnen aankruisen wat speelt rond medicatiegebruik in het algemeen (bijlage 4b bij de module).

3. Aankaartformulier

Een formulier voor het omschrijven van signalen en invullen van alle voor vervolgactie(s) relevante gegevens (bijlage 5 van de module). Bijvoorbeeld: "Ik durf er niet goed iets van te zeggen, maar volgens mij drinkt meneer Hik meer dan goed is bij zijn medicatie". "Volgens mij is die huiduitslag al lang over, maar meneer Jacobs krijgt nog steeds antihistaminica in de medicatierol".

Handreiking Periodieke medicatiebeoordeling voor Zorginstellingen

Door regelmatig kritisch te kijken naar het medicijngebruik van cliënten vermijdt u (een deel) van deze risico's. De Periodieke Medicatie Beoordeling (PMB) is een effectieve methode hiervoor. Het geeft handvatten voor een goede samenwerking en regelmatig overleg tussen apotheker, arts en een medewerker van de zorgorganisatie.

In de bijlage van deze handreiking vindt u de *Checklist Cliëntgebonden Medicatieproblemen*

Deze checklist bevat de volgende onderwerpen:

- Is er sprake van zelfzorgmedicatie?
- Gebruikt de cliënt medicatie volgens voorschrift?

- Is er sprake van bijwerkingen?
- Is de cliënt de afgelopen periode gevallen?
- Is de cliënt tevreden met de huidige medicatie?
- Zijn er problemen met gebruik of beheer van de medicatie?

Richtlijn 'Overdracht medicatiegegevens in de keten'

Doel van deze richtlijn is het voorkomen van fouten bij overdracht van medicatiegegevens en de cliëntveiligheid te vergroten. Hij is van toepassing op elke situatie waarin medicatie wordt voorgeschreven, gewijzigd of gestopt, ter hand wordt gesteld of door professionals wordt toegediend.

Handreiking Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft een handreiking geschreven over de specifieke rol van verzorgenden en verpleegkundigen bij de overdracht van medicatiegegevens.

Casuïstiek

Onderstaande verhalen komen van zorgorganisaties die mee hebben gedaan aan het verbetertraject Medicatieveiligheid van Vilans. Per casus geven we aan bij welke stap in het medicatieproces de casus is te gebruiken.

Casus 1 Zelf medicatie beheren? (stap 3)

Veel zorgorganisaties hebben zelf een dergelijk instrument. Zo ook een Woonzorgcentrum in Ede: "Wij willen dat onze cliënten zo lang mogelijk zelfstandig zijn. En daar hoort ook het zelfstandig innemen van medicijnen bij. Maar dat moet wel veilig gebeuren. En de situatie van de cliënt kan veranderen waardoor hij dat opeens niet meer zelf kan. Om dat tijdig te ontdekken hebben we een checklist (bijlage 1) ontwikkeld. Deze gebruiken we twee keer per jaar tijdens een cliëntbespreking. En als we op een ander moment in het jaar twifelen aan de zelfstandigheid van een cliënt op dit gebied gebruiken we de checklist eerder. Met de lijst proberen we er achter te komen of de cliënt weet wat hij slikt, hoeveel en waar het voor dient. Daarbij gaat het er om dat de cliënt dat globaal weet, niet exact. Ook checken we of de cliënt weet wat de gevolgen zijn van het niet innemen van medicatie en of bekend is wat er moet gebeuren als hij zijn medicatie vergeten is. Verder controleren we praktische zaken. Kan een cliënt bijvoorbeeld klokkijken? Niet onbelangrijk als medicatie op een vast tijdstip moet worden ingenomen.

Cliënten zijn bij ons ingedeeld in verschillende categorieën:

Categorie 0: Bewoner die zelfstandig medicijnen bestelt en beheert

Categorie 1: Bewoner die de medicijnen zelf beheert

Categorie 2: Bewoner voor wie de medicijnen worden uitgezet in de weekdoos, maar verder regelt de bewoner het zelf

Categorie 3: Bewoner waarbij de medicijnen uit de weekdoos worden klaargezet

Categorie 4: Bewoner waarbij de medicijnen worden ingegeven

Categorie 5: Bewoner bij wie de medicijnen worden ingegeven, medicijndoos staat achter slot

Met behulp van de checklist beoordelen we de overgang van categorie 3 naar 4 (zie bijlage 1).

Aan de hand van de uitkomsten van de checklist bespreken we met de cliënt en zijn of haar familie of het verstandiger is dat de verzorgenden de medicatie overnemen of dat de cliënt het best nog even zelf kan.

De checklist is geen garantie voor veilige inname, maar wel een handig hulpmiddel dat signalen geeft dat cliënten hun medicatie op een veilige manier binnen krijgen.

Het is trouwens niet zo dat we bij negatieve score op de checklist de regie meteen uit handen nemen. Er is altijd controle in de vorm van overleg met betrokkenen."

Casus 2 Klantvriendelijke informatie (stap 5)

Een verzorgingshuis in Utrecht vindt het belangrijk dat de medewerkers vragen van cliënten over hun medicijnen goed kunnen beantwoorden. Om hen hierbij te helpen heeft de leidinggevende geregeld dat er op alle bureaubladen van de computers een knop is gezet naar makkelijk toegankelijke informatie. Zij kozen voor de knop naar de site van kiesbeter.nl. Een andere mogelijkheid is een knop naar de website van apotheek.nl, zoek een medicijn.

Sommige medicatie moet, nadat deze van de apotheek is gekomen, op de afdeling voor toediening (inname) gereed gemaakt worden. Men spreekt dan van het Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie.

[einde kader]

Casus 3 Ongestoord werken tijdens het medicijnen aanreiken (stap 5)

Anja werkt op de een afdeling in een verzorgingshuis. Op dit moment heeft ze samen met een nauwelijks ingewerkte leerling verzorgende de zorg voor zestien patiënten, draagt ze de afdelingstelefoon bij zich en staat ze op het punt de medicijnen uit te delen aan haar cliënten. Maar helaas kan ze met haar medicijnkar niet de zaal op, omdat de etenskar er staat en de drankwagen van Timo, die de lunches uitdeelt. Na een half uur zijn de medicijnen uitgedeeld en is Anja 34 keer heen en weer gelopen tussen de medicijnkar, haar patiënten en alle overige werkzaamheden. Dat Anja geen fouten heeft gemaakt is een wonder (vrij naar een casus uit het boek *Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen*).

Medicatiefouten worden vooral gemaakt als degene die ze uitdeelt (aanreikt óf toedient) tijdens de deelronde wordt gestoord. Lees verder in het artikel "[Characteristics of work interruptions during medication administration](#)" (Biron et al).

Casus 4 Storen tijdens het medicijnen delen (stap 5)

"De medewerkers die de medicatie delen hebben de storingen gemeten door te turven, zonder de omgeving van tevoren in te lichten. Daarbij moesten zij ook vermelden wat voor soort storingen het waren. We hadden er geen apart lijstje voor, maar gewoon een papiertje. Het leverde op dat de personen die medicatie deelden er achter kwamen, dat ze zich ook vaak zelf bemoeien met discussies die er gaande zijn met collega's. Dus men laat zichzelf afleiden. De oplossing was een plek te creëren waar men rustig kan werken. Daarnaast werden de omgeving en (para)medici op de hoogte gebracht en verzocht om niet langer te storen als men ziet dat er medicatie gedeeld wordt. Collega's zijn zich nu bewust van de situatie en schieten nu iemand anders aan dan degene die medicatie deelt. We gebruiken ook een hesje. Hierdoor houden bezoekers zich even in tot men klaar is met delen. Vervolgens herhaaldelijk meten levert inzicht op of maatregelen helpen" (hoofd zorg & welzijn, Verpleeghuis in Gelderland).

Casus 5 Gedragscode (stap 6)

Uit het verhaal van Thuiszorg Noord West Twente blijkt dat een gedragscode kan bijdragen aan een veilige meldcultuur (in het boekje [Slik geen medicatiefouten](#)).

“Na het uitvoeren van de eerste meting bleek dat er niet of nauwelijks meldingen waren in het MIC-systeem. Daaruit bleek dat we ons moesten richten op de verandering van gedrag. Er gingen namelijk echt wel dingen fout, maar blijkbaar werd een melding ervaren als een nederlaag. Ook hadden onze medewerkers het idee dat je elkaar verraadde door een incident te melden. Dat is sinds de gedragscode veranderd. Een fout of bijna-fout maakt immers duidelijk dat iets of iemand niet goed werkt. Dat is een kans op verbetering; het MIC wordt nu meer gezien als verbeterstelsel.”

De uitgangspunten van de gedragscode die het team met elkaar vaststelden:

1. Wij vinden het belangrijk dat fouten en bijna fouten gemeld worden, zodat wij hiervan leren en de zorg nog veiliger wordt.
2. We blijven zoeken naar wegen en middelen waarmee zorgvuldig handelen gewaarborgd kan worden.
3. We spreken elkaar aan op fouten en het belang van melden, op professionele wijze volgens de regels van de feedback.
4. Wij spreken elkaar ook aan op het niet aanspreken van elkaar.
5. Wij nemen verantwoordelijkheid voor onze fouten, bijna-fouten en voor meldingen hiervan.

Casus 6 Dubbele controle (stap 6)

Bij een woongroep voor mensen met een verstandelijke beperking ontdekten ze dat de meest voorkomende fout was dat niet alle medicatie werd verstrekt. Persoonlijk begeleider vertelt: “Tot voor kort kwamen we daar vaak pas achter bij de controle van de avonddienst om 10 uur 's avonds. Die kijkt dan of het vakje van de betreffende dag echt leeg is. Is dat niet het geval dan moet direct contact opgenomen worden met de apotheker met de vraag wat er moet gebeuren. Kan die pil 's avonds nog worden gegeven of moeten we andere maatregelen worden getroffen? Het late tijdstip maakte dat er uiteraard niet makkelijker op.”

Een extra check, nog voordat de cliënten de deur uit zijn naar hun dagbesteding, bleek de simpele maar doeltreffende remedie. Tijdens de koffiepauze om 10 uur 's ochtends kijkt het personeel of het doosje van een collega echt leeg is. Een handeling van een paar minuten. “De ochtendcontrole kost amper tijd en heeft de medewerkers nog bewuster gemaakt van medicatieveiligheid” zegt secretaris van de Raad van Bestuur. “Het bespaart zelfs tijd omdat het invullen van een meldingsformulier heel tijdrovend is. Ook is het een heel gedoe om 's avonds nog te achterhalen wat er moet gebeuren als een pil niet is ingenomen. En dat is uiteraard verplicht.”

Casus 7 Medicatie-incident (stap 6)

Sinds enkele maanden verblijft mevrouw F. op de afdeling psychogeriatric van een verpleeghuis. Mevrouw krijgt een longontsteking. De verpleeghuisarts schrijft antibiotica voor: 3 x daags 500 mg AB. Mevrouw krijgt in de middag de eerste afgesproken dosis en voor het slapen gaan de 2e gift. De nachtdienst (verpleegkundige) schrijft in de overdracht dat mevrouw zich die nacht niet lekker voelde. Hier is niet op gereageerd, immers mevrouw had een longontsteking, logisch dat zij zich niet lekker voelde. Na de 3e gift AB in de ochtend wordt mevrouw gewassen. Tijdens het wassen signaleert de verzorgende dat mevrouw rode uitslag heeft, zich onwel voelt en steeds benauwder wordt. Mevrouw blijkt allergisch voor de voorgeschreven AB, wordt steeds zieker en uiteindelijk volgt een ziekenhuisopname. In het ziekenhuis knapt zij gelukkig snel weer op.

Achtergrondinformatie

Op de eerste pagina van het zorgplan was beschreven dat mevrouw allergisch was voor de betreffende AB. Deze informatie stond tussen diverse andere informatie. Voor toediening van de AB is door de verpleegkundige niet gecheckt of mevrouw allergisch was. Bij de cliënt is niet nagevraagd of zij allergisch

was. De voorgeschreven medicatie is niet besproken met de partner van mevrouw. Hij was wel op de hoogte geweest van de allergie. Ook in het medisch dossier stond vermeld dat mevrouw allergisch was. De voorschrijvend arts heeft dit blijkbaar niet gezien. Het signaleringssysteem van de apotheker geeft wel interacties tussen medicatie aan, maar geeft geen signaal bij persoonlijke allergieën.

Reactie na melding in de MIC

Sinds dit incident worden eventuele allergieën van een patiënt op de betreffende pagina in het zorgplan gemarkeerd met een marker.

Casus 8 Extra scholing en controle (stap 7)

Lees het verhaal van Frank "Extra scholing en controle" in het boekje [Slik geen medicatiefouten](#).

Casus 9 Overleg met apotheker (stap 8)

(in het boekje [Slik geen medicatiefouten](#))

Er bleek een grote behoefte te bestaan om periodiek met de plaatselijke apotheker te overleggen. Alle medewerkers die medicatie verstrekken hebben weliswaar een training gekregen –gekoppeld aan een medicatietoets- toch bleken er nog heel wat vragen te bestaan.

"Het gaat dan om zaken waar medewerkers in de dagelijkse praktijk tegenaan lopen," zegt een van de medewerkers. "Zoals: De cliënt krijgt een nieuw medicijn en hoe verhoudt dat zich tot de andere medicijnen. En wat zijn de bijwerkingen? We hebben de apotheker uitgenodigd en iedereen kon zijn vragen kwijt. Zelf wilde ik bijvoorbeeld weten hoe je met vragen over homeopathische middelen en huismiddeltjes moet omgaan." De bijeenkomst had direct aanpassingen tot gevolg. De apotheker gaf bijvoorbeeld aan dat een ander tijdstip van innemen geen probleem was. Dan hoefde de medicatie niet mee naar de dagbesteding."

Casus 10 Verantwoordelijkheid voorgeschreven medicatie (stap 9)

"Neem bijvoorbeeld een cliënt die moeite heeft met het slikken van veel pillen. Dan kun je bekijken of de dosis één keer ingenomen kan worden in plaats van verdeeld over een aantal keer op de dag. Rekening houden met voorkeuren van cliënten bevordert het juist innemen van de voorgeschreven medicatie."

De apotheker is daarbij verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg en controleert de medicatie, toedieningsvorm en dosering. De huisarts is verantwoordelijk voor een goed voorschrijfbeleid. De medewerker van de zorginstelling brengt tijdens die gesprekken de cliëntgebonden medicatieproblemen in na overleg met de cliënt(vertegenwoordiger)." [Marijke Wigboldus op de Zorg voor Beter website](#).

Vindplaats

In deze vindplaats vindt u:

- Actuele kennis
- Richtlijnen
- Relevante websites

Actuele kennis

Onbedoelde schade: Nivel Emgo (2007)

Rapport van onderzoek naar de omvang, aard, ernst en vermijdbaarheid van medicatie-incidenten met schade voor de patiënt (adverse events) in Nederlandse ziekenhuizen. Met veel cijfers.

Geëxtrapoleerd naar landelijk niveau waren er tussen de 1482 en 2032 potentieel vermijdbare sterfgevallen in Nederlandse ziekenhuizen in 2004.

Harm rapport (2006)

Onderzoek naar de omvang van de frequentie van geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames in Nederland Daarnaast richtte het HARM-onderzoek zich op de kosten van potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames en op het identificeren van risicofactoren voor dergelijke opnames.

Patiëntveiligheidskaart NPCF

Een patiëntveiligheidskaart is een handreiking voor zowel patiënten als zorgverleners om samen nog alerter te zijn op patiëntveiligheid.

Met patiëntveiligheidskaarten voor verschillende situaties met medicatie aan patiënten.

Rapport IGZ:

Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende (2011)

In 2011 publiceerde de IGZ dit kritische rapport over de medicatieveiligheid in verpleeg- en verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. Zij heeft hiervoor veel organisaties bezocht (thematisch toezicht)

Factsheet Medicatieveiligheid

Voorbeelden van succesvolle resultaten van verbetertrajecten medicatieveiligheid.

Slik geen medicatiefouten, Vilans (2009)

Inspirerende ervaringen van organisaties in de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende geestelijke gezondheidszorg die navolging verdienen. Eenvoudige verbeteringen kunnen een groot effect hebben op de medicatieveiligheid. Dat blijkt uit de praktijkverhalen in dit boek.

Zicht op medicatie, Vilans (2011)

Optimale medicatieverstrekking aan zorgvragers die vijf of meer verschillende medicijnen chronisch gebruiken.

Businesscase Medicatieveiligheid, Vilans

Naast de kwaliteit van zorg voor de cliënten moeten directies van zorgorganisaties steeds meer aandacht hebben voor de financiële kanten van de zorgverlening. Deze business case vormt een zakelijke rechtvaardiging van investering in medicatieveiligheid. Uitgangspunt hierbij zijn de resultaten uit de eerste drie rondes van het Zorg voor Beter traject Medicatieveiligheid.

Keuzewijzer medicijndozen

Een website met een overzicht van verschillende producten om te bepalen welk model het beste bij de cliënt past.

Boek: Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen

Auteur: Karien den Ridder, Yvonne Tuitert, Yvonne van der Tuijn, Annelies van Bon - ISBN: 9789035232112 - 1e druk 2010

Dit boek biedt de basiskennis over patiëntveiligheid voor (leerling)verpleegkundigen en andere zorgprofessionals die betrokken zijn bij de directe patiëntenzorg. Zo is er aandacht voor het melden van incidenten, de rol van de patiënt, het belang van communicatie en het werken met apparatuur. Daarnaast wordt er gekeken naar de invloed van omgevingsfactoren en de specifieke problemen van de belangrijkste disciplines binnen de zorg. Geschikt als studieboek voor mbo- en hbo-verpleegkundigen, maar ook als handleiding voor de dagelijkse praktijk.

Boek: Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid

J.M.A. de Bekker, drs. A.M. Eliens, drs. J.H. de Haan, drs. L.M.T. Schouten, drs. M.E. Wigboldus - Verpleegkunde Modulair 32 - ISBN: 978-90-5740-071-1 - 5de druk, 2009

In hoofdstuk 6 staat informatie over Medicatieveiligheid, de Zorg voor Beter verbetertraject. Met cijfers en voorbeelden. Bedoeld voor HBO studenten.

Richtlijnen

Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Handreiking voor het management. Arcares, KNMP, 2004.

Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. VGN mei 2006 (wordt in 2011 herzien).

Richtlijn overdracht medicatiegegevens in de keten (2011).

De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten heeft als basis: op elk moment van voorschrijven is er een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. De richtlijn is uitgewerkt in bijbehorende handreikingen.

Spoorboekje voor medicatieoverdracht (2009)

NAN-richtlijn 2: Farmaceutische zorg en dienstverlening. KNMP/WINAp 2007

Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VVT, 2010

Handreiking: Complexe ouderenzorg in het verzorgingshuis en thuis, LHV, NHG, NVVA en KNMP 2009

LESA medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis, NHG, KNMP en WINAp 2009

LESA Actueel Medicatieoverzicht in de eerste lijn (2010)

Landelijke instructie VTGM (Voor toediening gereedmaken) van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN 2008

Farmaceutische zorg in verpleeghuizen, KNMP, NVVA, NVVz en NVZA 1998.

Richtlijn toediening van medicatie in verpleeghuis-, woon- en thuiszorg. Werkgroep Infectie Preventie (WIP), 2004, revisie 2009.

Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen: naar een beter medicatiebeleid (in ontwikkeling), NHG.

Relevante websites

Vilans

Het onafhankelijk kenniscentrum voor de langdurende zorg.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM)

Te downloaden:

- Handreiking Beoordeling Eigen beheer van Medicatie in verzorgingshuizen, 2009
- Handreiking Geautomatiseerd geneesmiddeldistributiesysteem zorginstellingen, 2011
- Handreiking Malen voor zorginstellingen, 2011
- Handreiking Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk, 2011
- Handreiking Periodieke medicatiebeoordeling verpleeghuizen, 2009
- Handreiking Periodieke medicatiebeoordeling verzorgingshuizen, 2009
- Handreiking Verbetermethodiek medicatieveiligheid zorginstellingen, 2009
- Medicatieveiligheid achter de voordeur, module, 2010
- Overdracht van medicatiegegevens in de thuiszorg, werkboek, 2010
- Periodieke medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen; planning, werkboek, 2010
- Periodieke medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen; uitvoering, werkboek, 2010

Medicatieoverdracht

Op deze website staan veel praktijkvoorbeelden over hoe organisaties bezig zijn met het invoeren van de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'.

Mijn zorg veilig

Is de website waar zorgverleners en zorgorganisaties patiëntveiligheidskaarten kunnen vinden of zelf samen kunnen stellen.

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Vilans is het onafhankelijke kenniscentrum voor werkers en organisaties die langdurige zorg bieden. Wij ontwikkelen met hen vernieuwende praktijkgerichte kennis. Samen verbeteren we de kwaliteit van leven voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.

Vilans richt zich met haar kennis en handelen primair op werkers en organisaties. Het verbeteren van de kwaliteit van leven voor cliënten die langdurende zorg nodig hebben is onze inspiratiebron. Onze inzet is dat mensen die langdurig zorg nodig hebben zelf hun leven richting en inhoud kunnen geven wat betreft gezondheid, relaties, werk en onderwijs, materiële omstandigheden - zoals inkomen, wonen -en zingeving. Daarbij is het belangrijk dat de samenleving en het gevoerde beleid de eigen regie ondersteunen.

De meerwaarde voor de praktijk is de maatstaf voor de toegevoegde waarde van Vilans. Wij vervullen een maatschappelijke functie en kiezen daarom nadrukkelijk een onafhankelijke positie. Onze kenniscolleges en relatienetwerken zijn openbaar en algemeen toegankelijk.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen als vragen over werkvormen of instrumenten. Neem voor meer informatie contact op met de Vilans Infolijn, e-mail info@vilans.nl, telefoon (030) 789 25 25 of kijk op www.vilans.nl.

Op zoek naar gastdocenten?

Binnen Vilans werken we al jaren op dit thema. We hebben vele organisaties begeleid bij het onderwerp medicatieveiligheid en we verzorgen regelmatig conferenties en workshops voor verschillende doelgroepen op dit thema.

We kunnen u als docent ondersteunen. Bijvoorbeeld door:

- Het geven van een gastles
- Het geven van een workshop
- Het organiseren van een minisymposium

Nodig eens een verzorgende of begeleider (een oud-leerling) uit van een zorgorganisatie, die werkt aan medicatieveiligheid.

Scorelijst indeling medicatiecategorie code 3 naar code 4

Zorg

| | | | |
|----------------|--|--------------|--|
| Naam: | | Appartement: | |
| Geboortedatum: | | | |
| Datum: | | | |

| | JA/ NEE | TOELICHTING |
|--|---------|-------------|
| 1. De bewoner weet globaal waar zijn/haar medicijnen voor dienen. (verplicht ja) | | |
| 2. De bewoner weet hoe hij/zij de medicijnen moet innemen. (verplicht ja) | | |
| 3. De bewoner weet het aantal medicijnen dat hij/zij per deelmoment inneemt. (verplicht ja) | | |
| 4. De bewoner kent de tijdstippen van innemen. (verplicht ja) | | |
| 5. De bewoner kan klokkijken, tijd benoemen en lezen. (verplicht ja) | | |
| De bewoner kent de belangrijkste bijwerkingen van de medicijnen. | | |
| De bewoner is op de hoogte van de gevolgen van het niet innemen van medicijnen. | | |
| De bewoner weet wat hij/zij moet doen als hij/zij vergeten is de medicijnen in te nemen. | | |

| Scoringsvoorschrift: | Totaalscore: |
|---|--------------|
| <p>De eerste 5 vragen verplicht met 'ja' .</p> <p>Overige vragen zijn niet verplicht om met 'ja' in te vullen.</p> <p>Bij 5 of minder 'ja'-scores, zorgplan opstellen voor de duur van een week waarin vermeld wordt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De bewoner belt de verzorging als hij/zij de medicijnen inneemt of gaat innemen. 2. De bewoner wordt een half uur na klaarzetten gecontroleerd op inname. | |