

Patricia van Engelen & Marleen Tiekens

Projectverslag: Medicatieveiligheid



Onderdeel van Kwaliteit van Zorg 3 (KWZ3)

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

September '12

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van:

Mw. Theelen

Afdelingsmanager
afdeling Krommenhoek
Mariaoord
Vliertwijksestraat 369
5244 NJ Rosmalen
M.Theelen@vivent.nl

De studentonderzoekers en auteurs:

Patricia van Engelen

463642
PW.van.Engelen@han.nl

Marleen Tieken

467767
MC.Tieken@han.nl

Dit kwaliteitsproject is ondersteund door de **Hogeschool van Arnhem en Nijmegen**,
opleiding HBO Verpleegkunde.
Kapittelweg 33
6525 EN Nijmegen

Onder supervisie van:

Dhr. Ruck

Docent verpleegkunde/docentbegeleider
Joop.Ruck@han.nl

Examinator:

Dhr. Govers

Hans.Govers@han.nl

Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Geachte lezer,

Voor u ligt het verslag van het kwaliteitsproject 'Medicatieveiligheid'. De uitvoering van dit project is onderdeel van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Wij, Patricia van Engelen en Marleen Tieken, hebben van februari tot oktober 2012 aan dit project gewerkt en zijn trots op het resultaat.

Als onderzoekers hebben wij zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd en hebben de bijbehorende vaardigheden toegepast. Voorbeelden van deze vaardigheden zijn: het opzetten van een observatie- en vragenlijst, het werken met WORD en SPSS en tenslotte het verwerken en analyseren van de onderzoeksgegevens.

De teammanager en tevens opdrachtgever Marja Theelen, van de afdeling Krommenhoek binnen Mariaoord, was van mening dat de medicatieveiligheid op de afdeling kon worden verbeterd. Volgens haar werd er door de verzorgenden niet altijd volgens protocol gewerkt. Onderzoek zou uit moeten wijzen of dit inderdaad het geval was.

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: Op welke wijze kan de medicatieveiligheid op de afdeling Krommenhoek te Vivent Mariaoord worden verbeterd? Omdat op de afdeling Krommenhoek geen HBO-Verpleegkundigen werken, die kwaliteitsonderzoek kunnen uitvoeren, heeft de teammanager haar vraagstelling bij de HAN neergelegd.

Bij de opzet van het projectplan zijn verschillende personen betrokken geweest die ons begeleid en ondersteund hebben. Wij willen Marja Theelen, de docentbegeleider Joop Ruck, en alle medewerkers van de afdeling Krommenhoek bedanken voor hun begeleiding, informatie en verkregen feedback.

Leeswijzer:

Dit onderzoeksverslag bestaat uit vijf hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk wordt het theoretisch kader toegelicht. In paragraaf 1 t/m 4 worden verschillende begrippen uitgelegd, namelijk het kwaliteitssysteem, patiënt- en medicatieveiligheid, relevante wetten en de zorginstelling Vivent. Binnen deze bovengenoemde paragrafen vindt u sub-paragrafen die zorgen voor verdieping en verheldering van de begrippen. Om de hoofdvraag te beantwoorden is het onderzoek toegespitst op drie deelvragen.

In het tweede hoofdstuk, dat u kunt vinden vanaf pagina 16, zal de onderzoeksmethode per deelvraag worden toegelicht. In paragraaf 2.1 wordt de eerste deelvraag behandeld: Wat gaat er mis op de afdeling ten aanzien van medicatie bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen? Deze vraag wordt onderzocht aan de hand van een mixed design. In paragraaf 2.2 wordt de tweede deelvraag behandeld: Waardoor ontstaan de medicatie (bijna-) incidenten? Deze vraag wordt onderzocht aan de hand van een kwalitatief beschreven onderzoek. Beide onderzoeken bestaan uit: een onderzoeksdesign, onderzoeksobjecten, methode van data verzameling en tot slot de verwerking en analyse van de gegevens. Als laatste wordt in de paragraaf 2.3 ingegaan op de manier waarop er naar literatuur is gezocht. Met behulp van de gevonden literatuur wordt deelvraag 3 beantwoord: Wat kan er gedaan worden om de medicatie (bijna-) incidenten te voorkomen?

In het derde hoofdstuk (vanaf pagina 26) worden alle resultaten van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek aan u gepresenteerd.

In het vierde hoofdstuk staat de conclusie van de onderzoeken. De onderzoekers hebben aanbevelingen geschreven aan de hand van de literatuur. In dit hoofdstuk kunt u lezen of de hoofdvraag beantwoord is.

Het verslag wordt afgesloten met de discussie in hoofdstuk 5 (vanaf pagina 47). Hierin vindt u een kritische beschouwing van het gehele onderzoek.

De literatuurlijst en bijlagen kunt u vinden vanaf pagina 49.

Wij hopen dat dit kwaliteitsverslag een bijdrage kan leveren aan de medicatieveiligheid op de afdeling Krommenhoek te Mariaoord in Rosmalen.

Patricia van Engelen & Marleen Tienen
September 2012

Samenvatting

Achtergrond: Het kwaliteitsproject 'Medicatieveiligheid' is gestart in opdracht van de teammanager van de somatische afdeling 'de Krommenhoek' binnen de zorginstelling Mariaoord. Het teammanagement van Vivent Mariaoord merkt, onder andere op de afdeling Krommenhoek, dat niet door alle verzorgenden volgens protocol gewerkt wordt. Men denkt dat het aantal medicatiefouten gemeld via MIC-meldingen hoger is dan nodig. Dit kan men echter niet hardmaken omdat het MIC-meldingssysteem niet optimaal werkt binnen de instelling. Het management wil een overzicht van wat misgaat op de afdeling rondom het bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie zodat deze punten kunnen worden verbeterd.

Doel: Aan het eind van dit project zijn er aanbevelingen opgesteld voor het team op de afdeling Krommenhoek, Mariaoord om incidenten rondom het bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie te verminderen.

Methode: Om de doelstelling te kunnen bereiken wordt antwoord gegeven op de volgende subvragen:

1. Wat gaat er mis op de afdeling ten aanzien van: medicatie bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen?

2. Waardoor ontstaan de medicatie (bijna-) incidenten?

3. Wat kan er gedaan worden om de medicatie (bijna-) incidenten te voorkomen?

Subvraag 1 is beantwoord middels een mixed design. Om de benodigde gegevens te verkrijgen zijn de werknemers binnen de afdeling Krommenhoek participierend geobserveerd middels voor de afdeling ontwikkelde observatielijsten. Subvraag 2 is kwalitatief onderzocht. Om de gegevens te verkrijgen is gebruik gemaakt van gestructureerde, open vragenlijsten. Subvraag 3 wordt beantwoord op basis van de gegevens verkregen middels subvraag 1 en 2, met onderbouwing van gegevens uit de literatuur.

Resultaten: De gegevens verkregen uit de observatielijsten zijn geanalyseerd middels het programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). De gegevens die verkregen zijn uit de geretourneerde vragenlijsten zijn volledig uitgetypt in een tabel via WORD en geanalyseerd op basis van de frequentie en overeenstemming van bepaalde uitspraken.

Conclusie: In het hoofdstuk 'Conclusie' wordt middels de drie subvragen antwoord gegeven op de hoofdvraag. De subvragen zijn onderverdeeld in vier thema's; medicatie bewaken & bewaren, uitzetten, klaarzetten & aanreiken en medicatie toedienen. Per thema wordt eerst subvraag 1 beantwoordt, vervolgens subvraag 2 en ten slotte subvraag 3 waar aanbevelingen worden beschreven ten aanzien van de medicatieveiligheid voor de afdeling Krommenhoek. Ook wordt duidelijk dat de doelstelling van dit project behaald is.

Discussie: In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de uitvoering van het gehele onderzoek en de onderzoeksresultaten. De kritische kanttekeningen worden per deelvraag beschreven.

Inhoud

Voorwoord	p.3
Leeswijzer	p.3
Samenvatting	p.5
Inhoud	p.6
Inleiding	p.8
 Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	 p.10
§1 Kwaliteitssysteem	p.10
§1.1 Kwaliteitsmodel	p.10
§1.2 Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) – model en certificering	p.10
§2 Patiënt- en medicatieveiligheid	p.10
§2.1 Projecten: Zorg voor Beter	p.11
§2.2 Melding Incidenten Cliënten (=MIC) –meldingssysteem	p.12
§2.3 Medicatie incidenten	p.12
§2.4 Vóórkomen medicatie incidenten	p.12
§3 Wetten	p.13
§3.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)	p.13
§3.2 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)	p.13
§3.3 Besluit verzorgende Individuele Gezondheidszorg	p.13
§3.4 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wet WGBO)	p.14
§4 Zorginstelling Vivent	p.14
§4.1 Vivent	p.14
§4.2 Mariaoord afdeling Krommenhoek	p.14
§4.3 Team	p.14
§4.4 Medicatie-uitszetsysteem Mariaoord	p.15
 Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	 p.16
§2.1 Deelvraag 1: Kwantitatief onderzoek	p.16
§2.1.1 Onderzoeksdesign	p.16
§2.1.2 Onderzoeksubjecten	p.16
§2.1.2.1 Doelpopulatie	p.16
§2.1.2.2 Studiepopulatie	p.16
§2.1.2.3 Inclusiecriteria	p.16
§2.1.2.4 Steekproef	p.17
§2.1.3 Methode van dataverzameling	p.17
§2.1.3.1 Meetinstrument: kwantitatief onderzoek	p.17
§2.1.3.2 Procedure	p.18
§2.1.4 Verwerken en analyseren van de gegevens	p.19
§2.1.4.1 Verwerking	p.19
§2.1.4.2 Analyse	p.19
§2.2 Deelvraag 2: Kwalitatief onderzoek	p.20
§2.2.1 Onderzoeksdesign	p.20
§2.2.2 Onderzoeksubjecten	p.20
§2.2.2.1 Doelpopulatie	p.20
§2.2.2.2 Studiepopulatie	p.20
§2.2.2.3 Inclusiecriteria	p.20

§2.2.2.4 Steekproef	p.20
§2.2.3 Methode van dataverzameling	p.20
§2.2.3.1 Vragenlijst: kwalitatief onderzoek	p.20
§2.2.3.2 Procedure verzenden vragenlijsten	p.24
§2.2.3.3 Procedure retour vragenlijsten	p.24
§2.2.4 Verwerken en analyseren van de gegevens	p.25
§2.2.4.1 Verwerking	p.25
§2.2.4.2 Analyse	p.25
§2.3 Deelvraag 3	p.25
§2.3.1 Procedure	p.25
Hoofdstuk 3: Resultaten	p.26
§3.1 Deelvraag 1	p.26
§3.2 Deelvraag 2	p.30
§3.3 Deelvraag 3	p.32
Hoofdstuk 4: Conclusie	p.33
§4.1 Conclusie	p.33
§Plan van aanpak: implementeren aanbevelingen	p.45
§4.2 Conclusie doelstelling	p.46
Hoofdstuk 5: Discussie	p.47
§5.1 Discussie	p.47
§5.2 Kritische kanttekeningen	p.47
Literatuurlijst	p.49
Bijlagen	p.51
1a. Observatielijst	p.51
b. Afspraken observatielijst	p.53
c. Labels variabelen observatielijst	p.53
2a.Vragenlijst (verkleind weergegeven)	p.54
b. Tabel cijfermatige onderbouwing vragenlijst	p.55
c. Proefmeting vragenlijst	p.56
3a.Bekendmaking teamvergadering	p.57
b. Introductiebrief voor teampost	p.58
c. Poster retourneren vragenlijst	p.59
4a. Losse opmerkingen observatoren	p.60
b. Frequentietabellen per observatiepunt (deelvraag 1)	p.61
c. Gecodeerde antwoorden bij vragenlijst	p.65
5. Voor-, tegenstanders en twijfelaars	p.72
6. Algemeen schema gedragsverandering	p.73
7. Literatuur, zoekgeschiedenis	p.75
8. Kruistabellen	p.77

Inleiding

“ ’s Ochtends acht uur, het is nog rustig in de eetzaal. Mevrouw Jansen heeft onrustig geslapen. Voor haar ziet ze een bakje met twee pilletjes staan. Zoals elke morgen neemt ze deze trouw met een slok water in. Na verloop van tijd komt meneer de Vries de kamer in, vrolijk voortgeduwd door de zuster. Vriendelijk groet ze mevrouw Jansen en volgt met de onschuldige vraag: ‘Bent u vandaag een stoeltje opgeschoven...?!’,

Binnen Nederland is de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) van kracht. De KWZ verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2010).

Om de KWZ te controleren houdt de Inspectie van Volksgezondheid (IGZ) onder andere toezicht op het goed en veilig toepassen van geneesmiddelen bij een ziekte of aandoening om de medicatieveiligheid in beeld te brengen en te bewaken. Wanneer een geneesmiddel veilig is en dit wordt op een veilige manier toegepast spreek je van medicatieveiligheid (IGZ, 2010). In het landelijke rapport van de Inspectie van Volksgezondheid kwam naar voren dat bij driekwart van de verpleeghuizen de medicatieveiligheid niet gewaarborgd is. Belangrijke thema's/onderwerpen waar verbetering op te behalen was zijn: medicatieoverzicht, medicatiebewaring, uitzetten/toedienen en kwaliteitszorg (IGZ, 2010).

In de studie over medicatieveiligheid genaamd HARM (Hospital Admissions Related to Medication, 2006) kwam naar voren dat in Nederland 5,6 procent van alle acute opnames in ziekenhuizen te maken heeft met geneesmiddelen. Van deze opnames is 46 procent potentieel vermijdbaar. Vooral bij ouderen en gehandicapten die thuiszorg krijgen, of zorg binnen een instelling, blijken een grote kans te hebben op een ziekenhuisopname die te maken heeft met geneesmiddelen gebruik (Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006).

Om binnen een instelling aan de KWZ te voldoen dient men zich te houden aan vier kwaliteitseisen: voldoen aan de norm verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het maken van een jaarverslag en het opzetten van een kwaliteitssysteem (IGZ, 2010).

De organisatie Vivent maakt gebruik van een kwaliteitssysteem. Vivent biedt thuis-, kraam- en ouderenzorg, in verschillende gemeenten in Brabant. In een kwaliteitssysteem staat precies beschreven op welke wijze de kwaliteit wordt bewaakt en verbeterd in de instelling. Essentieel aan kwaliteitssystemen is dat ze systematisch en cyclisch worden toegepast en verankerd zijn in de structuur van de organisatie. Dit wordt bewerkstelligd door een model. Zij bieden managers en kwaliteitsfunctionarissen houvast bij het bewaken van kwaliteit.

Er bestaan verschillende kwaliteitsmodellen. Door volgens een kwaliteitsmodel te werken, ontwikkel je een kwaliteitssysteem (Kedzierski, J. & Vlemmix, M.C., 2001, p.38 & 52). Vivent werkt sinds 2008 met het Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)-model. Doordat Vivent volgens de eisen van het HKZ-model werkt zijn zij in het bezit van een HKZ-keurmerk. Met dit keurmerk toont Vivent aan een transparante organisatie te zijn, waar de zorg voldoet aan alle kwaliteitseisen die de Stichting HKZ stelt.

Een onderdeel van het kwaliteitssysteem binnen Vivent is het Melding Incidenten Cliënten (=MIC)- meldingssysteem. Alle verpleeg- en verzorgingshuizen maken op dit moment gebruik van het digitale MIC-meldingssysteem. Door de incidenten te melden en te bestuderen wordt inzichtelijk gemaakt waar welke incidenten veelvuldig voorkomen. Vervolgens wordt bekeken of/ hoe deze incidenten in het vervolg vermeden kunnen worden. Hierdoor zal het aantal incidenten dalen en de kwaliteit van zorg toenemen. Veel voorkomende incidenten hebben betrekking op medicatie. Medicatieincidenten zijn fouten die ontstaan door handelen of het nalaten van handelen door medewerkers waardoor schade kan worden toegebracht aan een cliënt (ZonMw, 2012).

Binnen een instelling staan verpleegkundigen en verzorgenden de patiënt dagelijks bij. Voor

verpleegkundigen en verzorgenden is de Wet op Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing. De WGBO gaat over specifieke patiëntenrechten, zoals het recht op informatie. Voor verpleegkundigen is de Wet op de Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van kracht. In de wet BIG staat de beroepsuitoefening centraal. Het doel van de wet is de kwaliteit van beroepsuitoefening te bewaken, te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door de beroepsbeoefenaar (ten Have, E., 2006). Verzorgenden vallen niet onder de wet BIG. Zij hebben geen bevoegdheid om voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. In het 'Besluit verzorgende Individuele Gezondheidszorg' staat het deskundigheidsgebied van verzorgenden omschreven (VWS, 1999).

Het teammanagement van Vivent Mariaoord merkt, onder andere op de afdeling Krommenhoek, dat niet door alle verzorgenden volgens protocol gewerkt wordt. Zorginstelling Mariaoord is een verpleeghuis dat valt onder de organisatie *Vivent*. Sinds Mariaoord onder Vivent valt wordt er gewerkt met een nieuw meldsysteem, genaamd ONS. In Mariaoord wonen mensen die - als gevolg van ziekte - verzorging, verpleging, paramedische en/of medische begeleiding nodig hebben, die hun thuis en in het ziekenhuis of verzorgingshuis niet gegeven kan worden. Op de meting van 2010 scoorde Mariaoord gemiddeld op de vraag: 'Worden er wel eens fouten gemaakt met medicijnen van cliënten?' (gebaseerd op 107 metingen) ten aanzien van het landelijke gemiddelde (kiesbeter, 2010). Toch denkt het management dat het aantal MIC-meldingen hoger is dan nodig. Dit kunnen zij echter niet bewijzen omdat het MIC-meldingssysteem niet optimaal werkt binnen de instelling. Het management wil een overzicht van wat misgaat op de afdeling rondom het bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie zodat deze punten kunnen worden verbeterd. Twee studentverpleegkundigen zijn het kwaliteitsproject genaamd *Medicatieveiligheid* gestart op de somatische afdeling *Krommenhoek, Mariaoord te Rosmalen*.

Op de afdeling Krommenhoek wonen 30 ouderen. Zij krijgen dagelijks medicatie van de verzorgenden. Het belang voor de verpleegkundigen is de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de cliënt te waarborgen door aanbevelingen op te stellen voor de afdeling Krommenhoek om (bijna) incidenten zoveel mogelijk te voorkomen. De volgende vraag- en doelstelling zijn opgesteld.

Vraagstelling

Op welke wijze kan de medicatieveiligheid op de afdeling Krommenhoek te Vivent, Mariaoord worden verbeterd?

Deelvragen:

1. Wat gaat er mis op de afdeling ten aanzien van medicatie bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen?
2. Waardoor ontstaan de medicatie (bijna-) incidenten?
3. Wat kan er gedaan worden om de medicatie (bijna-) incidenten te voorkomen?

Doelstelling

Aan het eind van dit project zijn er aanbevelingen opgesteld voor het team op de afdeling Krommenhoek, Mariaoord om incidenten rondom het bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie te verminderen.

In de inleiding zijn een aantal onderwerpen naar voren gekomen die in dit hoofdstuk verder worden uitgewerkt. In paragraaf 1 wordt uitgewerkt wat een kwaliteitssysteem is en hoe dit systeem vormgegeven wordt binnen de organisatie Vivent. Paragraaf 2 gaat over het werken met medicatie in de zorg. Er wordt informatie gegeven over medicatie- en patiëntveiligheid, het project: Zorg voor Beter, het voorkomen en melden van medicatieincidenten en medicatieuitzetsystemen. In paragraaf 3 staan de wetten centraal die van toepassing zijn op de kwaliteitszorg binnen zorginstellingen. Tenslotte wordt in paragraaf 4 informatie gegeven over de instelling waar dit onderzoek plaats heeft gevonden.

§1 Kwaliteitssysteem

Mariaoord maakt gebruik van een kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem is een stelsel van vastgelegde eisen, regels en procedures, dat als doel heeft te waarborgen dat een product of dienst aan de gestelde eisen voldoet en blijft voldoen (Kedzierski, J.& Vlemmix, M.C., 2001, p.38). Indien binnen een beroepsgroep structuren bestaan om de volgende vier onderdelen in onderlinge samenhang te laten functioneren kan van een kwaliteitssysteem worden gesproken: beroepsprofiel, opleiding, na- bijscholingsactiviteiten; stelsel normen en richtlijnen, registratie verleende zorg; systematische kwaliteitsbewaking en bevordering o.a. intercollegiale toetsing/ onderlinge visitaties; en externe verantwoording (bijv. kwaliteit jaarverslag) (Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., & Verheggen, F., 2005, p. 29). Essentieel aan kwaliteitssystemen is dat deze systematisch en cyclisch worden toegepast en verankerd zijn in de structuur van de organisatie. Dit wordt bewerkstelligd door een kwaliteitsmodel (Kedzierski, J.& Vlemmix, M.C., 2001, p.55).

§1.1 Kwaliteitsmodel

Een kwaliteitsmodel is een vereenvoudigde weergave van de organisatie en de processen van de zorgverlening. Deze bieden managers en kwaliteitsfunctionarissen houvast bij het bewaken en het bevorderen van kwaliteit (Kedzierski, J.& Vlemmix, M.C., 2001, p.55). Er bestaan verschillende kwaliteitsmodellen die verschillende vormen kunnen aannemen. In ieder geval bevat een model een aantal aspecten van de organisatie en/of de zorgverlening en wordt aangegeven op welke manier deze aspecten met elkaar samenhangen. Veel modellen bevatten daarnaast ook normen die aangeven waaraan de verschillende aspecten moeten voldoen (Hollands et al, 2005, blz.116). Binnen Vivent wordt gewerkt met het HKZ-model.

Het HKZ-model is speciaal voor de zorgsector opgesteld. Kwaliteitsmodellen zorgen voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit (Hollands et al., 2005, p.116).

§1.2 Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) - model en certificering

HKZ is een stichting die zorgt voor duurzame kwaliteitsverbetering in de zorg: onafhankelijk en betrouwbaar. Een organisatie is HKZ-gekwalificeerd wanneer zij voldoet aan de normen die de stichting HKZ stelt. Stichting HKZ stelt kwaliteits- en veiligheidsnormen op voor ruim 30 branches in Zorg en Welzijn. Voorbeelden zijn apotheken, verpleeghuizen en Geestelijke Gezondheidszorg (HKZ, z.d.). Het uitgangspunt in dit model is dat de klant centraal staat en dat de instelling moet laten zien dat zij voortdurend aan verbetering werkt (HKZ, z.d.). Volgens de normen van het HKZ-model moeten de onderstaande rubrieken verwerkt zijn in het kwaliteitssysteem: ten eerste de intake/indicatie, ten tweede de uitvoering, ten derde de evaluatie /nazorg daarop volgend het beleid en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en tot slot documenten (Kedzierski, J. & Vlemmix, M.C., 2001, p. 66).

§2 Patiënt- en medicatieveiligheid

Medicatieveiligheid valt onder het begrip Patiëntveiligheid. Er bestaan verschillende definities van patiëntveiligheid. Het Centraal Begeleiding Orgaan (CBO) hanteert de definitie:

“Patiëntveiligheid is het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk en/of psychisch) ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem”(CBO, 2009). Het IGZ definieert het als volgt: “Patiëntveiligheid betekent dat de patiënt geen kans loopt om onbedoeld schade op te lopen wanneer hij zorg krijgt in, of door, een zorginstelling”(IGZ, 2010). Volgens de World Health Organisation (WHO) is de definitie: Patiëntveiligheid is het ontbreken van te voorkomen kwaad bij een patiënt tijdens het proces in de gezondheidszorg. Kortom het voorkomen van fouten en nadelige effecten voor een patiënt (WHO, World Health Organization, 2012).

Tijdens dit onderzoek zal de definitie van het CBO gehanteerd worden. Hierin wordt gesproken over hulpverleners die niet volgens de professionele standaard handelen. Wanneer het om medicatieveiligheid gaat is er een geneesmiddel bij betrokken. Er zijn strenge eisen voor de veiligheid. De inspectie houdt toezicht op de veiligheid van het geneesmiddel en op de veilige toepassing ervan: de medicatieveiligheid (IGZ, 2010).

§2.1 Projecten: Zorg voor Beter

Patiënten/cliënten moeten ervan uit kunnen gaan dat de zorg die geleverd wordt veilig is. Binnen de gehele gezondheidszorg worden veiligheidsprogramma's in gang gezet om het aantal (bijna) incidenten terug te dringen (Rijksoverheid, 2012).

Ziekenhuizen werken met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) om vermijdbare schade te voorkomen. Binnen de GGZ wordt nu gewerkt met het programma 'Veilige zorg, ieders zorg'. Door gebruik te maken van dit programma wordt gewerkt aan de invoering van een VMS in de langdurige GGZ. Binnen verpleeghuizen lopen de verbeteringen via het project 'Zorg voor beter' (Rijksoverheid, 2012).

In het project 'Zorg voor Beter' werken zorgverleners samen aan een kwalitatief betere, efficiënte en duurzame zorg met tevreden cliënten (Rijksoverheid, 2012). Er lopen verschillende projecten via Zorg voor Beter. Een aantal van deze projecten zijn gebruikt bij het opstellen van de aanbevelingen bij dit kwaliteitsproject 'Medicatieveiligheid'.

De volgende projecten beogen het aantal medicatieincidenten terug te dringen:

In de handleiding 'Lesbrief medicijnverstrekking door verzorgenden in verpleeghuizen' (Zorg voor Beter, 2012) wordt een opzet voor een klinische les voor verzorgenden in verpleeghuizen aangedragen. De klinische les levert een bijdrage aan het op peil houden van de bekwaamheid van de verzorgenden zodat minder kans bestaat op medicatieincidenten. Daarnaast heeft Zorg voor Beter de landelijke instructie 'Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) medicatie' geïmplementeerd. De verwachting is dat deze landelijke instructies voor het (voor toediening) gereedmaken van medicatie bijdraagt aan het verminderen van de meest voorkomende medicatiefouten bij VTGM in verpleeg- en verzorgingshuizen en daarmee mogelijke (blijvende) schade aan de patiënt voorkomt (Zorg voor Beter, 2012). Het artikel 'Characteristics of work interruptions during medication administration' stelt dat verpleegkundigen vaak gestoord werden tijdens de medicatieadministratie. Volgens het artikel zouden de verpleegkundigen minder afgeleid moeten worden om de medicatieadministratie zo veilig mogelijk te laten verlopen (Alain, D., Bailon, N., Lavoie-Tremblay, M. & Loiselle, C., 2009). Om afleiding zoveel mogelijk te voorkomen zijn er een aantal Niet-Storen-hesjes gemaakt. Een fluorescerend veiligheidshesje met daarop de tekst 'Niet storen s.v.p.'. Volgens het artikel van Zorg voor Beter is dit een duidelijk voorbeeld van hoe eenvoudige verbeteringen een groot effect kunnen hebben op de medicatieveiligheid (Zorg voor Beter, 2012).

Internationaal is weinig onderzoek te vinden dat gericht is op het verbeteren van de medicatieveiligheid in verpleeghuizen. Er bestaan wel een aantal internationale artikelen die beschrijven wat oorzaken voor de vermijdbare medicatieincidenten zijn. Zoals in het artikel van Barber et al. staat beschreven dat o.a. de hoge werkdruk, tekort aan medicijnkennis, afleiding tijdens medicatieronde, inefficiënt medicatiesysteem, gebrek aan teamwork en geen actuele medicijnlijsten risicofactoren zijn voor onnodige fouten (Barber et al., 2009).

§2.2 Melding Incidenten Cliënten (=MIC) –meldingssysteem

Een onderdeel van het kwaliteitssysteem, binnen Vivent, is het digitale MIC-meldingssysteem. Alle verpleeg- en verzorgingshuizen maken op dit moment gebruik van het digitale MIC-meldingssysteem (genaamd 'ONS' bij Vivent). Door de incidenten te melden en te bestuderen wordt inzichtelijk gemaakt waar de incidenten veelvuldig voorkomen. Van hieruit wordt bekeken of deze incidenten in het vervolg vermeden kunnen worden. Door een dergelijk systeem zal het aantal incidenten dalen en de kwaliteit van zorg toenemen. Veel voorkomende incidenten hebben betrekking op medicatie (ZonMw, 2012).

§2.3 Medicatieincidenten

Medicatieincidenten zijn fouten die ontstaan door handelen of het nalaten van handelen door medewerkers waardoor schade kan worden toegebracht aan een cliënt (ZonMw, 2012). De IGZ beschrijft een medicatieincident als: "Elke fout in het proces van voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen ongeacht of hierbij schade is opgetreden" (Zorg voor Beter, 2012). "Incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt hebben geleid, hadden kunnen leiden of (nog) zouden kunnen gaan leiden". (NIVEL, 2008, p. 9)

Tijdens dit kwaliteitsproject 'Medicatieveiligheid' zal gebruik gemaakt worden van de definitie van het NIVEL omdat er sprake kan zijn van (bijna-) incidenten waarbij mogelijk nog geen schade toegebracht is aan de cliënt.

§2.4 Voorkomen medicatieincidenten

Medicatieincidenten kunnen voorkomen in verschillende aspecten van de zorg: medicatieoverdracht, medicatieopdracht, medicatieoverzicht, beschikbaarheid, bekwaamheid & bijscholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten, medicatiebewaking, bewaring, uitzetten, toedienen (IGZ, 2010). Doordat met name in de laatste vier aspecten van zorg veel risico is op incidenten (IGZ, 2010) was het project, in overleg met de opdrachtgever, gericht op de laatste vier aspecten van de hiervoor genoemde opsomming. Om te beginnen bestaat het beheer en bewaken van medicijnen uit het bestellen en het veilig opbergen ervan (Vilans, 2010, p.3). Een risicoaspect van medicatiebewaking is dat de medicatie door de (persoonlijk) begeleiders gemalen wordt zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts (IGZ, 2010).

Eveneens kent medicatie bewaren een aantal risico aspecten. Er is onvoldoende aandacht voor de vervaldatum van de medicatie, door onzorgvuldige opslag kan de identiteit en de kwaliteit van een geneesmiddel onbetrouwbaar zijn. Daarnaast kunnen geneesmiddelen toegankelijk zijn voor 'onbevoegden' (IGZ, 2010).

De betekenis van toereiken volgens het Vilans protocol is: 'reikt de medicijnen aan als de cliënt niet in staat is om zelf de medicijnen te pakken. De verzorgende betreft de cliënt bij de handeling'. *Toedienen* van medicijnen door verzorgenden gebeurt wanneer de cliënt niet zelf de verantwoordelijkheid kan dragen voor de inname, aanbrengen of inbrengen volgens voorschrift. Voor de verzorgende dient altijd controleerbaar te zijn welke medicijnen worden toegediend (Vilans, 2010, p.1 & 2). Het toedienen van medicatie brengt verschillende risicoaspecten met zich mee. Om te beginnen kan een cliënt foute medicatie toegediend krijgen omdat er niet door ten minste twee bevoegde en bekwame personen is gecontroleerd of de medicatie overeenkomt met de deellijst. Daarnaast kan er verwisseling van medicatie plaatsvinden omdat er niet tot op het moment van toedienen identificeerbaar is welk geneesmiddel het betreft en/of omdat niet gecontroleerd wordt of het geneesmiddel aan de juiste persoon wordt toegediend. Er kunnen fouten optreden wanneer verzorgenden gestoord worden tijdens het toedienen. Dit wordt bevestigd in het artikel: *'Characteristics of work interruptions during medication administration'* uit *Journal of nursing scholarship* (2009), 330-336 m. Tot slot kan er onduidelijkheid bestaan of een geneesmiddel daadwerkelijk verstrekt/toegediend is (IGZ, 2010).

Met het *uitzetten* van medicatie wordt bedoeld: meerdere medicijnen voor meerdere momenten op een dag of in een week klaarzetten (Vilans, 2010, p.2). Medicatie uitzetten

neemt twee risicoaspecten met zich mee. Zo kan het zijn dat het geneesmiddel na het moment van uitzetten niet meer identificeerbaar is. Ook kunnen er fouten worden gemaakt wanneer verzorgenden op-naam-gestelde geneesmiddelen uitzetten (IGZ, 2010). Om medicatie uit te zetten kan er op een afdeling gebruik gemaakt worden van een uitzetsysteem.

§3 Wetten

In deze paragraaf staan de wetten beschreven die genoemd zijn in de inleiding en dus bij dit kwaliteitsproject van toepassing waren. In paragraaf 1 staat een wet beschreven die van toepassing is op de zorginstelling en in paragraaf 3.2 en 3.3 staan twee wetten beschreven die van toepassing zijn op verpleegkundigen en verzorgenden.

§3.1 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)

De KWZ, die zich richt op alle zorginstellingen waarbij sprake is van een organisatorisch verband, bestaat vanaf 1 april 1996. Deze wet, die ook op Vivent Mariaoord van toepassing is, bestaat uit vier globaal geformuleerde eisen. Om te beginnen dient de zorgaanbieder verantwoorde zorg aan te bieden. Ten tweede moet de organisatie van de instelling zodanig zijn dat deze leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. Ten derde dient de instelling de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren; Tot slot dient de instelling verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar jaarverslag (Hollands et al., 2005, p.75).

Voor alle zorginstellingen die onder de kwaliteitswet vallen is het verplicht een kwaliteitsjaarverslag te maken en deze te versturen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In het jaarverslag wordt beschreven hoe de zorg naar doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid verbeterd, verankerd en verantwoord wordt (Hollands et al., 2005, p.75-77).

Volgens de wet moet een zorginstelling verantwoorde zorg leveren. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Op grond van deze wet zijn zorginstellingen verplicht calamiteiten en seksueel misbruik waarbij een cliënt of een zorgverlener van de instelling is betrokken, bij de inspectie te melden (IGZ, 2010). "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997): zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht en afgestemd op de reële behoeften van de patiënt" (Hollands et al., 2005, p.77).

§3.2 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

Deze wet moet de kwaliteit van de zorg bevorderen die beroepsbeoefenaren leveren. De bedoeling van deze wet is tevens het beschermen van patiënten en/of cliënten tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners (Hollands et al., 2005, p.77). Verschillende beroepsbeoefenaren waaronder verpleegkundigen zijn verplicht zich te registreren in het BIG-register.

Alleen zorgverleners die in het register staan mogen een beschermde titel voeren zoals die in de wet staat genoemd (Hollands et al., 2005, p.77-78).

De inspectie houdt toezicht op de opleidingsverplichting die medische beroepsbeoefenaren hebben om hun vak kennis op peil te houden. Daarnaast controleert de inspectie de naleving van artikel 40 uit de Wet BIG. Daarin staat onder andere dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen (IGZ, 2010).

§3.3 Besluit verzorgende Individuele Gezondheidszorg

Verzorgenden mogen handelingen verrichten op het gebied van verzorging, verpleging, observatie en begeleiding in verzorgingssituaties en niet-complexe behandelings- en verpleegsituaties. Daarbij mogen zij handelingen verrichten in opdracht van een andere

beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg (indien bekwaam). In de praktijk betekent dit dat de verzorgenden in staat is te werken volgens standaardprocedures. Deskundigheid wordt bepaald door de opleiding en de opleidingseisen binnen een wettelijk vastgelegd deskundigheidsgebied. Een zorgverlener mag alleen handelen als hij/zij bekwaam is. Bekwaamheid hangt af van de persoonlijke beoordeling van de beroepsbeoefenaar, complexiteit van de situatie en de zorgsetting. (Borst-Eilers, E., 1999)

§3.4 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wet WGBO)

“Deze wet heeft als doel: de rechtspositie van de patiënt te verduidelijken en te versterken. In de wet wordt ook rekening gehouden met de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor zijn handelen. Het gaat hierbij vooral om: het recht op informatie, inclusief het recht op inzage; het toestemmingsvereiste; het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer; de rechten van minderjarigen; de centrale aansprakelijkheid van instellingen”(Kedzierski, J., Vlemmix, M.C., 2001, p.32). Ten Have vermeldt dat de WGBO specifiek gaat over patiëntenrechten. In de wet staat de relatie tussen hulpverlener en patiënt centraal. Onder hulpverlener wordt verstaan, de natuurlijke of rechtspersoon die een behandelingsovereenkomst met de patiënt aangaat(ten Have, E.C.M., 2006, p.215).

§4 Zorginstelling Vivent

In deze paragraaf komt achtereenvolgens de instelling, de afdeling, het team en het medicatieuitsysteem van de afdeling aan bod.

§4.1 Vivent

Vivent is een zorgorganisatie die zich richt op mensen die thuiszorg, kraamzorg en ouderenzorg wensen binnen de gemeenten Boxtel, Haaren, 's-Hertogenbosch, Schijndel, Sint-Michielsgestel, Vught en Vlijmen (Vivent, 2010).

Vivent wil de persoonlijke zorgverlener voor ouderen zijn, met een kwalitatief goed zorgaanbod dat aansluit op hun wensen. De organisatie biedt eveneens zorg aan mensen die vanwege specifieke beperkingen behoefte hebben aan speciale behandeling, verpleging en verzorging. Vivent ontwikkelt en levert persoonlijke zorg op maat en werkt zo efficiënt mogelijk. Vivent noemt zichzelf integer, ondernemend, anticiperend en actiegericht en kwalitatief kundig. De cliënt voert de eindregie, zowel binnen- als buitenshuis (Vivent, 2010).

§4.2 Mariaoord afdeling Krommenhoek

Mariaoord is onderdeel van de zorgorganisatie Vivent. Dit verpleeghuis is gelegen in een bosrijke omgeving te Rosmalen. Deze instelling heeft zich ontwikkeld tot een centrumvoorziening voor complexe en intensieve zorg en reactivering voor mensen met een lichamelijke handicap of dementie. Het huis kent vele verpleegafdelingen (Vivent, 2010).

Mariaoord is in het bezit van het HKZ-certificaat en maakt dus gebruik van het HKZ-model dat voldoet aan de eisen van de stichting HKZ. Daarbij wordt er gebruik gemaakt van het digitale MIC- meldingssysteem, genaamd ONS (Vivent, 2010).

Binnen Mariaoord is afdeling Krommenhoek een somatische afdeling voor 30 ouderen. Op de afdeling werken verzorgenden (niveau 3), helpenden (niveau 2), en leerlingen verzorgenden/helpende.

§4.3 Team

In de inleiding wordt gesproken over het team van de afdeling Krommenhoek, Mariaoord. Met het team wordt bedoeld; de verzorgenden en leerling verzorgenden die de medicatie bewaken, bewaren, uitzetten en toedienen.

De (leerling-) verzorgenden moeten volgens de wet BIG bevoegd en bekwaam zijn om te werken met medicijnen. De (leerling-) verzorgenden werken volgens de Vivent protocollen uit Vilans.

§4.4 Medicatieuitsysteem Mariaoord

Een zorginstelling kan verschillende uitzetmogelijkheden voor medicatie hanteren. Een instelling kan ervoor kiezen om medicatie handmatig uit te laten zetten of om gebruik te maken van een Baxtersysteem. Op de afdeling Krommenhoek wordt gebruik gemaakt van een Baxstersysteem. Een zogenaamde baxtermachine zorgt ervoor dat de benodigde geneesmiddelen per individu en per inname-tijdstip worden verpakt in een zakje. Het kan ook zo zijn dat ieder geneesmiddel in een apart zakje zit. Op alle zakjes worden persoonsnaam, dag, tijdstip en een omschrijving van het uiterlijk van het geneesmiddel vermeld (Akkermans, J., Korte-Verhoef, R. & Wigboldus, M., 2009, p.32-33).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de methode van onderzoek. Achtereenvolgens komen aan bod: het onderzoeksdesign, de methode van dataverzameling, de meetinstrumenten, de steekproef en de dataverwerking en - analyse. Binnen dit project is sprake van drie vraagstellingen. Deze zullen na elkaar besproken worden als deelvraag 1, deelvraag 2 en deelvraag 3. Bij het beantwoorden van Deelvraag 1 wordt gebruik gemaakt van een mixed design. Deelvraag 2 wordt beantwoord middels kwalitatief onderzoek. Deelvraag 3 wordt beantwoord door de verkregen gegevens van deelvraag 1 en 2 te koppelen aan de literatuur. Als onderzoeksdesign is dus gekozen voor een mixed-design, dat wil zeggen een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

§2.1 Deelvraag 1: Kwantitatief onderzoek

De eerste vraag die centraal stond tijdens het project is: 'Wat gaat er mis op de afdeling ten aanzien van medicatie bewaken, bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen?'.

§2.1.1 Onderzoeksdesign

Voor het beantwoorden van subvraag 1 is gebruik gemaakt van een mixed design. Ten eerste heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. De onderzoekers zouden middels de MIC-meldingen analyseren wat misgaat op de afdeling Krommenhoek ten aanzien van medicatieveiligheid. Er is een groot aantal meldingen verloren gegaan, waardoor er geen betrouwbare cijfers bekend waren over wat precies misging rondom de medicatievertrekking.

De onderzoekers hebben als vervolg kwantitatief onderzoek gedaan op de afdeling om toch gegevens te verzamelen over wat misgaat op de afdeling. In overleg met de opdrachtgever werd onderzocht in welke mate het protocol wordt opgevolgd door de verzorgenden.

Hiervoor is een gestructureerde observatielijst opgesteld (Bijlage 2a: vragenlijst, p. 55) aan de hand van thema's die volgens het IGZ een groot risico hebben op medicatieincidenten (landelijk rapport inspectie van volksgezondheidszorg, 2010). De thema's die betrekking hadden op verzorgenden waren: bewaken, beheren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie. Deze thema's zijn aangehouden bij het opstellen van de observatielijst.

De onderzoekers hebben alle gegevens op één moment verzameld. Hierdoor is de variabele 'tijd' in dit onderzoek niet van belang. Wanneer het bij een onderzoek gaat om een momentopname, noem je dit een transversaal onderzoek (Dassen, T.W. & Keuning, F.M., 2008, p.61).

§2.1.2 Onderzoeksubjecten

§2.1.2.1 Doelpopulatie

De doelpopulatie van dit onderzoek bestond uit alle verzorgenden (niveau 3), leerling verzorgenden (niveau 3) en leerling verpleegkundigen (niveau 4 en 5), die bevoegd waren om medicatie te delen en werkzaam waren op somatische afdelingen binnen verpleeghuis Mariaoord, Vivent.

§2.1.2.2 Studiepopulatie

De studiepulatie bestond uit het verzorgend personeel op de afdeling Krommenhoek binnen Mariaoord. Onder verzorgend personeel wordt verstaan: de leerlingen (verzorgenden/verpleegkundigen), verzorgenden en flexmedewerkers (verzorgenden), die medicatie delen op de afdeling Krommenhoek

§2.1.2.3 Inclusiecriteria

- Bevoegd om medicatie te delen; Leerlingen zijn officieel niet bevoegd om medicatie te delen. Wanneer leerlingen de theorie- en praktijktoets hebben behaald mogen zij

- medicatie delen.
- Minimaal één maand werkzaam op de afdeling, dus volledig ingewerkt.
- Alleen flexmedewerkers uit de vaste poule van de afdeling.

§2.1.2.4 Steekproef

Tijdens dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een gelegenheidssteekproef. De onderzoekers hebben tijdens 4 ochtend-/middagdiensten en 4 avonddiensten de observaties (zie §2.1.3.1 *Meetinstrument: kwantitatief onderzoek*) gedaan. De onderzoekers hebben de werknemers geobserveerd die op dat moment dienst hadden. De 3 onderzochte categorieën medewerkers, leerlingen, flexmedewerkers, en verzorgenden, verschillen veel van elkaar. Zoveel dat daarmee de variatiemogelijkheden goed gedekt zijn. Dit noemt je maximum variantie binnen gerichte steekproeven uit een heterogene onderzoekspopulatie (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.101). Er werd getracht uit iedere groep (leerlingen, vaste-, en flexmedewerkers) een even groot percentage werknemers te observeren. Omdat gebruik gemaakt is van een gelegenheidssteekproef zijn de observaties niet volledig evenredig met het aantal medewerkers in de drie groepen.

Door de onderzoekers werden verricht:

- 7 observaties uit een groep van 10 flexmedewerkers (70%)
- 12 observaties bij een groep van 7 leerlingen (171%)
- 18 observaties bij een groep van 20 verzorgenden (90%)

Een aantal werknemers is meerdere malen geobserveerd tijdens verschillende diensten.

§2.1.3 Methode van dataverzameling

In deze paragraaf staat beschreven van welk meetinstrument gebruik is gemaakt om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Tevens komt de gevolgde procedure aan bod.

§2.1.3.1 Meetinstrument: kwantitatief onderzoek.

Tijdens het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een observatielijst (zie bijlage 1a, Observatielijst, p.52) De observatielijst zou opgesteld worden aan de hand van de MIC-meldingen binnen Mariaoord. Omdat Mariaoord onderdeel is geworden van Vivent is men overgegaan op een nieuw MIC-meldingsstelsel. Dit nieuwe stelsel was aanvankelijk niet digitaal waardoor de meldingen met de hand geschreven en verwerkt moesten worden. Er is een groot aantal meldingen verloren gegaan, waardoor er geen betrouwbare cijfers bekend waren over wat precies misging rondom de medicatievertrekking.

De onderzoekers hebben gezocht naar wat landelijk bekend was over veel voorkomende medicatieincidenten. In een rapport van de IGZ kwamen een aantal thema's naar voren met groot risico op medicatieincidenten (landelijk rapport inspectie van volksgezondheidszorg, 2010). De thema's die betrekking hadden op verzorgenden waren: bewaken, beheren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie. Deze thema's zijn aangehouden bij het opstellen van de observatielijst.

De thema's zijn uitgediept aan de hand van de aanwezige Viventprotocollen gebaseerd op Vilans. Als voorwaarde werd gesteld dat deze protocollen direct betrekking hadden op medicatie en dat de beschreven handelingen door verzorgenden werden verricht. Protocollen die niet aan deze voorwaarde voldeden zijn uitgesloten. De observatiepunten zijn letterlijk vanuit het protocol in de observatielijst geplaatst. Het gehele medicatieproces waar verzorgenden aan deelnemen werd op deze manier in kaart gebracht.

Het meetinstrument voldeed aan de vijf volgende eisen die gesteld kunnen worden aan een meetinstrument bij kwaliteitstoetsing (Hollands et al, 2005, p. 29).

Ten eerste was de observatielijst vrij van systematische fouten. Dit is gewaarborgd omdat de observatielijst is opgesteld aan de hand van de protocollen van Vilans. Dit zorgde voor inhoudsvaliditeit. De teammanager (expert) en een verzorgende, die niet werkzaam was binnen Mariaoord, hebben de observatielijst beoordeeld. Dit brengt expertvaliditeit met zich mee. Daarnaast is de observatielijst beoordeeld en van feedback voorzien door verpleegkundigen in opleiding. Alle feedback is kritisch bekeken en toegepast in de

observatielijst.

Ten tweede is de betrouwbaarheid, ofwel in hoeverre de meting vrij is van toevallige fouten, van het meetinstrument bekeken aan de hand van de nauwkeurigheid. Onder nauwkeurigheid wordt in dit geval de herhaalbaarheid en reproduceerbaarheid bedoeld (Hollands et al., 2005, p. 29). De onderzoekers zijn dit nagegaan door een tweede keer een object te meten met hetzelfde meetinstrument. De uitkomsten waren hetzelfde. De subjectiviteit van de onderzoekers kon zorgen voor toevallige fouten. Dit is voorkomen doordat beide onderzoekers eenzelfde object hebben geobserveerd en de metingen hebben vergeleken. Een aantal observatiepunten werden door beide onderzoekers anders bekeken. De verschillen tussen de metingen zijn besproken en hier zijn afspraken over gemaakt (bijlage 1.b, Afspraken observatielijst p. 53). Op deze manier is beoogd de verschillen tussen de metingen zo gering mogelijk te maken.

Er is gebruik gemaakt van gestructureerde, gesloten antwoordcategorieën in de observatielijst. De betrouwbaarheid wordt hierdoor bevorderd (Hollands et al. p.29). Door een proefmeting te verrichten bij verzorgenden op een vergelijkbare afdeling zou de betrouwbaarheid extra gewaarborgd kunnen worden (Hollands et al. p.33). Dit was echter niet mogelijk in verband met de tijd en planning.

Als derde punt kan de observatielijst verbetering en verslechtering laten zien door de verschillende antwoordmogelijkheden.

Ten vierde is de observatielijst praktisch toepasbaar gemaakt. De observatielijst is gemakkelijk te hanteren doordat de observatiepunten duidelijk beschreven staan en de observatielijst slechts drie pagina's omvat. De onderwerpen zijn in thema's onderverdeeld zodat deze snel terug te vinden zijn. De volgorde van thema's is chronologisch opgesteld, dit betekent dat er rekening is gehouden met de dagelijkse werkwijze.

Tot slot is de observatielijst acceptabel voor de betrokkenen. Het doel van de observatie is bekendgemaakt in de teamvergadering (Bijlage 3a, p. 57) en in een introductiebrief voor in de teamkamer (bijlage 3b, p.58). Met vertrouwelijke uitkomsten van het onderzoek wordt zorgvuldig omgegaan. In de verwerking worden de gegevens geanonimiseerd.

§2.1.3.2 Procedure

De observatielijsten zijn gebruikt tijdens onverhulde, systematische observatie. Voor het kwantitatieve onderzoek is gekozen voor observaties omdat hiermee zorgvuldig en aandachtig gedragingen waargenomen kunnen worden waarin de onderzoekers geïnteresseerd zijn. Dat is (zoveel mogelijk) gebeurd zonder inbreuk te doen op de gedragingen en activiteiten van de onderzochten (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.94). Wanneer de onderzoekers iets zagen gebeuren wat schade aan kon brengen bij de cliënt, werd wel ingegrepen.

Er is gebruik gemaakt van een niet-participerende vorm van observatie. Bij participerende vorm bestaat de kans dat de onderzoeker zich gaat identificeren met het te onderzoeken object waardoor vertekening kan ontstaan.

De gegevens zijn verzameld middels onverhulde observatie. Om onduidelijkheid en onrust te voorkomen werden de medewerkers op de hoogte gesteld van de aanwezigheid van de onderzoekers. Bovendien hebben de onderzoekers gemeld wie zij gingen observeren. De specifieke observatiepunten zijn niet benoemd om sociaal gewenst gedrag tegen te gaan. Ook hebben de onderzoekers tijdens de observatiemomenten de medewerkers ondersteund bij de basiszorg zodat een ontspannen sfeer ontstond. De onderzoekers hebben niet geparticipeerd in het medicatieproces.

Daarnaast is er gestructureerd geobserveerd. Dit betekent dat van tevoren precies is vastgelegd welke punten geobserveerd worden (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.94). Door deze structuur waren de gegevens eenvoudig te verwerken.

De observaties zijn gedaan tijdens 4 ochtend-/middagdiensten (7:00-13:30 uur), en 4 avonddiensten (14:30-21:00 uur). In week 14 is aan de hand van de planning bepaald welke diensten de onderzoekers zouden observeren, zodanig dat er een maximum aan variatie

van verzorgenden binnen de observatietijd zou zijn. Beide onderzoekers gaven voor aanvang van een dienst aan wie zij zouden observeren. Aan de observanten is gevraagd al hun handelen ten aanzien van het medicatieproces toe te lichten.

§2.1.4 Verwerken en analyseren van de gegevens

§2.1.4.1 Verwerking

Voor de verwerking van de gegevens werden alle observatielijsten op volgorde van afname genummerd. De observatiepunten die nooit waren voorgevallen in de observatieperiode werden uitgesloten uit de lijst waardoor er een nieuwe nummering ontstond (Bijlage 1, observatielijst (met nieuwe nummering), p.51). Er is een SPSS-bestand opgesteld met alle observatielijsten en de daarbij mogelijke variabelen.

Dit bestand zag er als volgt uit. De nummers, die de observatielijsten gekregen hebben, werden uitgezet op de verticale as. Op de horizontale as werden de variabelen (observatoren, soort dienst, soort werknemer, observatiepunt één tot en met 42) genoteerd. Hoe deze variabelen gelabeld zijn is terug te vinden in bijlage 1b op pagina 53.

Alle verkregen gegevens van de observatielijsten zijn door de onderzoekers ingevoerd in SPSS 17.0. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gewaarborgd doordat de onderzoekers de observatielijsten invoerden die zij zelf niet hadden geobserveerd. Dit betekende dat de ene onderzoeker zestien en de andere onderzoeker 20 observatielijsten heeft ingevoerd. De ingevoerde data werden nogmaals door de andere onderzoeker gecontroleerd op correctheid en volledigheid. In deze controle zijn geen verkeerd ingevoerde data gesignaleerd.

Voor de presentatie van de resultaten is gekozen voor twee series tabellen, namelijk kruistabellen en frequentietabellen. Deze tabellen geven de resultaten weer in frequentie en percentage.

De eerste serie bestond uit 42 kruistabellen. In deze tabellen ontstond een duidelijk overzicht per observatiepunt hoe de uitvoering was, per dienst en/of functie (zie bijlage Kruistabellen, p. 78)

De tweede serie van 42 tabellen bestond uit frequentietabellen, in deze tabellen ontstond per observatiepunt een algemeen beeld hoe de uitvoering was geweest (zie bijlage 4b: Frequentietabellen per observatiepunt, p.61).

Voor de onderbouwing van de vragenlijst (van deelvraag 2) is gebruik gemaakt van de frequentietabellen. Uit deze frequentietabellen werd een lijst opgesteld met de meest niet correct uitgevoerde observatiepunten (zie bijlage 2b, p. 55). Er kon vertekening optreden omdat sommige observatiepunten minder waren waargenomen, deze werden gemarkeerd. Er werd een vraag opgesteld indien het observatiepunt hoog op deze lijst verscheen en de oorzaak van het incorrect uitvoeren onbekend was bij de onderzoekers. Voor verdere onderbouwing van de vragenlijst zie 'Onderbouwing vragenlijst' §2.2.3.

§2.1.4.1 Analyse

De frequentie- en kruistabellen werden door de onderzoekers geanalyseerd.

De ene onderzoeker analyseerde de observatiepunten 1 tot 25, de andere onderzoeker analyseerde de observatiepunten 25 tot en met 42. De betrouwbaarheid werd gewaarborgd doordat beide onderzoekers de uitkomst van de geanalyseerde observatiepunten samen door spraken. Hierdoor ontstond overeenstemming en eenduidigheid over de interpretatie van de cijfers.

De omschrijving van de resultaten werd als volgt uitgevoerd. In de resultaten werd eerst het algemene antwoord gegeven op hoe vaak een observatiepunt mis ging. Vervolgens werd er gekeken of dit in grotere mate voorkwam bij een bepaalde functie of dienst. Wanneer dit

het geval was werden deze bevindingen omschreven. Wanneer er geen verschil was binnen de dienst of per functie werd hier geen melding van gemaakt. De resultaten werden eenduidig beschreven, dit is terug te lezen in hoofdstuk 3 (zie hoofdstuk resultaten §3.1 deelonderzoek 1). Met deze resultaten hebben de onderzoekers antwoord gegeven op subvraag 1, wat gaat er mis op de afdeling ten aanzien van: medicatie bewaken en bewaren, uitzetten, klaarzetten, aanreiken en toedienen (zie paragraaf 4 conclusie).

§2.2 Deelvraag 2: Kwalitatief onderzoek

Na deelvraag 1 wilden de onderzoekers graag de oorzaak achterhalen van het niet werken volgens protocol. De tweede vraag die centraal stond tijdens dit project was: *‘Waardoor ontstaan de medicatie (bijna) incidenten?’*

§2.2.1 Onderzoeksdesign

De tweede subvraag werd kwalitatief, beschrijvend onderzocht. De nadruk lag bij deze vraag op het exploreren, begrijpen en inzicht geven in waarom verzorgenden wel of niet handelen volgens protocol (Migchelbrink, F., 2006-2009, p.34-35). Het was een beschrijvend onderzoek omdat de onderzoekers verklaringen van de verzorgenden wilden vinden voor de uitkomsten van subvraag 1 (Dassen, T.W. & Keuning, F.M., 2008, p.56).

§2.2.2 Onderzoeksubjecten

§2.2.2.1 Doelpopulatie

De doelpopulatie bij het kwalitatieve onderzoek was dezelfde als bij het kwantitatieve deel, namelijk alle verzorgenden (niveau 3), leerling verzorgenden (niveau 3) en leerling verpleegkundigen (niveau 4 en 5), die bevoegd zijn om medicatie te delen en werkzaam zijn op somatische afdelingen binnen verpleeghuis Mariaoord, Vient,.

§2.2.2.2 Studiepopulatie

De studiepulatie is in het kwalitatieve deel dezelfde als in het kwantitatieve deel, namelijk het verzorgend personeel op de afdeling Krommenhoek binnen Mariaoord. Onder verzorgend personeel werd verstaan: de leerlingen (verzorgenden/verpleegkundigen), verzorgenden en de flexmedewerkers (verzorgenden) die medicatie delen.

§2.2.2.3 Inclusiecriteria

Voor dit kwalitatieve onderzoek werden voor het verzorgend personeel dezelfde inclusiecriteria gehanteerd als bij het kwantitatieve onderzoek.

§2.2.2.4 Steekproef

De onderzoekers wilden inzicht geven in hoe de drie verschillende categorieën medewerkers denken over het werken volgens protocollen. Medewerkers uit drie verschillende functies namen deel aan de steekproef waardoor maximum aan variantie ontstond en er dus sprake was van een heterogene onderzoekspopulatie (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p. 101). Alle werknemers van de afdeling kregen een vragenlijst in hun postvak, die besproken wordt in paragraaf 2.2.3. Er werd dus geen gebruik gemaakt van een steekproef.

§2.2.3 Methode van dataverzameling

In deze paragraaf is een beschrijving gegeven van de methode van dataverzameling. Onder het eerste kopje komt de vragenlijst aan bod. Vervolgens wordt ingegaan op de gevolgde procedure.

§2.2.3.1 Vragenlijst: kwalitatief onderzoek

Voor het kwalitatieve onderzoek werd gebruik gemaakt van een gestructureerde, open vragenlijst om de benodigde gegevens te verzamelen. De gegevens uit de bovengenoemde observatielijsten werden verwerkt en geanalyseerd; op basis hiervan werd de vragenlijst opgesteld.

In het voorgaande kwantitatieve deel was naar voren gekomen welke observatiepunten verkeerd/niet werden uitgevoerd en in welke frequentie dit gebeurde tijdens de observatieperiode. De observatiepunten die weinig/niet zijn geobserveerd werden niet gebruikt voor de vragenlijst. Uit deze tabel werd bepaald welke frequent voorkomende observatiepunten voor verdere verdieping in de enquête moesten terugkomen. Daarbij werden de losse opmerkingen van de observatoren kritisch gesorteerd. Deze werden bekeken en meegenomen in de vragenlijst (zie bijlage 4a, Losse opmerkingen observatoren, p.60) om na te gaan wat de achterliggende gedachten waren van de medewerkers. Onder het kopje '*validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument*' staat vermeld hoe deze vragenlijst een betrouwbaar en valide meetinstrument werd. Onder het kopje '*onderbouwing en verantwoording vragenlijst*' staat de inhoudelijke verantwoording per vraag.

Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit is bevorderd doordat de teammanager van de afdeling Krommenhoek de vragenlijst beoordeeld heeft; dit brengt expertvaliditeit met zich mee. De lijst werd opgesteld aan de hand van de uitkomsten uit een ander valide meetinstrument, namelijk de eerder benoemde observatielijst; dit zorgt voor inhoudsvaliditeit (zie bijlage 2A, vragenlijst (verkleind weergegeven), p.54)

De betrouwbaarheid is gewaarborgd doordat de vragen neutraal zijn geformuleerd. Ook werd door de onderzoekers geen standpunt ingenomen. Bij vraag 9 werd bijvoorbeeld de keus aan de respondent gelaten waarom een handeling wel of niet wordt uitgevoerd.

Door eerst een algemene vraag te stellen (stelling) en deze toe te spitsen door keuze mogelijkheden te geven werden de vragen niet te kort of te lang. Bijv. Zo ja, omdat... Zo nee, omdat... Deze toespitsing werd niet direct achter de vraag gezet om de leesbaarheid te vergroten.

De interesse van de lezer werd behouden door vragen op te stellen die herkenbaar zijn voor de respondenten. Daarbij werd er een duidelijk voorbeeld gegeven en kwamen er verschillende onderwerpen aan bod. Het kostte maximaal 10 minuten om de vragenlijst in te vullen. Door op de voorkant de inleiding en introductie te schrijven met een illustrerend plaatje is de lay-out overzichtelijk. Alle vragen staan aan de binnenzijde waardoor deze bij openslaan in een oogopslag zichtbaar zijn. Er werd gekozen voor een aantrekkelijk, duidelijk en groot lettertype. Al deze bovengenoemde punten maakten het overzichtelijk en aantrekkelijk om te lezen. Het taalgebruik is correct, bekend en begrijpelijk voor de respondent (dit werd getoetst door de vragenlijst voor te leggen aan externe respondenten). In de vragenlijst werd getutoyeerd. Hier is bewust voor gekozen omdat de observatoren door hun werkwijze bekend waren bij de medewerkers van de afdeling en om dit serieuze onderwerp wat persoonlijker te brengen. Binnen de afdeling heerst een sfeer om elkaar te tutoyeren. De spanningscurve van de vragenlijst is goed opgebouwd omdat met praktische vragen wordt gestart en halverwege de wat moeilijkere vragen komen waarbij de respondent een mening moet geven. De onderzoekers verwachtten dat deze vragen moeilijker waren omdat verantwoordelijkheid niet een duidelijk en tastbaar begrip is. De vragen staan per onderwerp bij elkaar, waardoor er een logische volgorde aanwezig is (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.182).

Onderbouwing en verantwoording van de opgestelde vragen

De onderzoekers hebben de verkregen gegevens uit de observatielijst als uitgangspunt genomen. Wanneer onduidelijkheid bestond bij de onderzoekers waarom bepaalde observatiepunten veelvuldig fout werden uitgevoerd werd hierover een vraag opgesteld. Vervolgens hebben de onderzoekers tijdens de observatiedagen aantekeningen gemaakt op de observatielijst. Zij beschreven zaken die opvielen rondom het medicatieproces maar die buiten de observatielijst vielen. Aan de hand van deze aantekeningen zijn ook een aantal vragen opgesteld.

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van drie soorten vragen: feiten-, opinie- en

wensvragen:

-Feitenvraag: de respondent wordt naar de feitelijke situatie gevraagd.

-Opinievrage: de mening van de respondent wordt gevraagd.

-Wensvraag: de respondent wordt gevraagd hoe hij/zij het zou willen zien (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.182).

Hieronder wordt per vraag beschreven waarom de vraag opgesteld is.

Vraag 1: Waarom wordt de deur van de medicijnkamer vaak open gelaten, of bewust open gehouden met een handdoek?

Deze vraag is afgeleid uit de verkregen gegevens uit observatiepunt twee: In 33 van de 37 observaties (89%) werd de medicatiekamer niet op slot gedaan wanneer de verzorgende naar een cliënt ging.

Vraag 1 is opgesteld als feitenvraag omdat de onderzoekers de oorzaak van dit gegeven wilden weten. Gaat het om de mentaliteit van de medewerkers of door tekort schieten van faciliterende middelen? Vraag 1 is een relevante vraag omdat medicijnen afgesloten of in een afsluitbare ruimte dienen te staan, alleen toegankelijk voor bevoegden (Kaljouw, M. et al., 2012, p. 24&32).

Vraag 2: Waarom wordt er gebruik gemaakt van het dienblad om medicatie te delen in plaats van de daarvoor bestemde medicijnkar?

Deze vraag is opgesteld naar aanleiding van de verkregen resultaten uit observatiepunt zes: In 27 van de 36 gevallen (75%) werden de medicijnen niet in blisterzakjes in de medicijnkar gelegd. Vraag 2 is als feitenvraag opgesteld omdat er verschillende gevaren bestaan, wanneer medicatie los op een dienblad ligt en de onderzoekers wilden weten wat de redenen waren om dit te doen. Wanneer medicatie los op een dienblad ligt, is deze mogelijk toegankelijk voor onbevoegden (te lezen bij vraag 1 en de daar benoemde onderbouwing).

Vraag 3: Waar moet de nieuwe medicijnkar aan voldoen zodat het medicijndienblad niet meer nodig is?

Dit is een wensvraag die in het verlengde ligt van vraag twee. Deze vraag werd gesteld om te achterhalen welke voorwaarden (bijv. facilitair) nodig zijn om mogelijke gedragsverandering te bewerkstelligen.

Vraag 4: Wat vind je ervan om doosjes met medicijnen van overleden bewoners te gebruiken als voorraad?

Deze opinievrage kwam voort uit de opmerkingen bij de observatielijst: medicatie van overleden bewoners wordt bewaard als voorraad (zie bijlage 4a, Losse opmerkingen observatoren, p.61).

Geconstateerd werd dat op de drie units op de afdeling behoorlijke voorraden van losse medicatie lag. Doordat er veel medicatievoorraad aanwezig was (voorraad losse medicatie, medicatie van oud bewoners) werd vaak minder gescoord op de observatiepunten 5b: Verzorgende houdt ruimte opgeruimd en observatiepunt 5d: medicatie die niet gebruikt wordt opgeborgen.

Vraag 5: Waar haal jij de tabletten uit het blisterzakje (bijvoorbeeld bij het aanrecht, in de medicijnkamer of bij de cliënt)? En waarom juist daar?

Deze opinievrage kwam voort uit de verkregen resultaten uit observatiepunt 13: Medicijnen zijn controleerbaar voor de cliënt, nog in originele verpakking.

In deze vraag bleken medicijnen in 17 van de 37 gevallen (45,9%) niet meer controleerbaar zijn voor de cliënt omdat deze al uit de originele verpakking zijn gehaald. In acht van de 37 gevallen (21,6%) was er een andere uitvoering waarbij de medicatie uit de verpakking was gehaald maar de medewerkers het blisterzakje los meenamen. Volgens het protocol van Vivent moet de medicatie nog controleerbaar zijn voor de cliënt (VILANS, 2010, p.2-6).

Vraag 6: Vind je dat het rode formulier (met opmerkingen) in de medicijnklapper meerwaarde heeft ten aanzien van de recepten? En waarom?

Deze opinie-vraag is voortgekomen uit de opmerkingen die door de onderzoekers is gemaakt bij de observatielijst (zie bijlage 4a. Losse opmerkingen observatoren, p.61). Op afdeling Krommenhoek wordt een rood formulier bij de medicatie-index toegevoegd waarop opmerkingen met pen worden genoteerd. Zo staat hier bijvoorbeeld beschreven of de medicatie met appelmoes mag worden ingenomen en/of medicatie gemalen dient te worden. De onderzoekers waren van mening dat dit rode formulier geen meerwaarde heeft op de medicatie-index, echter zelfs fouten in de hand kan werken omdat de originele tekst niet meer gelezen wordt. De onderzoekers wilden de opinie van de medewerkers achterhalen over dit formulier.

Vraag 7: Hoe kun je ervoor zorgen dat opiaten en/of insuline dubbel gecontroleerd kunnen worden en opiaten ook dubbel afgetekend kunnen worden (bijv. wanneer je alleen op een unit staat)?

Tijdens de observatiedagen is door de onderzoekers gesignaleerd dat opiaten en insuline niet dubbel gecontroleerd werden. Dit is meerdere malen als opmerking genoteerd. Deze vraag was relevant omdat opiaten krachtige en verslavende middelen zijn, met de kans op de nodige bijwerkingen (van den Brink, et al.2003, p. 625), en insuline in verkeerde dosering dodelijk kan zijn. Voor insuline en opiaten werd de afspraak op de afdeling gemaakt om een dubbele controle uit te voeren. "In het beoordelingskader van de Inspectie van Volksgezondheid (IGZ) staat dat binnen zorgorganisaties duidelijk moet zijn of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is. Dit aftekenen is noodzakelijk om duidelijkheid te creëren, zodat achteraf bepaald kan worden of de cliënt de medicatie heeft gehad." (Hardeman, F., et al., 2011, p. 32). De vraag is als opinie-vraag gesteld omdat de onderzoekers wilden weten wat volgens de medewerkers nodig was om dubbel aftekenen mogelijk te maken.

Vraag 8: Als een collega de medicijnen heeft uitgezet op het dienblad, en afgetekend, zou jij die medicatie dan uitdelen? Waarom wel/niet?

Vraag 9: Als jij de medicatie hebt uitgezet voor een collega, voel jij je dan nog verantwoordelijk of de medicatie is ingenomen? Zo ja, hoe bewaak je dit.. Zo nee, waarom niet...

Vraag negen is omgekeerd gesteld in vergelijking met vraag acht. Beide opinie-vragen zijn interessant om te achterhalen hoe men aankijkt tegen verantwoordelijkheid en het bewaken van de eigen verantwoordelijkheid. "Sinds de invoering van de wet BIG geldt dat iedere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar eigen handelen." (Hardeman, F., et al., 2011, p. 35).

Tijdens de observatiedagen was het meerdere malen opgemerkt door de onderzoekers, dat medicatie door een andere medewerker werd gegeven dan door degene die de medicatie had uitgezet (zie bijlage 4a, Losse opmerkingen observatoren, p.61).

Vraag 10: Zou je graag extra uitleg krijgen over de werking en bijwerkingen van veel gebruikte medicatie op de afdeling?

"De IGZ noemt voldoende deskundigheid en scholing voorwaarden voor medicatieveiligheid. Wie taken uitvoert met betrekking tot medicijnbeleid moet weten welk medicijn gegeven wordt, wat de mogelijke (bij)werkingen zijn, waar op gelet moet worden en wat de situatie van de cliënt is." (Hardeman, F., et al., 2011, p. 56). Deze vraag was een wensvraag voor de medewerkers; als zij hiervoor openstonden zou dat naar voren kunnen komen. Daarbij meldden verpleegkundigen in het artikel "Baxteren: minder fouten met het geautomatiseerd geneesmiddeldistributiesysteem?" dat hun kennis over medicatie achteruitgaat als zij de medicijnen niet meer zelf uitzetten" de Korte-Verhoef, R. et al., 2009, p. 32-33).

Vraag 11: Als een bewoner zijn medicijnen heeft geweigerd, wat schrijf je dan in de rapportage? Als de cliënt de medicijnen weigert of niet kan inslikken, dan moet de reden door de verzorgende op de deellijst en in het zorgdossier worden geschreven. Rapporteer het bovendien aan de leidinggevende en/of de arts (Kaljouw, M. et al, 2012, p.22).

Vraag 12: Wat doe je als er minder opiaten in het doosje zitten dan het aantal dat op het formulier staat?

Tijdens de observatieperiode was deze situatie voorgevallen. Deze vraag was gekoppeld aan de vraag zeven (zie voor uitleg vraag 7). Daarbij is deze vraag opgesteld omdat er een meldsysteem is (op Mariaoord genaamd ONS) om deze (bijna)fouten in kaart te brengen en o.a. de medicatieveiligheid te vergroten. "Een instelling of afdeling kan het beste systeemfouten opsporen om die te verbeteren. Dan kun je er samen voor zorgen dat (bijna) fouten in de toekomst minder voorkomen. Daarvoor is het wel belangrijk dat binnen de afdeling openheid is over (bijna)fouten en dat een fout jou als verzorgende niet persoonlijk aangerekend wordt." (Kaljouw, M. et al, 2012, p. 7-8). In deze vraag kon naast het verantwoordelijkheidsgevoel van medewerkers ten aanzien van opiaten worden nagegaan of medewerkers het meldingssysteem als oplossing zagen.

De conceptvragenlijst werd beoordeeld door medestudenten, een verzorgende uit de doelgroep maar werkzaam buiten Mariaoord en door drie MBO geschoolde personen niet werkzaam binnen de zorg. De feedback is verwerkt in de vragenlijst en is terug te lezen in bijlage 2d, op pagina 56.

§2.2.3.2 Procedure verzenden vragenlijsten

Om bekendheid aan de vragenlijsten te geven was er in de teamvergadering verteld wat het belang van de vragenlijsten was, waar en wanneer deze zouden worden uitgedeeld en ingeleverd konden worden. Op de eerste dag van de observaties werd er een poster opgehangen met daarin alle informatie over het onderzoek (zie bijlage 3b, p.58). Tijdens de observatiemomenten was daarbij door de observatoren aan verschillende medewerkers mondeling toegelicht wat het doel was van het onderzoek en wat het belang van de (toen nog komende) vragenlijst was. Aan het eind van de observaties werd er een grote, rode, afgesloten doos neergezet op de zusterpost waar men de vragenlijsten in kon retourneren. Er werd een nieuwe poster opgehangen met informatie over het invullen en inleveren van de enquêtes (zie bijlage 3c, p.59). In het communicatieschrift werd een notitie gemaakt en tijdens de laatste dienst werden zoveel mogelijk medewerkers door de observatoren aangesproken om de enquête in te leveren. Er werden 27 vragenlijsten in de postvakjes van de medewerkers gelegd. In het algemene postvak van de leerlingen werden de vragenlijsten voorzien van een post-it met hun naam erop. De flex-medewerkers hadden geen postvakjes op de afdeling. Daarom zijn via de planner van de flexmedewerkers tien e-mails verstuurd naar de vaste groep flexmedewerkers, van de afdeling Krommenhoek, met de vragenlijst als bijlage. Ook zijn er 3 vragenlijsten op de centrale tafel in de zusterpost neergelegd. Hierbij werd vermeld dat deze konden worden ingeleverd in de rode afgesloten doos op de afdeling of via de mail terug gestuurd konden worden naar project.medicatieveiligheid@gmail.com; de anonimiteit werd verzekerd.

§2.2.3.3 Procedure retour vragenlijsten

In de tweede week na het uitdelen van de enquêtes is een onderzoeker teruggekeerd naar de afdeling om te bekijken hoeveel vragenlijsten er waren geretourneerd. Op dat moment werden acht vragenlijsten in de doos aangetroffen. De observator heeft mondeling verschillende medewerkers aangesproken, gestimuleerd en gevraagd om dit over te dragen aan de daaropvolgende diensten. Op de uiterste inleverdatum waren er in totaal negen vragenlijsten ingeleverd. De inleverdatum is met twee dagen verlengd met de hoop op meer respons. Op de afdeling zijn een aantal werknemers opnieuw gestimuleerd en er is een vermelding gemaakt in het communicatieschrift. Op de uiteindelijke inleverdatum waren er

in totaal veertien enquêtes ingeleverd. Eén enquête was via de mail terug gestuurd maar kon niet worden geopend met de aanwezige versie van Microsoft. Als reactie op deze mail is er o.a. gevraagd of deze nogmaals verzonden kon worden in een andere tekstverwerker. Helaas is s geen reactie op het verzoek gekomen. In totaal zijn 37 vragenlijsten verstuurd en veertien enquêtes retour gekregen. De respons bedraagt dus 14/37 en dat is afgerond 38%.

§2.2.4 Verwerken en analyseren van de gegevens

§2.2.4.1 Verwerking

De gegevens die verkregen zijn uit de veertien geretourneerde vragenlijsten staan letterlijk uitgetypt in een tabel via WORD (zie bijlage 4c, p.65). Er werd gecodeerd vanuit een startlijst. Deze startlijst bevat al een ordening op thema's (Migchelbrinck, F., 2006-2009, p.117); deze structuur werd gehaald uit de gestructureerde vragenlijst. In de verticale kolommen staan de vragen één tot en met twaalf en in de horizontale kolommen staan de antwoorden van de drie verschillende categorieën medewerkers; verzorgende, leerling, flexmedewerker.

§2.2.4.2 Analyse

De onderzoekers hebben gekeken naar de frequentie van bepaalde uitspraken. Wanneer uitspraken van verschillende medewerkers hetzelfde geïnterpreteerd konden worden kregen deze dezelfde kleur. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd gewaarborgd doordat eerst beide onderzoekers de gegevens labelden en vervolgens zijn de uitkomsten mondeling doorgenomen. De onderzoekers hebben hierover overeenstemming bereikt. De uitspraken gedaan door meerdere (hoeveelheid noemen) werknemers zijn in frequentie omschreven bij resultaten. Ter illustratie is een opvallende of juist een veelvoorkomende uitspraak beschreven. Deze uitwerking werd gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag 2: waardoor ontstaan de medicatie (bijna) incidenten?

§2.3 Deelvraag 3

Deelvraag 3 luidt 'Wat kan er gedaan worden om de medicatie (bijna-) incidenten te voorkomen?' Deze deelvraag is beantwoord middels de conclusie van deelvraag 1 en deelvraag 2. Deelvraag 3 is onderbouwd middels literatuur.

§2.3.1 Procedure

Voor het beantwoorden van deelvraag 3 is gekeken naar de conclusie van deelvraag 1 en deelvraag 2. De onderzoekers wisten middels deelvraag 1 en 2 welke punten van de Vilansprotocollen niet opgevolgd worden en waarom niet. Aan de hand van deze punten zijn aanbevelingen opgesteld middels literatuur.

De manier van zoeken naar literatuur en de zoekresultaten zijn te vinden in de paragraaf '§3.3 Deelvraag 3'.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van beide deelonderzoeken. In paragraaf 3.1 staan de resultaten van deelonderzoek 1 beschreven, de observatielijsten. Vervolgens staan in paragraaf 3.2 de resultaten van deelonderzoek 2 beschreven. De antwoorden op de vragenlijsten zijn per vraag samengevat en beschreven.

§3.1 Deelvraag 1

Deze paragraaf beschrijft de resultaten die voortgekomen zijn uit de observatielijsten die ingevuld zijn bij 12 leerlingen, 18 verzorgenden en 7 flexmedewerkers.

Beheren en bewaken	
1	Er is gebleken dat ongeveer een kwart (9/37) van de medewerkers de medicatiekast open laat staan wanneer er niemand in de medicatiekamer is. Deze fout wordt het meest gemaakt tijdens de ochtenddienst namelijk bij een derde (5/15) van de observaties. Deze fout wordt zowel bij verzorgende, leerlingen en flexmedewerkers gezien.
2	Er is gebleken dat een groot deel van de geobserveerden (33/37) de medicatiekamer niet op slot doet wanneer er niemand in de ruimte aanwezig is. Uit alle gedane observaties is gebleken dat leerlingen (12/12) de deur nooit op slot draaiden. Een enkele verzorgende (2/18) draait de deur wel op slot. Deze bevindingen komen tijdens alle diensten naar voren.
3	In één op de vijf gevallen (6/30) bleef de laden open staan omdat het niet mogelijk was deze dicht te schuiven. De geobserveerde verzorgenden sluiten altijd de medicatieladen (14/14). Van de leerlingen sloot één derde (3/9) de laden niet, van de flexmedewerkers sloot iets minder dan de helft (3/7) de medicatieladen niet.
4a	Uit de cijfers komt naar voren dat in alle gevallen (30/30) de medicatiekar niet op slot wordt gedaan wanneer alle medicatie gedeeld is. Een aantal metingen zijn niet van toepassing dit omdat er geen medicatiekar op de unit aanwezig is (7/37). Deze bevindingen komen over alle diensten in gelijke mate voor bij verzorgende, leerlingen en flexmedewerkers.
4b	Uit de 37 metingen komt naar voren dat op een persoon na, iedereen de medicijnkar in de medicijnruimte laat staan. Eén flexmedewerker nam de medicijnkar mee met delen en zette deze na gebruik terug in het medicijnhok.
5a	Dit observatiepunt was tijdens alle observatiemomenten niet van toepassing doordat één verzorgende (geneesmiddelen-aandachtswelder) de voorraad in stand houdt.
5b	De medicatieruimte is in (15/37) gevallen niet opgeruimd (Onder niet opgeruimd wordt verstaan: oude recepten die blijven liggen, medicatie van oud bewoners, medicijnklapper open, medicijnverpakkingen etc.). In de ochtend is het in zes van de vijftien (6/15) keer niet opgeruimd. In de middag rond 12.00uur is het in twee van de drie (1/3) van de observaties niet opgeruimd. Tegen het eind van de middag, 17.00uur is in drie van de zeven (3/7) gevallen niet opgeruimd. In de avond is het in drie van de zeven (3/7) observaties niet opgeruimd.
5c	De medicatieruimte was tijdens bijna alle observaties droog (36/37). Tijdens een ochtenddienst van een leerling was dit niet het geval.
5d	Uit de cijfers blijkt dat in iets minder dan de helft van de gevallen (15/36) de medicatie niet wordt opgeborgen. Dit komt voornamelijk voor in de ochtenddienst, negen van de vijftien keren (9/15). Tijdens de geobserveerde ochtenddiensten ruimt de helft van de flexmedewerkers (1/2) en de helft van de leerlingen (3/6) de medicijnen niet op. Bij de verzorgenden is deze verhouding groter met vijf van de zeven (5/7) die medicatie niet op hadden geborgen.

5e	Er is gebleken dat in vijf van de 37 (5/37) observaties de medicatie niet op de juiste plaats werd opgeborgen. Twee van de zes leerlingen (2/6) deed dit niet correct tijdens een ochtend dienst. Eén op de zeven (1/7) verzorgenden deed dit niet tijdens de ochtenddienst. In de middag 12.00uur deed een verzorgende dit niet (1/4). In de avond 21.00 uur werd de medicatie in een van de vier gevallen (1/4) bij verzorgenden niet op de juiste plaats opgeborgen.
Uitzetten	
6	Uit de cijfers blijkt dat tijdens 27 van de 36 observatiemomenten de medicijnen bij het uitzetten niet in blisterzakjes in de medicijnkar werden gelegd.
7a	Alle geobserveerden (36/36) keken naar de naam van de patiënt bij de medicatiecontrole. Voor één leerling werd de medicatie uitgezet, gecontroleerd en afgetekend; hierdoor niet van toepassing.
7b	Het blijkt dat 3 van de 37 geobserveerden niet keken naar de naam van het medicament. Drie verzorgenden keken hier tijdens de ochtend, middag 17.00uur en de avond 21.00uur niet naar. Een leerling zette niet de medicatie uit en liet deze controleren door een verzorgende en viel hierdoor in de categorie 'niet van toepassing'.
7c	In totaal controleerden 13 van de 36 medewerkers niet of de dosering overeen kwam met wat er op de deellijst aangegeven stond. Een derde van de gevallen letten hier niet op tijdens de ochtend (5/15) en middag 12.00uur (3/9) en middag 17.00uur (2/6). In de avond komt dit in de helft van de gevallen voor (3/6).
7d	Alle medewerkers (36/36) die medicatie uitzetten keken naar de datum en het tijdstip. Een leerling is gerekend onder niet van toepassing omdat zij de medicatie door een verzorgende liet controleren.
8	Er is gebleken dat wanneer de medicatie gemalen dient te worden dit in alle gevallen (34/34) in de medicatie index staat vermeldt.
9	35 van de 36 medewerkers maakten geen gebruik van de medicatiemaler. Een verzorgende maakte wel gebruik van de maler en maakte de maler niet schoon voor eerste gebruik.
10	35 van de 36 medewerkers maakten geen gebruik van de medicatiemaler. Een verzorgende maakte wel gebruik van de maler en maakte de maler niet schoon na gebruik.
Klaarzetten en aanreiken	
11	Uit de komt naar voren dat twee van de 36 medewerkers wel de medicatie neergezet had toen de cliënt niet lijfelijk aanwezig was. Van de twee gevallen, gebeurde dit bij één leerling en een keer bij een verzorgende. De keren dat dit niet gebeurde waren beiden tijdens een middagdienst van 12.00uur.
12	De cliënten werden in alle gevallen (35/35) wel geholpen bij het aanreiken van medicatie.
13	Er is gebleken dat medicijnen in 17 van de 37 gevallen niet meer controleerbaar zijn voor de cliënt omdat deze al uit de originele verpakking zijn gehaald. In acht van de 37 gevallen was er een andere uitvoering waarbij de medicatie uit de verpakking was gehaald maar de medewerkers het blisterzakje los meenamen. In de ochtend kwam dit in een derde van de gevallen (5/15), in een vijfde (3/15) van de gevallen gebeurde dit met een andere uitvoering. In de middag 12.00uur gebeurde dit in een derde (3/9) van de gevallen niet, in twee van de negen (2/9) gevallen met een ander toepassing. In de middag dienst 17.00uur gebeurde dit in twee derde (4/6) van de gevallen niet en in één van de zes in een andere uitvoering. Tijdens de late dienst 21.00uur gebeurde dit in drie van de zeven gevallen niet en twee van de zeven gevallen in een andere uitvoering.
14	Uit de cijfers komt naar voren dat in vier van de 36 gevallen de medicatie niet met water of appelmoes wordt gegeven. In 11 van de 36 gevallen is er een andere

	uitvoering.
Toedienen	
15	Tijdens alle observaties (36/36), ongeacht de dienst of functie, is naar voren gekomen dat de medewerkers eerst hun handtekening zetten en daarna pas de medicatie geven.
16	Tijdens een aantal observaties is er niet gewerkt volgens het wondzorgblad (11/37). Medewerkers hebben niet naar het wondzorgblad gekeken of een andere uitvoering gehandhaafd omdat de wondzorgbladen niet up to date waren. In (5/37) observaties is er door de medewerker wel naar gekeken en correct uitgevoerd. In (21/37) was er geen wondzorgblad aanwezig en werd hier dan ook geen gebruik van gemaakt. De meeste observaties zijn gedaan in de ochtend, tijdens deze diensten komt het niet correct uitvoeren van de wondzorgbladen voor bij verzorgenden (4/15), leerlingen (3/15) en flexmedewerkers (1/15).
17	Bij de toediening werd er in (3/37) observaties geen duidelijke instructie gegeven aan de cliënt. Van deze drie medewerkers waren er twee leerling en één verzorgende. Een leerling en een verzorgende gaf geen duidelijke instructie tijdens de middagdienst 12.00uur. Een leerling gaf geen duidelijke instructie tijdens de avonddienst 21.00uur.
18	Uit de cijfers blijkt dat (1/36) observaties de cliënt niet goed rechtop zit tijdens het krijgen van medicatie per os. Tijdens een ochtenddienst laat één leerling een cliënt niet goed rechtop zitten bij het geven van de medicatie.
19	Er is gebleken dat medewerkers in 17 van de 35 observaties niet zien of alle medicatie is ingenomen. Hiervan zijn zeven van de 17 leerling, 8 van de 17 verzorgend Tijdens de ochtend liep meer dan de helft (8/15) weg tijdens het geven van medicatie. In de middag waren dit ook meer dan de helft (5/9) medewerkers die wegliepen wanneer zij de medicatie hadden gegeven. Dit gebeurt bij zowel verzorgenden, leerlingen en flexmedewerkers. In een observatie werd achteraf nagevraagd of de medicatie was ingenomen.
20	Het is in alle gevallen (19/19) wel bekend bij de medewerkers dat een cliënt slikproblemen heeft.
21	Tijdens alle observaties (19/19) hebben cliënten bekend met slikproblemen ingedikte vloeistof gekregen bij medicatieinname.
22	Er komt uit de cijfers naar voren dat er in (2/17) gevallen geen handschoenen worden aangetrokken bij het gebruik van huidzalf, dit werd alleen gezien bij twee van de zeven geobserveerde verzorgenden.
23	Tijdens één van de zeventien observaties is gezien dat een verzorgende de huid niet van te voren had schoongemaakt voordat er zalf op werd gesmeerd.
24	Uit de metingen is naar voren gekomen dat de cliënt altijd (17/17) in een geschikte houding ligt/zit zodat het medicament volledig kan worden toegediend.
25	In wat meer dan de helft van de observaties (12/20) werd het ooglid niet schoongemaakt voordat de ogen werden gedruppeld. Dit gebeurde tijdens alle diensten, door de verschillende functies.
26.	De verzorgenden, de flexmedewerkers en de leerlingen hebben gedurende alle observaties (20/20) het oogdruppelflesje het oog niet laten raken.
27.	Gedurende de observatieperiode hebben de onderzoekers maar twee keer het oogzalfen gezien. De twee verzorgenden (2/2) zalfden beiden niet van buiten naar binnen.
28.	Gedurende alle observaties (20/20) is door de verzorgenden, leerlingen en de flexmedewerkers niet gevraagd of de cliënt de oogbol wil draaien.
29.	Bij alle mogelijke observaties (5/5) is door alle functies niet gewerkt volgens een

	plakschema.
30.	Bij drie van de vijf observaties (3/5) is de huid niet schoongemaakt met water voordat de pleister geplakt werd. Dit werd gezien bij drie verzorgenden tijdens de ochtend, middag 12.00uur en in de avond 21.00uur.
31	Tijdens de helft (2/4) van de observaties is de huid niet goed gedroogd voordat de pleister geplakt werd. Één verzorgende had dit in de ochtend niet gedaan en één verzorgende had dit in de middag niet gedaan.
32	De insulinepen is een keer niet gezwenkt door een verzorgende in de ochtend (1/14) en één keer (1/14) werd de pen door een verzorgende in de middag wel gezwenkt maar op een ander moment.
33	Tijdens een van de vier (1/4) observaties is de troebele- en langwerkende insuline door een verzorgende in de ochtend niet tien keer gezwenkt.
34	Tijdens alle observaties (14/14) werd door zowel de verzorgenden, de flexmedewerkers als de leerlingen de naald nog in de naaldenverpakking op de insulinepen gedraaid.
35	Bij de helft van alle observaties (7/14) werd de insulinepen niet ontluicht door twee IE weg te spuiten. Er is gezien dat twee van de vier (2/4) verzorgenden en een flexmedewerker (1/1) in de ochtend niet hebben ontluicht. In de avonddienst (17:00 uur) hebben twee flexmedewerkers (2/2) niet ontluicht. In de avonddienst (21:00 uur) hebben ook 2 flexmedewerkers (2/2) niet ontluicht. Bij twee van de vijf verzorgenden is gezien dat de insulinespuit ontluicht is maar dan op een ander moment.
36	Uit de resultaten blijkt dat tijdens alle (14/14) observaties, door alle functies, de juiste eenheden insuline zijn gespoten.
37	Er is gebleken dat in twee van de 14 gevallen de injectieplaats niet gecontroleerd werd of deze schoon en droog was. In één van de 14 gevallen werd alleen gekeken of deze droog of schoon was. Deze controle werd in de helft van de observaties (3/6) van verzorgenden niet correct uitgevoerd.
38	Uit de resultaten blijkt dat tijdens alle observaties (14/14) de naald door alle functies loodrecht in de huid werd geprikt.
39	Bij twee van de dertien (2/13) observaties is gezien dat er gewerkt werd met een spuitschema. Bij elf van de dertien (11/13) observaties werd er wel naar gekeken maar met een ander uitvoering.
40	Bij ongeveer een kwart van de observaties (4/14) werd de insulinepen niet gefixeerd met de andere hand. Dit kwam voor bij zowel een leerling , een flexmedewerkers als bij verzorgenden.
41	Uit de resultaten blijkt dat één van de twaalf geobserveerden (een leerling) de naald niet tien tellen in de huid houdt. Er was een andere uitvoering (1/12), waarbij de naald niet lang genoeg in de huid werd gehouden.
42	Uit de resultaten blijkt dat de huid over het algemeen niet gemasseerd wordt na het inspuiten van insuline. Bij één van de 14 observaties is de huid gemasseerd door een flexmedewerker, in de middag.

(Tabel 1: resultaten observatielijst)

De losse opmerkingen/aantekeningen, gemaakt tijdens de observatiedagen, staan beschreven in bijlage 4a op pagina 26.

§3.2 Deelvraag 2

In deze paragraaf worden de antwoorden, die door medewerkers van de afdeling Krommenhoek gegeven hebben, op de vragen van de vragenlijst beschreven per vraag. Alle gegeven antwoorden staan letterlijk uitgeschreven in een tabel gepresenteerd in bijlage 4c, op pagina 65.

Vraag 1: Waarom wordt de deur van de medicijnkamer vaak open gelaten, of bewust open gehouden met een handdoek?

Tien van de veertien medewerkers gaven als antwoord het niet hebben en/of niet werken van een dopsleutel waarmee de medicijnkamer geopend kan worden. Een opvallend antwoord was: *"Ik werk hier nu 1 jaar en heb nog steeds geen sleutel"*.

Vier van de veertien medewerkers antwoorden met het woord gemakzucht.

Vraag 2: Waarom wordt er gebruik gemaakt van dienblad om medicatie te delen in plaats van de daarvoor bestemde medicijnkar?

Drie van de veertien medewerkers gaven als antwoord dat er geen medicatiekar aanwezig was op een bepaalde unit. Vier van de veertien medewerkers gaven aan dat zij een dienblad overzichtelijker vonden dan een medicijnkar. Geantwoord werd: *"Op een dienblad kun je overzichtelijk alle medicijnen kwijt (tabletten, zakjes, druppels, inhalaties en zalven.*

Overzichtelijker welke medicijnen je hebt uitgezet. In de kar is het niet altijd overzichtelijk. Medicijn bakjes zitten vaak heel vol " Vier van de veertien medewerkers vind het dienblad 'handiger'. Medicijnen worden vooraf uitgezet en worden middels een dienblad uitgedeeld. Dat is makkelijker, 12:00 uur hebben er maar weinig mensen medicijnen.

Vraag 3: Waar moet de nieuwe medicijnkar aan voldoen zodat het medicijndienblad niet meer nodig is?

Vijf van de dertien medewerkers gaven aan graag meer ruimte te hebben in en op de medicijnkar. Vier van de dertien medewerkers gaf de voorkeur aan een overzichtelijke plek/systeem waar de medicatie op kan worden uitgezet. Een medewerker draagt als suggestie aan: *"een systeem bovenop de kar om de kleine ronde bekertjes in te zetten."* Een medewerker noemt: *"Klein, makkelijk te rijden, een slot."*

Vraag 4: Wat vind jij ervan om doosjes met medicijnen van overleden bewoners te gebruiken als voorraad?

Negen van de veertien medewerkers vinden dat dit wel moet kunnen. Als redenen wordt bij vijf antwoorden genoemd: *"Anders kost het veel geld als we het weer opnieuw moeten bestellen"*. In acht gevallen wordt (daarbij als reden gegeven) dat dit goed is wanneer het om paracetamol gaat. *"Als de medicatie bekend is bij de apotheek (wel recept, maar nog niet geleverd) en arts en je let op de datum en de sterkte moet dit kunnen."* Drie van de veertien medewerkers vinden dat dit echt niet mag en sturen medicatie retour naar de apotheek. *"Dit mag helemaal niet! Alle medicatie moet retour."*

Vraag 5: Waar haal jij de tabletten uit het blisterzakje (bijvoorbeeld bij het aanrecht, in de medicijnkamer of bij de cliënt)? En waarom juist daar?

Elf van de veertien medewerkers gaven aan dit bij de cliënt uit te pakken. *"Bij de cliënt. Voor controle zodat je het bij de correcte bewoner geeft."*

Een flexmedewerker geeft aan dat dit afhankelijk is van de situatie meestal bij de cliënt. Zij wijkt hiervan af: *"Bij gemalen medicijnen in het unitkantoor, omdat daar de vijzel/medicijnkraker staat."* Een andere medewerker geeft aan: *"Ligt eraan of er nog meer losse medicijnen bij moeten, want dan doe ik het in de medicijnkamer."*

Vraag 6: Vind jij dat het rode formulier (met opmerkingen) in de medicijnklapper meerwaarde heeft ten aanzien van de recepten? En waarom?

Twaalf van de veertien medewerkers vindt dit formulier meerwaarde heeft. Hierbij worden

de volgende redenen genoemd: *“Ja, je weet dan hoe een cliënt de medicatie in neemt. Vooral voor flexmedewerker.” “ik vind het handig dat erop staat hoe we de medicatie aan de bewoner moeten geven (gemalen, appelmoes etc.).”* Twee van de veertien medewerkers vindt dit formulier geen meerwaarde heeft. Een reden die wordt gegeven: *“Nee, is niet nodig. Alles staat op de toedieningslijst.”*

Vraag 7: Hoe kun je ervoor zorgen dat opiaten en of insuline dubbel gecontroleerd kunnen worden en opiaten ook dubbel afgetekend kunnen worden (bijv. wanneer je alleen op een unit staat)?

Negen van de dertien medewerkers geven aan naar een collega te gaan van een andere unit. *“Collega van andere unit laten checken”* Waarbij 1 medewerker als suggestie geeft een collega uit de keuken de insuline te laten controleren. Drie van de dertien medewerkers geeft aan dat *“het bijna onmogelijk is en wel erg lastig wanneer je alleen staat”*. Een medewerker schrijft: *“Of je controleert jezelf dubbel of je gaat iemand halen van een andere unit.”* Een medewerker vertelt over de nacht *“niet altijd mogelijk om nachthoofd (collega van andere afdeling) te laten komen. oplossing het nachthoofd als zwerfwacht”*

Vraag 8: Als een collega de medicijnen heeft uitgezet op het dienblad, en afgetekend, zou jij die medicatie dan uitdelen? Waarom wel/niet?

Vijf van de veertien medewerkers geven aan geen medicatie te delen die ze zelf niet afgetekend hebben. Vier medewerkers zouden de medicatie wel delen als deze nog controleerbaar zijn. Drie medewerkers geven aan dat het aan de collega ligt of ze het delen of niet.

Een flexmedewerker antwoordde het volgende *“Ik deel als ik zeker weet, bij twijfel vragen”*. Een verzorgende zei *“Het geeft me geen fijn gevoel.”*

Vraag 9: Als jij de medicatie hebt uitgezet voor een collega, voel jij je dan nog verantwoordelijk of de medicatie is ingenomen? Zo ja, hoe bewaak je dit...Zo nee, waarom niet...

Zeven van de veertien medewerkers gaven aan nooit medicatie uit te zetten voor collega's. Vier medewerkers zouden zich niet verantwoordelijk voelen omdat de collega de medicatie uitdeelt en zij erop vertrouwen dat die gegeven wordt. Twee flexmedewerkers zouden ook daadwerkelijk controleren of de medicatie uitgedeeld is. Eén verzorgende gaf het volgende aan *“Ik zet ze uit maar geef ze niet. Geef collega door om alsnog af te tekenen.”*

Vraag 10: Zou jij graag extra uitleg krijgen over de werking en bijwerkingen van veel gebruikte medicatie op de afdeling?

Negen van de veertien medewerkers zouden extra uitleg willen. Vier van de veertien medewerkers vonden de extra uitleg niet nodig. Een leerling schreef het volgende *“Ik vind dit eigen verantwoording. Ik zoek zelf uit wat voor medicijn iets is als ik deze niet ken.”*. Een flexmedewerker gaf het volgende antwoord *“Nee, ik heb zelf een medicijnen woordenboek. Als flexmedewerker voel ik mij niet zo betrokken (is niet slecht bedoeld).”*. Een verzorgende schreef het volgende *“nee, dit doen leerlingen uitzoeken en wij krijgen een uitgewerkt exemplaar.”*

Vraag 11: Als een bewoner zijn medicijnen heeft geweigerd, wat schrijf je dan in de rapportage?

Vijf van de veertien medewerkers zouden in de rapportage schrijven dat de cliënt zijn medicijnen heeft geweigerd. Vijf andere medewerkers zouden ook zo mogelijk de reden benoemen. Eén van de verzorgenden gaf het volgende antwoord *“Dat de bewoner de med. heeft geweigerd met de eventuele reden. En een mic invullen.”*

Vraag 12: Wat doe je als er minder opiaten in het doosje zitten dan het aantal dat op het formulier staat?

Acht van de veertien medewerkers gaven aan eerst een collega erbij te roepen om proberen te herleiden waar de opiaten gebleven zouden kunnen zijn. Vijf medewerkers zouden meteen starten met de hoeveelheid die op dat moment aanwezig is. Vier medewerkers zouden het voorval rapporteren en twee medewerkers zouden een MIC-melding schrijven. Een medewerker gaf het volgende antwoord “Een nieuw doosje en lijst pakken zodat het weer klopt.”.

§3.3 Deelvraag 3

Voor het opstellen van de aanbevelingen is gezocht naar literatuur. Er is gezocht in aan gezondheidszorg gerelateerde boeken, Projecten van Zorg voor Beter, Vilansprotocollen en via de wetenschappelijke databases Cinahl en PubMed. In deze paragraaf wordt beschreven hoe gezocht is naar bruikbare artikelen binnen PubMed en Cinahl.

Om gericht te kunnen zoeken naar bruikbare artikelen binnen de vele bestaande artikelen is gebruik gemaakt van de volgende inclusiecriteria:

- Het onderwerp van het artikel moest verwant zijn aan medicatieveiligheid binnen verpleeghuizen. Doordat weinig bruikbare literatuur te vinden was over medicatieveiligheid binnen verpleeghuizen is uiteindelijk gezocht naar medicatieveiligheid t.o.v. verpleegkundigen binnen ziekenhuizen.
- De artikelen mochten alleen Nederlands-, Engels-, en Duitstalig zijn omdat de onderzoekers deze drie talen kunnen lezen.

Er is gezocht via de volgende Engelse termen:

medication, drugs, drug, nursing home, convalescent home, nursing ward, incident(s), prevention, medicine mistakes, medical errors, medical malpractice, accident, coincidence, mistake, error, fault, defect, flaw, make a serious/grave mistake, make/commit a serious/grave error/blunder, patient safety, measures/steps/action, intervention

Van de verkregen artikelen is een selectie gemaakt op basis van de titel, het abstract en de inhoud. De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met de literatuurbeoordelingsformulieren verkrijgbaar via het CBO (CBO, 2012). Daarnaast is het exclusie criterium gebruikt; artikelen ouder dan 10 jaar. De zoekgeschiedenis is te vinden in bijlage 7, vanaf pagina 77.

Voor het opstellen van de aanbevelingen ter onderbouwing is tevens gebruik gemaakt van, aan de gezondheidszorg gerelateerde literatuur, de protocollen van Vilans. Doordat de onderzoekers uiteindelijk veel aanbevelingen hebben opgesteld kan een plan van aanpak beschreven worden voor de implementatie van de aanbevelingen. Dit plan van aanpak is gebaseerd op bestaande projecten van onder andere de instantie Zorg voor Beter.

Hoofdstuk 4: Conclusie

In paragraaf 4.1 wordt middels de drie deelvragen antwoord gegeven op de hoofdvraag. De deelvragen zijn onderverdeeld in vier thema's; medicatie bewaken & bewaren, uitzetten, klaarzetten & aanreiken en medicatie toedienen.

Per thema wordt eerst deelvraag 1 beantwoord, vervolgens deelvraag 2 en ten slotte deelvraag 3 waar aanbevelingen worden beschreven ten aanzien van de medicatieveiligheid voor de afdeling Krommenhoek. In paragraaf 4.2 wordt duidelijk of de doelstelling van dit project behaald is.

§4.1 Conclusie

De hoofdvraag luidt als volgt:

Op welke wijze kan de medicatieveiligheid op de afdeling Krommenhoek te Vivent Mariaoord worden verbeterd?

In deze paragraaf wordt per thema beswat er mis gaat op de afdeling, waardoor de (bijna) incidenten ontstaan en uiteindelijk worden aanbevelingen gegeven hoe de (bijna) incidenten voorkomen kunnen worden. Middels antwoorden op de drie hiervoor genoemde deelvragen wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag.

De gegevens zijn overzichtelijk in tabel 2 'Conclusie per deelvraag' geplaatst op de volgende pagina's (34 t/m 44).

§4.1.2 Plan van aanpak: implementeren aanbevelingen.

Aan de hand van deelvraag 1 en 2 zijn veel aanbevelingen ter verbetering van medicatieveiligheid naar voren gekomen (deelvraag 3). Een aantal onderwerpen zal nog verder onderzocht moeten worden om de oorzaak te achterhalen voordat er een verbetervoorstel kan worden gedaan.

De onderzoekers hebben een groot aantal aanbevelingen opgesteld, deze kunnen niet allemaal tegelijk ingevoerd worden. Het is voor de afdeling onmogelijk om zoveel veranderingen in korte tijd in te voeren. In deze paragraaf worden handvatten gegeven om de aanbevelingen adequaat te kunnen implementeren.

1. Bepaal wat de meest relevante aanbevelingen/verbeterpunten zijn die als eerste geïmplementeerd moeten worden om de kwaliteit te bevorderen. Begin met gemakkelijk haalbare doelen, want successen stimuleren (Hardeman, F. et al., 2011, pag. 9).
2. Stel een implementatieplan op en verwerk hierin het volgende:
 - Stel de doelen op.
 - Analyseer de mogelijke knelpunten.
 - Plan wanneer en hoe de verandering ingevoerd gaat worden.
 - Plan de evaluatiemomenten (Hollands et al., 2005, pag. 88).
3. De teammanager moet weten hoe om te gaan met medestanders, tegenstanders en twijfelaars. In bijlage 5, op pagina 73, staan tips verkregen van een project via Zorg voor Beter, om deze drie categorieën medewerkers zoveel mogelijk medestander te laten worden/blijven.
4. Zorg ervoor dat de doorgevoerde verbeteringen behouden worden. De praktijk leert dat dit niet altijd vanzelf gaat. Blijvende aandacht moet dus georganiseerd worden. Dit kan door bijvoorbeeld een aantal aandachtsvelders aan te stellen die verantwoordelijk zijn om de medicatieveiligheid onder de aandacht te houden tijdens de diensten. Leg de verbeteringen ook vast in bepaalde structuren. Laat het onderwerp medicatieveiligheid bijvoorbeeld terugkomen in teamvergaderingen, dagevaluaties en/of functioneringsgesprekken (Hardeman, F. et al., 2011, pag. 10).
5. Meten is essentieel voor het vasthouden van resultaten. Op basis van meetgegevens kan zo nodig bijgestuurd worden. Zoek een meetmethode die zoveel mogelijk informatie oplevert in zo min mogelijk tijd (bijv. door intercollegiale toetsing). (Hollands, L., 2005, p.19)
6. Bespreek en enthousiasmeer het plan met de werknemers zodat zij zich ook verantwoordelijk gaan voelen voor het implementeren van de verbeterpunten. Door betrokkenheid van medewerkers te vergroten zal de weerstand verminderen t.a.v. de verbeterpunten.
7. Het is ook belangrijk om de successen te vieren. Geef de medewerkers complimenten en neem eens wat lekkers mee wanneer goede resultaten zijn behaald. Dit stimuleert de medewerkers goed te blijven presteren (Hardeman, F. et al., 2011, pag. 60).
8. Maak de medewerkers duidelijk dat zij elkaar feedback kunnen/mogen geven. Zo helpen zij elkaar in het voorkomen van fouten (Hardeman, F. et al., 2011, pag. 34).
9. Gebruik het bestaande MIC-meldingssysteem voor het signaleren van fouten en verbetermogelijkheden. Evalueer de MIC meldingen en zorg voor een open meldcultuur op de afdeling (Hardeman, F. et al., 2011, pag. 10).

§4.2 Conclusie doelstelling

In deze paragraaf wordt duidelijk gemaakt dat de doelstelling van het project behaald is.

Doelstelling

Aan het eind van dit project zijn er aanbevelingen opgesteld voor het team op de afdeling Krommenhoek, Mariaoord om incidenten rondom het bewaren, bewaken, uitzetten en toedienen van medicatie te verminderen.

In §4.1 Conclusie is per thema beschreven wat er mis gaat op de afdeling, waardoor deze (bijna) incidenten ontstaan en hoe ze verbeterd kunnen worden. Per thema zijn aanbevelingen opgesteld voor het team op de afdeling Krommenhoek, Mariaoord. Door deze aanbevelingen op te volgen zullen zij incidenten rondom het bewaken, bewaren, uitzetten, aanreiken en toedienen van medicatie verminderen. Wanneer de aanbevelingen zijn geïmplementeerd kan er gemeten worden of er daadwerkelijk minder (bijna) incidenten zijn voor gevallen. Voor de verpleegkundige beroepspraktijk betekent dit dat de medicatieveiligheid en de patiënt veiligheid zal worden vergroot.

Hoofdstuk 5: Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de uitvoering van het gehele onderzoek en de onderzoeksresultaten. De kritische kanttekeningen worden per deelvraag beschreven.

5.1 Deelvraag 1

Er is onderzoek gedaan middels een gelegenheidssteekproef. Er is een aantal dagen uitgekozen waarop het mogelijk was dat de onderzoekers konden observeren. De onderzoekers konden de werknemers observeren die op dat moment aanwezig waren. Aan de percentages te zien (bij 2.1.2.4 *Steekproef* p.16) hebben beide onderzoekers dezelfde werknemers geobserveerd. Dit kan ten nadelen geweest zijn voor de representativiteit.

Er is gebruik gemaakt van participerende observatie waarbij van tevoren bekend is gemaakt aan de medewerkers dat de onderzoekers zich zouden richten op medicatieveiligheid. Er is echter niet specifiek verteld waar de onderzoekers op zouden beoordelen. Als dit bekend gemaakt zou worden, is de kans aanwezig dat er sociaal wenselijk gedrag wordt getoond dat de onderzoeksresultaten zou kunnen beïnvloeden.

Er werd een aantal proefmetingen gedaan waarbij de onderzoekers dezelfde medewerker observeerden. Hierna zijn er duidelijke afspraken gemaakt om metingen eenduidig te interpreteren (§2.1.3.1 *Meetinstrument: kwantitatief onderzoek*, p. 17). Ondanks deze afspraken kan het zijn dat de onderzoekers hier iets over het hoofd hebben gezien of er toch een verschil zit in de manier van interpretatie. Dat zou gevolgen kunnen hebben voor de betrouwbaarheid van de resultaten.

Na de observatiedagen bleek dat niet alle observatiepunten aan de orde zijn gekomen. Wanneer de onderzoekers een langere tijdperiode hadden geobserveerd was de kans groter dat alle punten geobserveerd hadden kunnen worden. Niet alle observatiepunten zijn vaak voorgevallen, toch zijn deze metingen wel meegeteld in de resultaten. Er kan een vertekend beeld optreden door minder voorkomende observaties.

Er is getracht zo objectief mogelijk de gegevens te interpreteren en de resultaten te analyseren door beide onderzoekers de gegevens te laten beoordelen. De vraag is of de onderzoekers bij de interpretatie nog volledig objectief zijn omdat zij zelf de data hebben verzameld, hierdoor ontstaat een bepaalde betrokkenheid, waardoor mogelijk een bepaalde subjectiviteit zou kunnen ontstaan.

5.2 Deelvraag 2

Een aantal resultaten vraagt om verdere verdieping en onderzoek. Mogelijk zijn er meerdere oorzaken aanwezig. Op een aantal vragen werd een kort en soms onvolledig antwoord gegeven. De vragen uit de vragenlijst waren wellicht moeilijk te begrijpen. Bij een eventueel vervolgonderzoek zal de vragenlijst voor gebruik herzien moeten worden om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen.

De respons van de vragenlijsten bedraagt 38%. Dit kan mede zijn ontstaan door een aanwezige vakantieweek. Uit elke medewerkerscategorie is respons gekomen echter zeer beperkt bij de flexwerkers. De vraag is of bij de flexwerkers hierdoor volledige saturatie is behaald.

5.3 Deelvraag 3

De aanbevelingen komen niet allemaal voort uit wetenschappelijk onderzoek. Een aantal aanbevelingen is onderbouwd aan de hand van literatuur.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat het herhaalbaar is, ook voor andere afdelingen binnen Mariaoord.

De onderzoekers waren tot op heden nog onervaren in het uitvoeren van onderzoek, dit kan invloed hebben het analyseren van gegevens en de weergave van de resultaten. Mogelijk bestaan er onderzoeks- en analysemethodes waarvan de onderzoekers niet op de hoogte zijn.

Er is door de onderzoekers een start gemaakt naar onderzoek over medicatieveiligheid op de afdeling Krommenhoek. Er zijn diverse aspecten uit verschillende invalshoeken behandeld. Hierdoor is in kaart gebracht wat er verbeterd kan worden aan de hand van aanbevelingen. Echter, voor verdere verdieping, volledige beeldvorming en aanbevelingen zou er meer onderzoek gedaan moeten worden. Dit om meerdere oorzaken te achterhalen en betrouwbare gegevens te verkrijgen.

Boeken & artikelen:

- Alain, D., Bailon, N., Lavoie-Tremblay, M. & Loiselle, C. (2009). Charecteritstics of workinterruptions during medication administration. *Journal of nursing scholarship*, 41(4), 330-336. Utrecht: Lemma BV.
- Bakker de D.A. et al. (2008). *Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken*. Utrecht: NIVEL
- Barber, N.D. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *Qual Saf Health Care*. 18(5), 341-346.
- Cox, K., Kuiper, C., de Louw, D. & Verhoef, J. (2005). *Evidence Based Practice voor verpleegkundigen* (tweede druk). Den Haag: LEMMA BV
- Dassen, T.W. & Keuning, F.M. (2008) *Lezen beoordelen van onderzoekspublicaties* (zesde druk). Baarn: HB Uitgevers
- Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy. (2006). Hospital Admissions Related to Mdication (HARM), Utrecht Insitute for Pharmaceutical Sciences.
- ten Have, E. (2006) *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen*, Elsevier Gezondheidszorg
- Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns.H., & Verheggen, F. (2005). *Elementen van kwaiteitszorg* (4e druk, 2e oplage). Utrecht: LEMMA BV
- Jüngen, I.J., Zaagman- van Buuren, M. (2006). *Pathologie*, Bohn Stafleu van Loghum
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (26-09-2011), *Medicatieveiligheid langdurige zorg en zorg thuis sterk verbeterd*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2010). *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in langdurig zorg en zorg thuis onvoldoende*, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport'
- Kedzierski, J.& Vlemmix, M.C. (2001). *Kwaliteit & Beheer (vierde herziene druk)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Migchelbrink, F. (2006-2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP
- ten Have, E.C.M. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Kaljouw, M. (2012). *Lesbrief medicijnverstrekking door verzorgenden in verpleeghuizen*, Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden, via de Kennisbank geraadpleegd op 08-06-2012
- Hardeman, F., Hanning, R., Wigboldus, M. (2011). *Zorg zelf voor betere medicatieveiligheid, toolkit*, Zorg voor Beter & Vilans.
- Van den Brink et al. (2003). *Leerboek Intensive-care-verpleegkunde deel 1*, Elsevier Gezondheidszorg Maarssen.
- Sassen, B., (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*, Elsevier gezondheidszorg.

Tijdschrift:

- Akkermans, J., Korte-Verhoef, R. & Wigboldus, M. (2009). Baxteren. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, (9), 32-33.

Niet gepubliceerde bronnen:

- Vilans. (2011). *Protocolleboek voorbehouden, risicovolle en overige handelingen*. Hoofdstuk toedienen van medicijnen.
- Vilans. (2010). *Protocolle voorbehouden, risicovolle en overige handelingen*.

Hoofdstuk Medicatieveiligheid.

- Vilans. (2010). *Protocolen voorbehouden, risicovolle en overige handelingen*. Hoofdstuk taken toedienen van medicijnen.

Geraadpleegde internetsites:

- CBO. (2009). *Patiëntveiligheid*. Geraadpleegd op 8 maart 2012, van <http://www.cbo.nl/thema/Pati-ntveiligheid/>
- HKZ. (z.d.). *De organisatie HKZ*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, van <http://hkz.nl/content/view/19/49/>
- HKZ. (z.d.). *HKZ-normen*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, van <http://hkz.nl/content/view/1515/1352/>
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2010, juni 17). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Opgeroepen op februari 29, 2012, van Inspectie voor de gezondheidszorg: http://www.igz.nl/onderwerpen/handavingsinstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2010). *Medicatieveiligheid*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, van <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/medicatieveiligheid/index.aspx>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2010). *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende*. Rapport IGZ: Den Haag.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2010). *Patientveiligheid*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, van <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/patientveiligheid/index.aspx>
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2010). *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)*. Geraadpleegd op 2 maart 2012, van http://www.igz.nl/onderwerpen/handavingsinstrumenten/wetten/wet_big/
- Kragten, R. (z.d.). *Woordenlijst*. Geraadpleegd op 19 maart 2012, van <http://www.qualiteit.nl/woordenlijst.htm>
- Rijksoverheid. (2012). *Veiligheid in de zorg*. Geraadpleegd op 8 maart 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg>
- RIVM (2010) 'kwaliteit totaaloverzicht Vivent Mariaoord Mariaoord, Rosmalen' geraadpleegd op 29 februari 2012, (<http://www.kiesbeter.nl/MEDISCHE-INFORMATIE/zoeken-algemeen/mariaoord%20rosmalen>)
- Vivent. (2010). *Wie zijn wij?* Geraadpleegd op 5 maart 2012, van http://www.vivent.nl/cm/over_vivent/wie_zijn_wij?.html
- World Health Organization.(2012). *Patient safety*. Geraadpleegd op 8 maart 2012, van <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- ZonMw. (2012). *Project: MIC als stuurinstrument voor kwaliteit van zorg binnen de verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg*. Geraadpleegd op 29 februari & 2 maart 2012 van <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/mic-als-stuurinstrument-voor-kwaliteit-van-zorg-binnen-de-verzorgings-en-verpleeghuizen-en-de-thuis/>
- Borst-Eilers, E., (Oktober 1999) *Besluit verzorgende Individuele Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 20-08-2012, Van: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0010757>
- Zorg voor Beter. (z.d.). *Kennisbank: overzicht verbetermogelijkheden en projecten*. Geraadpleegd op 8 maart 2012, van <http://www.kennisbankzorgvoorbeter.nl/interventiesenprojecten.aspx>

Bijlage 1a: Observatielijst (met nieuwe nummering)

Nummer: Naam observator: Datum & dienst: Functie:	Wel	Niet	n.v.t.	Gedaan echter: 1. andere uitvoering 2. ander moment
Num.	Observatiepunt			
Beheer & bewaking				
1.	medicatiekast gesloten wanneer er niemand in de medicatiekamer is.			
2.	medicatiekamer op slot gedaan wanneer niemand in de ruimte aanwezig is.			
3.	medicatieladen van de kar dichtgedaan wanneer verzorgende naar cliënt gaat.			
4.	a. medicatiekar op slot gedaan wanneer alle medicatie gedeeld is. b. medicatiekar terug gezet in medicatieruimte nadat alle medicatie gedeeld is.			
5.	Verzorgende houdt: a. voorraad in stand (handelen wanneer tekort aan voorraad is) b. ruimte opgeruimd c. ruimte droog d. medicatie die niet gebruikt wordt opgeborgen e. medicatie juiste plaats opgeborgen (bijv. koelkast, kar)			
Uitzetten				
6.	Medicijnen worden in blisterzakjes in medicijnkar gelegd			
7.	Juistheid medicatie gecontroleerd bij het vullen: a. naam patiënt b. naam medicament c. dosering d. datum en tijdstip			
8.	Medicatie gemalen staat in cliëntdossier			
9.	Medicatie maler voor 1 ^{ste} gebruik gereinigd			
10.	Medicatie maler, reinigen na gebruik voor cliënt			
Klaarzetten & aanreiken				
11.	Medicijnen worden bij de cliënt neergezet (lijfelijke aanwezigheid).			
12.	Cliënt is niet instaat medicatie zelf te pakken, medicatie wordt aangereikt.			
13.	Medicijnen zijn controleerbaar voor cliënt, nog in originele verpakking (niet al uitgepakt)			
14.	Medicatie wordt met water of appelmoes aangereikt			
Toedienen				
<i>Algemeen</i>				
15.	Na toediening (kortom volledige inname) paraaf zetten			
16.	Gewerkt volgens wondzorgplan/blad			
17.	Instrueer cliënt			
<i>Per os</i>				
18.	Cliënt zit rechtop			
19.	Gezien dat alle medicatie is ingenomen			
20.	Slikproblemen staat vermeld in cliëntdossier			
21.	Cliënt bekend met slikproblemen, ingedikte vloeistof medicatie inname			
<i>Transdermaal</i>				

Huid zalf					
22.	handschoenen				
23.	Huid schoonmaken				
24.	Geschikte houding zodat medicament volledig kan worden toegediend.				
Neus zalf					
25.	Neus snuiten, hoofd naar achteren kantelen				
26.	Wattenstaafje 1 cm inbrengen				
27.	Neusvleugels licht masseren				
28.	Overtollig zalf weghalen				
Oor zalf					
29.	Vraagt cliënt het hoofd iets opzij te buigen				
30.	Trekt de oorschelp iets naar achter en omhoog (zodat gehoorgang zichtbaar is)				
31.	Masseer onder het oor zodat gel zich verspreid				
Oogdruppels- oogzalf					
32-25	Ooglid wordt schoongemaakt				
33-26	Flesje en tube raakt het oog niet				
34-27	Van buiten naar binnen				
35-28	Vraagt cliënt oogbol te draaien				
Pleister					
36-29	Gewerkt volgens plak schema (start-, einddatum en plaats bekend)				
37-30	Huid schoonmaken met water				
38-31	Huid goed drogen				
Rectaal					
39.	Handschoenen				
40.	Linkerzij met opgetrokken knieën				
Vaginaal					
41.	Handschoenen aan				
42.	Vraagt cliënt gynaecologische houding te gaan liggen				
43.	Spreid de schaamlippen				
44.	Vraagt de cliënt tien minuten te laten liggen en niet te persen.				
Neusspray					
45.	Neus snuiten of (beter) ophalen				
46.	Neusspray schudden				
47.	Hoofd licht voorover buigen				
Subcutaan injecteren					
48-32	Insuline pen wordt gezwenkt				
49-33	Troebele- en langwerkende insuline 10 x zwenken (niet schudden!)				
50-34	Draai de naald nog in de naaldpenverpakking op de insulinepen				
51-35	2 IE weg spuiten, ontluchten				
52-36	Juiste eenheden insuline				
53-37	Controle injectieplaats schoon en droog				
54-38	Naald loodrecht in de huid				
55-39	Minimaal 1 cm verwijderd van vorige injectieplaats				
56-40	Fixeer de pen met de andere hand				
57-41	Houdt knop ingedrukt en naald min. tien tellen in de huid houden				
58-42	Masseer huid niet				

Bijlage 1b. Afspraken observatielijst

Observatiepunt	Gemaakte afspraak
4a+b	Wanneer er geen medicatiekar aanwezig is scoort de observant 'n.v.t.'. Wanneer deze er wel is moet deze ook op slot gedaan worden wanneer deze op de medicijnkamer staat.
5e	Hierbij wordt het juist opbergen van medicatie bedoeld. Dus alle niet gebruikte medicijndoosjes en baxterrollen moeten in de (koel-)kast of in de medicijnkar teruggeplaatst worden. Wanneer medicatie uitgezet wordt op een dienblad scoort de observant 'niet' bij observatiepunt 6.
7	met 'naam medicament' wordt bedoeld of de observant de naam op het blisterzakje controleert met wat op de apotheeklijst staat.
8	Wanneer medicatie gemalen moet worden staat dit op de apotheeklijst.
9+10	Wanneer medicatie gemalen wordt met een lepel scoort de observant 'n.v.t.'.
14	Wanneer medicatie tijdens een observatiemoment zowel met appelmoes als met vla gegeven werd scoort de observant 'gedaan, echter andere uitvoering'.
15	Wanneer een leerling de medicatie niet heeft uitgezet maar deze wel geeft wordt deze gemeten als niet van toepassing.

Bijlage 1c. Labels variabelen observatielijst

Variabele	Soort Label
Observator	1. Marleen 2. Patricia
Soort dienst	1. Ochtend 8.00uur 2. Middag 12.00uur 3. Middag 17.00uur 4. Aovnd 21.00uur
Functie	1. verzorgende 2. Leerling 3. Flexmedewerker
Uitvoering	0. niet 1. wel 2. wel andere uitvoering 3. wel ander moment 4. niet van toepassing

Vragenlijst: Project Medicatieveiligheid

Beste medewerker,

Zoals bij jullie allen welbekend is, wordt er op de afdeling onderzoek gedaan naar de medicatieveiligheid. Op de volgende 2 pagina's staan een aantal open vragen die voortgekomen zijn uit de observaties van de afgelopen dagen. Het gaat om jouw mening en werkwijze dus vul dit formulier leesbaar, zelfstandig en naar waarheid in. Door deze vragenlijst zo uitgebreid mogelijk in te vullen kunnen wij jullie uiteindelijk passende resultaten en aanbevelingen teruggeven.

De betrokken, open en behulpzame houding van het team heeft ons tot nu toe erg geholpen. Lever deze vragenlijst dus **vóór 7 mei** in de doos met rode deksel zodat jouw mening kan tellen!

Alvast bedankt!

Patricia van Engelen en Marleen Tiekens

Heb je vragen/opmerkingen neem dan contact met ons op via: project.medicatieveiligheid@gmail.com



Datum:	
Functie: Verzorgende Leerling Flexmedewerker (omcirkel wat van toepassing is)	
1.	Waarom wordt de deur van de medicijnkamer vaak open gelaten, of bewust open gehouden met een handdoek?
2.	Waarom wordt er gebruik gemaakt van dienblad om medicatie te delen in plaats van de daarvoor bestemde medicijnkar?
3.	Waar moet de nieuwe medicijnkar aan voldoen zodat het medicijndienblad niet meer nodig is?
4.	Wat vind jij ervan om doosjes met medicijnen van overleden bewoners te gebruiken als voorraad?
5.	Waar haal jij de tabletten uit het blisterzakje (bijvoorbeeld bij het aanrecht, in de medicijnkamer of bij de cliënt)? En waarom juist daar?
6.	Vind jij dat het rode formulier (met opmerkingen) in de medicijnklapper meerwaarde heeft ten aanzien van de recepten? En waarom?
7.	Hoe kun je ervoor zorgen dat opiaten en of insuline dubbel gecontroleerd kunnen worden en opiaten ook dubbel afgetekend kunnen worden (bijv. wanneer je alleen op een unit staat)?
8.	Als een collega de medicijnen heeft uitgezet op het dienblad, en afgetekend, zou jij die medicatie dan uitdelen? Waarom wel/niet?
9.	Als jij de medicatie hebt uitgezet voor een collega, voel jij je dan nog verantwoordelijk of de medicatie is ingenomen? Zo ja, hoe bewaak je dit... Zo nee, waarom niet...
10.	Zou jij graag extra uitleg krijgen over de werking en bijwerkingen van veel gebruikte medicatie op de afdeling?
11.	Als een bewoner zijn medicijnen heeft geweigerd, wat schrijf je dan in de rapportage?
12.	Wat doe je als er minder opiaten in het doosje zitten dan het aantal dat op het formulier staat?

Te weinig schrijfruimte? Gebruik gerust de achterzijde van dit A4.

Dit was de laatste vraag, bedankt voor het invullen!

Bijlage 2b: Tabel cijfermatige onderbouwing vragenlijst

Tabel 1 Meest voorkomende observatiepunten

vraag	Percentage (in %)	Frequentie
4.	100	(30/30)
27.	100	(2/2)
28.	100	(20/20)
29.	100	(5/5)
2.	89	(33/37)
6.	75	(26/36)
25.	60	(12/20)
30.	60	(3/5)
31.	50	(2/4)
35.	50	(7/14)
19.	48,6	(17/35)
13.	46	(17/37)
5d.	41,7	(15/36)
5b.	40,5	(15/37)
7c.	36	(13/36)
16.	29,7	(11/37)
40.	28,6	(4/14)
33.	25	(1/4)
1.	24,3	(9/37)
3	20	(6/30)
39	15,4	(2/13)
37	14,3	(2/14)
5e	13,5	(5/37)
22.	11,8	(2/17)
14.	11,1	(4/36)
41.	8,3	(1/12)
7c.	8,1	(3/37)
17	8,1	(3/37)
42	7,1	(1/14)
32.	7,1	(1/14)
23.	5,9	(1/17)
11.	5,6	(2/36)
4b	2,7	(1/37)
5c	2,7	(1/37)
9	2,7	(1/37)
10	2,7	(1/37)

Bijlage 2c: Proefmeting vragenlijst

Beste heer/mevrouw,

We horen graag wat jullie van deze vragenlijst vinden. Alle opmerkingen zijn welkom.

Je kan bijv. denken aan:

- taalgebruik (begrijpelijk, correct)
- Formulering van de vragen
- Lengte van de vragen
- Lay-out, aantrekkelijkheid, overzichtelijk
- Tijd die nodig is om de vragen in te vullen
- Volgorde van de vragen (opbouw)
- Duidelijkheid instructie + introductie

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen? Mail naar: Project.medicatieveiligheid@gmail.com

Alvast bedankt! groetjes Marleen Tieken & Patricia van Engelen (HBO-V studenten)

Proefmeting vragenlijst:

	Ja	nee	Vragennummers en eventuele opmerkingen
Onduidelijke vragen	x		Vragen 8, 9 & 10 duidelijker formuleren. Opdelen in losse vragen, te lange zinnen.
Niet relevante vragen		x	
Onvolledige vragen		x	
Vragen toevoegen		x	
Instructie onduidelijk		x	
Niet logische volgorde		X	

Bijlage 3a: Bekendmaking teamvergadering

3 April 19:00-21:00 uur.

Hallo allemaal,

Wij zijn Marleen Tieken en Patricia van Engelen. Wij zitten in het 3^e jaar van onze opleiding tot HBO verpleegkundige aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Wij zijn duale studenten, werkend leren, van het Jeroen Bosch-Ziekenhuis in Den Bosch.

Wij zullen de aankomende weken regelmatig hier op de Krommenhoek aanwezig zijn voor ons afstudeerproject. Wij gaan een onderzoek doen naar de medicatieveiligheid op de afdeling. Wij willen graag inventariseren wat goed gaat rondom het medicatieproces en wat er nog beter kan. Wij zijn blij dat wij dit samen met jullie op de afdeling mogen doen! Vat dit onderzoek zeker niet op als een aanval op jullie werkwijze! Wij proberen jullie uiteindelijk tips te geven om de kwaliteit van zorg voor jullie cliënten zo optimaal mogelijk te kunnen maken.

Wij komen niet stage lopen op de afdeling zoals jullie dat gewend zijn, maar wij komen een onderzoek doen. Het is juist de bedoeling dat wij van een afstand toekijken en observeren om een zo objectief mogelijk beeld te vormen van hoe jullie werken.

Wat wij willen is tijdens een aantal verschillende diensten met een aantal mensen meelopen om het gehele medicatieproces te kunnen zien en observeren. Dit kunnen verzorgenden zijn maar ook leerlingen en flexmedewerkers.

Wij zullen dan zeker niet alleen kijken en observeren maar willen jullie graag een handje helpen. Wij zouden het wel erg fijn vinden als jullie ons dan roepen wanneer je weer iets met medicatie gaat doen, anders missen we door het meewerken de observatiepunten.

Wij willen jullie ook vragen om tijdens de observaties uitleg te geven bij de handelingen. Er zijn bepaalde punten die wij niet kunnen observeren zonder uitleg. Algemeen voorbeeld: Als je iemand aan het wassen bent let de verzorgende ook meteen op of de huis intact is. Als observator kan je dit niet observeren zonder dat de geobserveerde dit benoemt). Dus geef gewoon uitleg bij alles wat je doet rondom medicatie. Dan kunnen wij alles observeren. Naast de observaties zijn wij benieuwd naar jullie mening over hoe met medicatie gewerkt wordt. Naar aanleiding van de uitkomsten van de observaties zullen wij een vragenlijst op gaan stellen die wij eind april in jullie postvak zullen leggen. Wij hebben niet erg veel tijd voor dit onderzoek dus wij zouden het erg fijn vinden als jullie deze dan zo snel mogelijk inleveren in de daarvoor bestemde rode afgesloten inleverdoos.

Wij zullen eind april een poster ophangen zodat jullie de vragenlijsten niet kunnen vergeten. Alle gegevens worden anoniem verwerkt dus wees gewoon jezelf tijdens de observaties en tijdens de vragenlijsten kun je dus alles opschrijven.

Uiteindelijk ontstaat er een verbeterplan waarin wij tips geven om kwaliteit van zorg te vergroten.

Hebben jullie nog vragen?

3b. Introductiebrief voor teampost

Rosmalen, April.

Beste werknemers van de afdeling Krommenhoek,

Wij zijn Marleen Tieken en Patricia van Engelen en wij zitten nu in het 3^{de} jaar van onze opleiding tot HBO verpleegkunde aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Wij zijn duale studenten, werkend leren, van het Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch.

Wij hebben ons voorgesteld op de afdeling tijdens de teamvergadering van 3 april maar voor diegene die daar niet bij konden zijn deze mail.

Wij zullen in april en mei regelmatig op de Krommenhoek aanwezig zijn voor ons afstudeerproject. Wij zullen middels dit project onderzoek gaan doen over de medicatieveiligheid. Wij willen graag inventariseren wat goed gaat en wat er nog beter kan en zijn blij dat wij dit samen met jullie op de afdeling mogen doen!

Wij komen tijdens dit project niet stagelopen op de afdeling, het is juist de bedoeling dat we van een afstand toekijken om een zo objectief mogelijk beeld te vormen van hoe jullie werken. Wij zullen eerst een aantal observaties uitvoeren bij verschillende functies. Wij zullen met een aantal van jullie meelopen tijdens een bepaalde dienst en het is de bedoeling dat wij alles rondom medicatie kunnen observeren. Tijdens de dienst zullen wij jullie natuurlijk wel helpen met jullie werkzaamheden maar roep ons wel steeds wanneer je met medicatie aan de slag gaat, anders komen we door alle werkzaamheden niet toe aan de observaties.

Benoem ook wat je doet. Bepaalde observatiepunten kan een observator niet waarnemen. Deze punten kunnen wel geobserveerd worden doordat het benoemd wordt.

Aan de hand van de resultaten uit de observaties wordt een vragenlijst opgesteld. Iedere verzorgende, leerling en flexmedewerker krijgt zo'n vragenlijst in hun postvak. In de vragenlijst wordt naar meningen gevraagd over het omgaan met medicatie. Wij hebben maar weinig tijd voor dit onderzoek dus hopelijk willen jullie ons helpen door de vragenlijst zo snel mogelijk in te leveren in de daarvoor bestemde rode inleverdoos (we zullen tegen die tijd een poster ophangen).

Zie dit onderzoek niet als een aanval op jullie werkwijze! Wij willen uiteindelijk tips geven om de kwaliteit van zorg voor jullie cliënten zo groot mogelijk te maken.

Alvast bedankt!

Groeten, Marleen & Patricia

LET OP!
Jullie mening telt!
Vragenlijst kwaliteitsonderzoek

Beste collega's,
In jullie postvak ligt een korte vragenlijst. Wij hopen dat jullie ons willen helpen met ons afstudeerproject door deze vragenlijst volledig in te vullen. Jullie informatie zal vertrouwelijk worden verwerkt!

Wat inleveren:
Volledig ingevulde vragenlijst met jullie mening.

Wanneer inleveren:
donderdag 26 april t/m zondag 6 mei
We komen maandag 7 mei de inleverdoos legen.

Waar inleveren:
Afgesloten rode doos op de zusterpost naast het kantoor van Marja.
Heb je nog vragen spreek ons aan op de afdeling of mail naar project.medicatieveiligheid@gmail.com

Alvast bedankt! Groetjes Patricia van Engelen en Marleen Tieken
(studenten HBO-V)

De poster is verkleind weergegeven.
Werkelijke grootte: A4 formaat.

Bijlage 4a: Losse opmerkingen observatoren

Beheer en bewaking

- Geen sleutel aanwezig om de medicatiekar op slot te draaien.
- Opiaten liggen in het doosje los in de medicijnkar.
- Aantal mensen waren de sleutel vergeten van de medicijnkamer. Konden geen andere sleutel krijgen. Verzorgende geeft aan dat ze haar sleutel thuis heeft en door verbouwing niet zo snel kon terug vinden (geen reserve sleutel op de afdeling).
- 1^e dag was het slot van de medicatiekamer kapot, toch stond de deur steeds op een kier.

Uitzetten

- Een aantal verzorgende tellen hoeveel pillen er in het blister zakje zitten en hoeveel pillen er op de medicijnlijst staan.
- Sommige verzorgende kijken naar de vorm en kleur, maar niet zozeer naar de naam van het medicament.
- Weinig kennis van medicatie. Er wordt naar de kleur en vorm gekeken in het zakje.
- Medicatie wordt door verzorgenden en leerlingen gemalen met een lepel, wanneer de pillen zich in het blister zakje bevinden. De maler vind men niet hygiënisch, onhandig en is niet compleet (missend boven-/onderstuk).
- Bij de ronde van 17:00 worden de medicatie van 21:00 al klaargezet op een dienblad.
- Na de zorg wordt vaak de medicatie van 12:00 uur klaargezet op het dienblad.
- Leerlingen nemen werkwijze over van gediplomeerden (ondanks dat leerling wel te kennen geeft dat dit niet de juiste werkwijze is, maar omdat van haar verwacht wordt het zo uit te voeren)
- Er wordt zelden naar de dosering van de losse medicatie gekeken.
- Er wordt niet naar de datum van losse medicatie gekeken.

Toedienen

- De arts geeft aan dat slikproblemen vaak worden gesignaleerd door de verzorgenden. Zijn verzorgende zich hier ook van bewust?
- Verzorgenden zeggen volgens het zorgplan te werken maar bekijken dit niet regelmatig. Als er wat veranderd is komen ze hier vaak achter doordat de cliënt het zegt.
- Wondbladen zijn niet up to date, staat geen stop datum bij of evaluatie datum is ruim verstreken. Wordt hier op gelet?
- Er staan veel zalven op de kamer die niet gebruikt worden, niet in het wondblad zijn omschreven of in de medicatie index staan vermeldt.
- opiatenlijst: de helft was dubbel afgetekend maar steeds met een krul of met dezelfde handtekening als de eerste.

(Insuline) injecteren

- Een verzorgende zei dat ontluchten niet meer nodig is bij de nieuwe insulinepennen.
- Er werd een aantal keer ontlucht bij het klaarzetten (insuline van 22.00uur werd om 17.00uur al ontlucht).
- dopjes werden weer op (vieze) naald gedaan omdat ze geen naaldcontainer bijhadden.
- 1 mw had een prikschema. Verder wordt bij insuline spuiten gekeken naar blauwe plekken. Hier wordt niet in gespoten. -(Op één enkele keer na) wordt er niet actief aan cliënt gevraagd of het aantal eenheden klopt.
- Bij sommige zalven op de apotheeklijst staat niet waar het gesmeerd moet worden. Vinden sommigen lastig,
- 1x MIC-melding gedaan. 3x niet gedaan maar wel nodig.
- Er wordt gezegd: o die neemt zijn/haar pillen wel in. Daar hoeft ik niet bij te blijven
- Puffers werden zelden geschud. Aantal keren gezien dat er niet goed geïnhaleerd werd. Er werd ook door de neus geademd ipv de mond.
- 2x gehoord dat niemand wist hoe er gefaxt moest worden, dus dit bleef liggen voor de volgende dag/dienst. -een leerlingen deelde zelfstandig pillen (geslaagd voor een toets).

Bijlage 4b: Kruistabel per observatiepunt (deelvraag 1)

medicatiekast gesloten wanneer er niemand in de medicatiekamer is.

1.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	9	24,3	24,3	24,3
	Wel	28	75,7	75,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

medicatiekamer op slot gedaan wanneer niemand in de ruimte aanwezig is.

2.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	33	89,2	89,2	89,2
	Wel	4	10,8	10,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

3.

medicatieladen van de kar dichtgedaan wanneer verzorgende naar cliënt gaat.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	6	16,2	16,2	16,2
	Wel	24	64,9	64,9	81,1
	N.v.t.	7	18,9	18,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

4a.)

medicatiekar op slot gedaan wanneer alle medicatie gedeeld is.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	30	81,1	81,1	81,1
	N.v.t.	7	18,9	18,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

b.)

medicatiekar terug gezet in medicatieruimte nadat alle medicatie gedeeld is.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	1	2,7	2,7	2,7
	N.v.t.	36	97,3	97,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

5 a.)

Beheer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	37	100,0	100,0	100,0

b.)

ruimte opgeruimd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	15	40,5	40,5	40,5
	Wel	22	59,5	59,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

c.)

ruimte droog

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	36	97,3	97,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

d.)

medicatie die niet gebruikt wordt opgeborgen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	15	40,5	40,5	40,5
	Wel	21	56,8	56,8	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

e.)

medicatie juiste plaats opgeborgen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	5	13,5	13,5	13,5
	Wel	32	86,5	86,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Medicijnen worden in blisterzakjes in medicijnkar gelegd

6.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	27	73,0	73,0	73,0
	Wel	8	21,6	21,6	94,6
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

7 a.)

naam patiënt					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	36	97,3	97,3	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

b.)

naam medicament					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	3	8,1	8,1	8,1
	Wel	32	86,5	86,5	94,6
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

7 c.)

dosering					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	13	35,1	35,1	35,1
	Wel	23	62,2	62,2	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

d.)

datum en tijdstip					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	36	97,3	97,3	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

8.

Medicatie gemalen staat in cliëntdossier

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	34	91,9	91,9	91,9
	N.v.t.	3	8,1	8,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

9.

Medicatie maler voor 1ste gebruik gereinigd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	N.v.t.	36	97,3	97,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

10.

Medicatie maler, reinigen na gebruik voor cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	N.v.t.	36	97,3	97,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

11.

Medicijnen worden bij de cliënt neergezet (lijfelijke aanwezigheid).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	2	5,4	5,4	5,4
	Wel	33	89,2	89,2	94,6
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

12.

Cliënt is niet in staat medicatie zelf te pakken, medicatie wordt aangereikt.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	35	94,6	94,6	94,6
	N.v.t.	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

13.

Medicatie wordt met water of appelmoes aangereikt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	4	10,8	10,8	10,8
	Wel	21	56,8	56,8	67,6
	Wel, andere uitvoering	11	29,7	29,7	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

14

Medicijnen zijn controleerbaar voor cliënt, nog in originele verpakking (niet al uitgepakt)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	17	45,9	45,9	45,9
	Wel	12	32,4	32,4	78,4
	Wel, andere uitvoering	8	21,6	21,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Na toediening (kortom volledige inname) paraaf zetten

15.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel, ander moment	36	97,3	97,3	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Gewerkt volgens wondzorgplan/blad

16.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	11	29,7	29,7	29,7
	Wel	5	13,5	13,5	43,2
	N.v.t.	21	56,8	56,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

17.

Instrueer cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	3	8,1	8,1	8,1
	Wel	33	89,2	89,2	97,3
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

18.

Cliënt zit rechtop

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	35	94,6	94,6	97,3
	N.v.t.	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

19.

Gezien dat alle medicatie is ingenomen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	17	45,9	45,9	45,9
	Wel	17	45,9	45,9	91,9
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	94,6
	N.v.t.	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

20.

Slikproblemen staat vermeld in cliëntdossier

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	19	51,4	51,4	51,4
	N.v.t.	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

21.

Cliënt bekend met slikproblemen, ingedikte vloeistof medicatie inname

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	19	51,4	51,4	51,4
	N.v.t.	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

22.

handschoenen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	2	5,4	5,4	5,4
	Wel	15	40,5	40,5	45,9
	N.v.t.	20	54,1	54,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

23.

Huid schoonmaken

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	16	43,2	43,2	45,9
	N.v.t.	20	54,1	54,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

24.

Geschikte houding zodat medicament volledig kan worden toegediend.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	17	45,9	45,9	45,9
	N.v.t.	20	54,1	54,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

25.

Ooglid wordt schoongemaakt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	12	32,4	32,4	32,4
	Wel	6	16,2	16,2	48,6
	Wel, ander moment	2	5,4	5,4	54,1
	N.v.t.	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

26.

Flesje en tube raakt het oog niet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	20	54,1	54,1	54,1
	N.v.t.	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

27.

Van buiten naar binnen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	2	5,4	5,4	5,4
	N.v.t.	35	94,6	94,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

28.

Vraagt cliënt oogbol te draaien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	20	54,1	54,1	54,1
	N.v.t.	17	45,9	45,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

29.

Gewerkt volgens plak schema

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	5	13,5	13,5	13,5
	N.v.t.	32	86,5	86,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

30. Huid schoonmaken met water

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	3	8,1	8,1	8,1
	Wel	2	5,4	5,4	13,5
	N.v.t.	32	86,5	86,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

31. Huid goed drogen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	2	5,4	5,4	5,4
	Wel	2	5,4	5,4	10,8
	N.v.t.	33	89,2	89,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

32.

Insuline pen wordt gezwenkt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	12	32,4	32,4	35,1
	Wel, ander moment	1	2,7	2,7	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

33.

Troebele- en langwerkende insuline 10 x zwenken (niet schudden!)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	3	8,1	8,1	10,8
	N.v.t.	33	89,2	89,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

34.

Draai de naald nog in de naaldpenverpakking op de insulinepen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	14	37,8	37,8	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

35.

2 IE weg spuiten, ontluften

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	7	18,9	18,9	18,9
	Wel	5	13,5	13,5	32,4
	Wel, ander moment	2	5,4	5,4	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

36.

Juiste eenheden insuline

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	14	37,8	37,8	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

37.

Controle injectieplaats schoon en droog

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	2	5,4	5,4	5,4
	Wel	11	29,7	29,7	35,1
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

38.

Naald loodrecht in de huid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	14	37,8	37,8	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

39.

Minimaal 1 cm verwijderd van vorige injectieplaats

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wel	2	5,4	5,4	5,4
	Wel, andere uitvoering	11	29,7	29,7	35,1
	N.v.t.	24	64,9	64,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

40.

Fixeer de pen met de andere hand

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	4	10,8	10,8	10,8
	Wel	10	27,0	27,0	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

41.

Houdt knop ingedrukt en naald min. tien tellen in de huid houden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	11	29,7	29,7	32,4
	Wel, andere uitvoering	1	2,7	2,7	35,1
	N.v.t.	24	64,9	64,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

42.

Masseer huid niet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet	1	2,7	2,7	2,7
	Wel	13	35,1	35,1	37,8
	N.v.t.	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Bijlage 4c. Gecodeerde antwoorden uit vragenlijst

	Vraag:	Verzorgende	Leerling	Flexmedewerker
1	Waarom wordt de deur van de medicijnkamer vaak open gelaten, of bewust open gehouden met een handdoek?	1) Omdat je er heel vaak moet zijn, veel in en uit loopt, en omdat het tevens 'n kantoor is. 2) Omdat niet altijd de „sleutels” werken. Aangezien ik alleen 's nachts werk, weet ik niet hoe dat overdag is. 3) Gemakszucht? Onoplettendheid? Veel collega's hebben ook geen sleutel, dus zetten ze hem aan het begin van de avond open. 4) Gemakzucht en niet iedereen heft 'n sleutel of 'n goede sleutel. 8) Automatisme om de deur een zetje te geven en niet dicht te duwen. 9) geen sleuteltje. 10) Slot werkt niet of sleutel is niet up to date. 14) ik werk hier 1 jaar en heb nog steeds geen sleutel.	5) geen flauw idee. Pas op de afdeling. Ik doe de deur altijd dicht. 11) omdat sommige mensen geen sleuteltje hebben of vergeten zijn en gemakzucht. 13) omdat sommige medewerkers geen of een niet goed werkende sleutel hebben.	6) Op de meeste afdelingen gaan de deuren gewoon dicht. Op Krommenhoek scheelt het nog welke unit je staat. De ene unit hebben ze een handdoek tussen de deur zitten, andere is het slot kapot en weer de andere laten ze de deur gewoon open staan. Ik maak de deur altijd dicht, als het kan. Waarom ze het zo doen? Als flex pas ik me aan op de manier van werken op de afdeling. Waarom ze het doen: ze zeggen dat het makkelijker te vinden, hoeven ze niet telkens de dopsleutel te pakken. Veilig is het niet. Iedereen kan er in. Maar als dit is wat ze willen, dan heb ik weinig in te brengen. Ik kan er weinig aan doen, zo ben ik er wel en zo weken niet. 7) Mij niet bekend. Niet iedereen heeft een sleutel. 12) omdat onze sleutels zijn gerecet en ook verantwoordelijke van dienst anders niet bij de med. kan.
2	Waarom wordt er gebruik gemaakt van dienblad om medicatie te delen in plaats van de daarvoor bestemde medicijnkar?	1) Wij hebben nog geen med. Kar, deze was is eerste instantie te duur net na de verhuizing en is er voor deze (tijdelijke) oplossing gekozen. 2) Ik vind dat 's nachts overzichtelijk en een dienblad kun je geluidloos mee de gang opnemen.. een kar niet. 3) Dan hoeft de kar niet mee naar binnen. Medicijnen worden vooraf uitgezet en alleen het blad naar binnen.	5) overzichtelijker welke medicijnen je hebt uitgezet. 11) medicijn bakjes zitten vaak heel vol. En daar zet je dan de medicatie op voor je gaat eten met de bewoners. 13) dat is “handig” zodat je het vantevoren al klaar kan zetten	6) De medicijnen worden vaak van te voren uitgezet, omdat het op dat moment rustig is. Vaak ben je rond het eten alleen. Als je dan de medicijnen nog uit moet zetten en eten moet ronddelen kom je vaak tijd te kort en de cliënten willen eten. Als je dan zelf de medicijnen al uitgezet hebt en zelf rond deelt, scheelt dat weer tijd. Op een dienblad kun je

		4) Op onze unit hebben we geen medicijnkar dus voor ons is het dan makkelijk om de med. Erop te leggen en mee naar de huiskamer te nemen. 8) Op bepaalde units hebben ze geen medicijnen kar. 9) handigheid. 10) voor overzicht en makkelijke voor ons overzicht. 14) ?		overzichtelijk alle medicijnen kwijt (tabletten, zakjes, druppels, inhallaties en zalven. In de kar is het niet altijd overzichtelijk. 7) Dit is makkelijk. Om 12:00 uur hebben er maar weinig mensen medicijnen. Krommenhoek unit 2 maar 4 mensen een maand geleden. Op de Wamberg op unit 3 word wel de medicijnkar gebruikt. 12) nu van med.kar m.i.
3	Waar moet de nieuwe medicijnkar aan voldoen zodat het medicijndienblad niet meer nodig is?	1) Voldoende vakken, ruimte voor (dozen-doosjes) goed overzichtelijk en goed schoon te houden. 2) zie nr.2. 3) een systeem bovenop de kar om de kleine ronde bekertjes in te zetten. 4) Klein, makkelijk te rijden, een slot. 8) Duidelijke lijst wie welke medicatie heeft en dan daarvoor bestemde bakjes. 9) grotere lade per bewoner. 10) zoals hij besteld is is hij goed. 14) (leeg)	5) meer ruimte. Overzichtelijke plek voor in de bakjes waar je medicijnen kan uitzetten. 11) meer ruimte!! 13) fijne bakjes en een blad waar je de medicatie op kan zetten.	6) Meer ruimte in de laadjes,. Gewoontjes goed werkplateau die fijn werken, zijn vaak moeilijk te wijzigen/veranderen. 7) Aan een kleiner formaat. 12) ??
4	Wat vind jij ervan om doosjes met medicijnen van overleden bewoners te gebruiken als voorraad?	1) Die gaan retour naar apotheek, soms blijft er 'n doosje paracetamol achter voor calamiteiten (bezoek-personeel) maar de rest gaat terug. 2) Prima idee, kun je een ander helpen in geval van nood en het is goedkoper. 3) Dit mag helemaal niet! Alle medicatie moet retour. Er kan gewoon op naam besteld worden en de apotheek heeft een snelle levering. 4) Anders moet je er nog 'n keer voor betalen. Prima, want er is toch al voor betaald en dan kun	5) afhankelijk van het medicijn. Iets als paracetamol kan wel in de voorraad worden opgenomen. 11) lichte medicatie zoals paracetamol bewaren wel, kan je ook halen bij de drogist maar zwaardere doe ik in de retour bak. 13) ik vind dat het met veel gebruikte medicatie wel kan, zoals paracetamols of primperam.	6) Onder het mom van bezuinigingen en er is toch al voor betaald wordt dit gedaan met veel gebruikte medicijnen. Als de medicatie bekend is bij de apotheek (wel recept, maar nog niets leveren), arts en je let op de datum en de sterkte moet dit kunnen. 7) Dit maak ik niet vaak mee, maar medicijnen zijn er duur. Als het een medicijn wat vaak gebruikt word bv paracetamol vind ik het goed. Maar het moet niet over de

		je ze gewoon weer gebruiken voor 'n andere bew. (er staat 'n datum op). Het gaat wel om de lichtere medicatie bijv. paracetamol. 8) Als voorraad niet maar wel als reserven. 9) van bepaalde med. is dit makkelijk, denk aan p.z. of temazepam. Zetpillen enz. meestal med. die z.n. staan. 10) mag niet moeten retour. 14) niet goed	Anders kost het veel geld als we het weer opnieuw moeten bestellen.	datum zijn. 12) als alles op rolletjes loopt hoeft het niet. Mar b.v. 1 doosje paracetamol zou ik niet verkeerd vinden.
5	Waar haal jij de tabletten uit het blisterzakje (bijvoorbeeld bij het aanrecht, in de medicijnkamer of bij de cliënt)? En waarom juist daar?	1) Bij de bewoner om vergissingen te voorkomen. 2) Bij de cliënt, weet ik zeker dat ik de juiste tabletten bij de juiste persoon heb.. heb ik extra controle. 3) Bij de cliënt. Op het zakje staat datum + naam, dus dan weet e zeker dat het bij de goede is. 4) Ligt eraan of er nog meer losse medicijnen bij moeten, want dan doe ik het in de med. Kamer en anders bij de cliënt. 8) bij cliënt omdat je ze dan niet kunt verliezen en zeker weet dat ze daar zijn. 9) Bij de cliënt. Voor controle zodat je het bij de correcte bewoner geeft. 10) bij de bewoner zelf zodat ze zien wat ze krijgen. 14) bij de cliënt om zeker te weten dat het de goede medicijnen zijn.	5) bij de cliënt. Cliënt mee laten kijken wat voor medicatie ze krijgen. 11) bij de cliënt. 13) meestal bij de bewoner, vind ik fijn, staat de naam op het zakje, dus nog een keer controle.	6) Dit is afhankelijk van een aantal zaken. - Wil de cliënt ze zelf open maken, of dat het bij de cliënt gebeurt . Dan doe ik het bij de cliënt. - Bij gemalen medicijnen in het unitkantoor, omdat daar de vijzel/medicijnkraker staat. - Meestal maak ik het open daar, waar de bewoner is. 7) elke dienst is anders. Wat de wens van de cliënt is. Soms doet de cliënt het helemaal zelf. 12) bij de bewoner, tot laatst toe co juiste bewoner, juiste med.
6	Vind jij dat het rode formulier (met opmerkingen) in de medicijnklapper meerwaarde heeft ten aanzien van de	1) Ja, vooral voor flexmedewerkers, nieuwe medewerkers kunnen er altijd op terug vallen hoe en waarmee med. Ingeenomen moeten worden. 2) Ja, staat info op wat	5) ja. Overzichtelijk! 11) ja daar staat ook op hoe de bewoner z'n medicatie wil. 13) ik vind het handig dat erop	6) Als je bedoelt het papier waar op de ene kant staat voor wie het is en de andere kant de bijzonderheden (gemalen, via de sonde enz.), dan vindt ik het zeer belangrijk. Op alle

	recepten? En waarom?	voor desbetreffende bewoner geldt bij malen, med. Met appelmoes geven enz. 3) Nee, is niet nodig. Alles staat op de toedieningslijst. 4) Ja, heeft meerwaarde omdat dit duidelijker is dan dat het op de recepten staat. 8) Ja, je weet dan hoe een cliënt de medicatie in neemt. Vooral voor flexmedewerker. 9) oplettendheid. 10) nee als je goed leest zijn alle recepten goed. 14) om te weten hoe de medicijnen worden toegediend.	staat hoe we de medicatie aan de bewoner moeten geven. (gemalen, appelmoes etc.)	afdelingen en soms units hebben deze papieren een andere kleur. Je kunt nu zien welke medicijnpapieren van welke cliënt het is, hoe de cliënt de medicijnen inneemt (niet iedereen kan het zeggen en zegt het goed), aangepaste tijden, gemalen, enz. Ik kan dat wel telkens aan een collega vragen, maar dan hou je degene ook van het werk af. De cliënt weet het ook niet altijd of zegt het verkeerd. Je bent er wel verantwoordelijk voor. 7) Ja, hier staat iets over hoe de cliënt de medicijnen inneemt. 12) Ja, dit is duidelijk qua systeem in het kader van zijn omgang b.v. malen etc.
7	Hoe kun je ervoor zorgen dat opiaten en of insuline dubbel gecontroleerd kunnen worden en opiaten ook dubbel afgetekend kunnen worden (bijv. wanneer je alleen op een unit staat)?	1) Collega' van andere unit erbij vragen, ik vind het beter om het meteen af te werken. Niet b.v. de volgende dag te doen, kans op vergeten. 2) 's nachts ben je altijd alleen en is niet altijd mogelijk om nachthoofd (collega van andere afdeling) te laten komen. Oplossing...nachthoofd weer als zwerfwacht. 3) Na een collega lopen? Anders de bewoner vragen (bij insuline) als extra controle. 4) Zorgen dat er een goede duidelijke lijst is. Als je alleen bent, kun je altijd 'n collega van een andere unit vragen. 8) Collega van andere unit laten checken. 9) bijna onmogelijk. 10) de bewoner zelf of collega andere unit (wel meer werk). 14) door iemand te roepen van een andere unit.	5) Collega roepen van andere unit. 11) (leeg) 13) insuline met bewoner en opiaten is toch wel erg lastig als je alleen staat.	6) Of je controleert jezelf dubbel of je gaat iemand halen van een andere unit. Dan moet het qua bezetting altijd goed zijn. Minimaal 2 collega's die alle medicijnen mogen doen. 7) Ik sta nooit alleen op een unit. Ik werk altijd 's ochtends. Anders zou ik het niet weten. 12) 'n collega keuken laten zien b.v. insuline EH

8	Als een collega de medicijnen heeft uitgezet op het dienblad, en afgetekend, zou jij die medicatie dan uitdelen? Waarom wel/niet?	1) Liever niet, omdat ik iets moet geven wat ik zelf niet “gezien” heb. 2) Als ik ze zelf nog kan controleren wel. 3) ligt eraan wie, sommige collega’s vertrouw ik wel. Ik weet ook welke medicijnen de mensen hebben. 4) Nee, wat diegene die ze geeft is verantwoordelijk, dus daarom zou ik ze eerst nakijken en dan pas zou ik de medicijnen geven. 8) Ik zou dat doen. Kijk wel op de rol/zakjes of de datum en tijd klopt. En vraag aan collega of alles klaar is. 9) nee, ik geef geen med. die al afgetekend zijn. 10) Ja, ligt eraan wie. Heb dan vertrouwen in collega. 14) dit geeft me geen fijn gevoel.	5) nee. Ik geef alleen wat ik zelf heb uitgezet. 11) nee ik zou ze eerst controleren. 13) wel, maar ik controleer dan nog wel alle pillen.	6) Mijn voorkeur gaat uit naar, degene die ze uitzet deelt ze ook. Er zijn altijd uitzonderingen. Dan kijk ik ze nog dubbel na voordat ik ze geef. 7) Ligt eraan welke collega. Liever niet, want als zij of hij een medicijn vergeten is of een fout heeft gemaakt krijg ik de schuld. Dit mag de laatste weken ook niet meer. Degene die de med. Uitzet, deelt ze ook uit. 12) ik deel als ik zeker weet bij twijfel vragen of tjecken ondanks systeem of systeemverandering
9	Als jij de medicatie hebt uitgezet voor een collega, voel jij je dan nog verantwoordelijk of de medicatie is ingenomen? Zo ja, hoe bewaak je dit... Zo nee, waarom niet...	1) -Ik zet nooit med. Voor collega’s uit om dezelfde reden als hierboven. -Zou dat om een of andere reden moeten, zou ik me wel verantwoordelijk voelen, terwijl ik het niet in de ‘hand’ heb, niet prettig. 2) (nee) omdat mijn collega de verantwoording heeft om ze te geven. Overigens zet ik zelden medicatie uit die ikzelf niet geef. Enkel in nood. 3) (ja) ik zet alleen uit voor collega’s die ik blind vertrouw. 4) (Nee) ik zet nooit med. Uit voor mijn collega’s. 8) Zo nee, omdat ik dan duidelijk tegen mijn collega zeg dat ik ze heb uitgezet maar dat ze ze zelf moet uitdelen. 9) Zo ja, ik zet ze uit maar geef ze niet. Geef collega door om alsnog af te tekenen.	5) n.v.t. ik zet niet uit voor een collega. 11) zo ja, dat is moeilijk ik hoop dat ’n collega ze dan ook nakijkt en dan pas geeft. 13) zo ja, ik doe dat niet, medicatie die ik uitzet geef ik zelf.	6) Zo ja, hoe bewaak je dit...nachecken bij de collega, cliënt. Nachtkastjes en tafels checken. Zo nee, waarom niet...Als ik afgewerkt ben, dan vraag ik of ze het nog nakijkt voordat ze het uitdeelt en dan geloof je dat ze dat ook doet. 7) Zie vraag 8. Dit mag niet meer. 12) ja, co

		10) zo nee, dat is vertrouwen hebben in elkaar. 14) doe ik niet!		
10	Zou jij graag extra uitleg krijgen over de werking en bijwerkingen van veel gebruikte medicatie op de afdeling?	1) Ja, daar is niets mis mee, maar wat ik begrepen heb, gaat de apotheek daar in de toekomst (als hun, de zaakjes goed voor elkaar hebben) mee aan de slag. 2) Ja, leer je altijd van. 3) extra uitleg is altijd goed. 4) Ja 8) Ja! 9) niet zo zeer. Wel het gebruik van zoveel med. met dezelfde werking is dit nodig. Veel bewoners hebben naar mij mening te veel med. 10) nee, dit doen leerlingen uitzoeken en wij krijgen een uitgewerkt exemplaar. 14) ja	5) Ik vind dit eigen verantwoording. Ik zoek zelf uit wat voor medicijn iets is als ik deze niet ken. 11) ja 13) ja	6) Op veel afdelingen is een lijst met de werking van veel gebruikte medicatie. Je kunt het navragen of opzoeken. Het kan makkelijk zijn als het er is. Maar wie houdt dit bij? Vroeger had elke afdeling een boek over de medicijnen. Dit boek werd om het jaar vernieuwd. 7) Nee, ik heb zelf een medicijnen woordenboek. Als flexmedewerker voel ik mij niet zo betrokken (is niet slecht bedoelt.) 12) ja
11	Als een bewoner zijn medicijnen heeft geweigerd, wat schrijf je dan in de rapportage?	1) Heeft med. Geweigerd en zo mogelijk waarom. 2) Dat de bewoner med. Geweigerd heeft en als de bewoner de reden aangeeft zet ik die erbij. 3) voorbeeld: dhr weigert medicatie van 17:00 uur. 4) Dat de bewoner de med. Heeft geweigerd met de eventuele reden. En een mic invullen. 8) nog niet meegemaakt. 9) in het ONS en op de med. aftekenlijst. 10) mevr/dhr heeft med. geweigerd. 14) zoals het is	5) -reden weigering – tijdstip weigering –welke medicatie geweigerd. 11) ja. 13) dat de bewoner ze geweigerd heeft en evt. de rede.	6) Medicatie geweigerd en om welke medicatie het gaat. 7) Dat de cliënt medicijnen heeft geweigerd. 12) geweigerd
12	Wat doe je als er minder opiaten in het doosje zitten dan het aantal dat op het formulier staat?	1) Kijken of het nog te herlijden is waar die gebleven zijn, anders start ik met de hoeveelheid waarmee ik begin. 2) Terugkoppelen aan collega's en als er geen oplossing in komt een mic maken. 3) Kijken wie afgetekend heeft en dan navragen. Ik teken alleen wat ik zie.	5)-collega mee na laten kijken – kijken of er ergens fout te vinden is. -melding maken. 11) gewoon geven, een rapportage van maken (maar elke unit leent iets van elkaar). 13) ik kijk het	6) Ik schrijf het aantal medicijnen op die er nog zijn. En geef dit door aan een collega die vast op die afdeling werkt. 7) Dan ga ik naar een collega. Of die er meer van weet. Of naar de afd. manager. 12) starten met wat ik aantref en not. En doorgeven.

		4) Eigenlijk niks, wel navragen aan 'n collega, maar die weten het ook vaak niet. En er wordt soms ook nog wel 'ns van een andere unit iets geleend en dan niet terug gebracht. Soms zit er wel eens een briefje bij zodat je weet dat het ook voor iemand geleend is en dan komt het wel terug. 8) rapporteren en collega's vragen wat ze ervan weten. 9) Een nieuw doosje en lijst pakken zodat het weer klopt. 10) niets, want kan gebruikt zijn voor andere bewoner (dit is minpunt van mijn). 14) iemand anders erbij roepen en overleggen wat dan te doen.	goed na en anders ga ik op de volgende regel verder en rapporteer het zonodig.	
--	--	---	---	--

***Wanneer uitspraken hetzelfde geïnterpreteerd kunnen worden zijn kregen deze hetzelfde lettertype.**

Losse opmerkingen van de medewerkers:

7) Jullie hebben alleen gekeken op de Krommenhoek. Op andere afdelingen word wel met de medicijnkar medicatie uitgedeeld. Van een handdoek voor de deur open te houden heb ik niet vaak gezien. Succes met de opleiding.

10) opmerking: het zijn bewoners geen cliënten hier.

12) lege tijd tussentijds kon effectief zijn door dan rustig je medicatie klaar te zetten en te controleren. Minder rust onder het eten en meer werkbelasting door medicatie klaar te zetten en te delen onder de maaltijden. Niet fijn. Succes.

Voor medestanders

- Benadruk waarover u het eens bent.
- Bespreek moeilijkheden in de relatie.
- Wees helder over wat u in de samenwerking van de ander verwacht.
- Vraag hun wat ze van de samenwerking verwachten.
- Word het eens over de werkwijze.
- Bevestig overeenstemming.
- Roem de kwaliteit van de relatie.
- Benoem twijfels die u zelf hebt openlijk.
- Vraag hen om hulp en advies.
- Bied hun hulp en advies.
- Gebruik voorbeeldfunctie.
- Beloon.

Voor tegenstanders

- Wees helder over uw project.
- Leg neutraal voor hoe u denkt dat zij erin staan.
- Leg zo nodig uit wat uw eigen bijdrage aan een eventueel probleem is.
- Geef aan wat u gaat doen.
- Vraag niets van hen.
- Negeer.
- Neem bezwaren serieus (wat wil men vasthouden en waarom).
- Regel outplacement.
- Stuur op resultaten.
- Laat resultaten spreken.
- Stimuleer loopbaanontwikkeling.
- Ga de confrontatie aan.

Voor twijfelaars / niet wetters

- Wees helder over uw project.
- Vraag wat hun positie is.
- Pas lichte druk toe.
- Vraag onder welke voorwaarde ze het traject zouden willen steunen.
- Nodig hen uit om te helpen bij het oplossen van het probleem.
- Laat hen meedenken/-werken aan het project.
- Organiseer coachingsgesprekken.
- Zet teambuildingsacties op.
- Bied ruimte om zelf ervaring op te doen met kleine verbeteracties die snel succes hebben (quick wins).

(Gebaseerd op theorie van P. Block (1989) en op praktijkervaring van organisatieadviesbureau Twynstra Gudde en Vilans)

Bijlage 6: Algemeen schema gedragsverandering

Gedrags- en omgevingsanalyse:

Het doel is vaststellen waar de oorzaak ligt van een bepaald gedrag.

Stap 1 is het bepalen van gedragsdeterminanten

Hiervoor wordt ook wel het ASE-model gebruikt. De afkorting ASE staat voor Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteit. In onderstaand schema staan voorbeelden genoemd per gedragsdeterminant.

1.) Attitude	- gemakzucht; - ik wil het wel doen maar denk er niet aan; - ik kan het wel doen maar waarom zou ik...;
2.) Sociale invloed	- Wanneer niet alle medewerkers de deuren sluiten wat heeft het dan voor zin om het wel te doen. Hierdoor beïnvloeden de medewerkers elkaar om dit niet te doen. - Wanneer veel mensen het verbeterpunt niet uitvoeren en elkaar niet aanspreken, wordt de sociale druk groter bij mensen die de situatie wel willen veranderen. Er ontstaat minder draagvlak in vergelijking met draagkracht.
3.) Eigen effectiviteit	- Medewerkers denken de verandering wel/ of niet te kunnen bewerkstelligen.
4.) Barrières	- Niet de juiste middelen of faciliteiten. Bijv. gebrek aan werkende sleutels.

Attitude + Sociale invloed + Eigen effectiviteit → **Intentie**

De intentie moet positief worden, kortom er moeten meer voor- dan nadelen worden gezien binnen de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit.

Stap 2. Ontwikkelen & implementeren van interventie.

Model van gedragsverandering door voorlichting

Succesvolle communicatie:

1. Aandacht hebben, men staat open voor de verandering, begrijpt de verandering en/of probleem.

Voorbeelden:

- De medewerkers moet op de hoogte zijn van het bestaande probleem.
- Het voorlichtingsbericht dient afgestemd te zijn op de situatie van de medewerkers.
- De medewerkers moeten zich betrokken voelen bij het bestaande probleem. Zij moeten het gevoel hebben dat het voor hen van persoonlijk belang is (Sassen, B., 2010, p. 248).

2. Begripsverbetering, men begrijpt waarom de verandering moet plaatsvinden.

Dit doe je door eerst aan te sluiten bij de kennis die de medewerkers al hebben. De essentie moet begrepen worden. Dit kan door kennis vergroting en/of kennistekort opheffen (Sassen, B., 2010, p. 249).

Verandering in gedragsdeterminanten en gedrag:

3. Attitude verandering; de verandering willen ondergaan, afwegen van de voor- en nadelen van de verbetering, realistisch beeldvorming te weeg brengen en tot slot beloning bij positieve verandering van de attitude. (Sassen, B., 2010, p. 251)

4. Kunnen omgaan met de verandering.

De medewerkers moeten kunnen omgaan met sociale druk en steun. De weerbaarheid van het team zal vergroot moeten worden. Een team bestaat uit verschillende typen mensen, hierin kunnen voor-, tegenstanders of twijfelaars zitten. Bij de uitvoering van al deze stappen is het van belang om koplopers volledig te enthousiasmeren deze verandering op te pakken. Zij kunnen dan de meelopers weer positief beïnvloeden waardoor achterlopers uiteindelijk over de streep worden getrokken (zie bijlage 5 Voor-, tegen- en twijfelaars, p. 72). (Sassen, B., 2010, p. 254)

5. Toename van eigen effectiviteit, de verandering kunnen uitvoeren.

Volgens Bandura (1986) bepaalt de eigen effectiviteit de mogelijkheden die iemand ziet om gedrag wel of niet te vertonen. De Vries (1993) stelt dat verwachtingen over eigen effectiviteit door eerdere ervaringen die mogelijk zijn opgedaan met het betreffende gedrag. Praktische vaardigheden spelen een belangrijke rol bij de eigen effectiviteit. Deze vaardigheden hebben medewerkers nodig wanneer zij een poging ondernemen om gedrag te veranderen.

6. Gedragsverandering, de verandering doen.

Op deze stap kan worden overgegaan wanneer bij de medewerkers aandacht is bewerkstelligd, er begrip is ontstaan, er een attitudeverandering in positieve richting heeft plaatsgevonden, kunnen omgaan met sociale invloed en praktische vaardigheden hebben ontwikkeld.

De verandering doen zal moeten worden uitgedragen door de teammanager en daarnaast de koplopers. Zij zullen in eerste instantie de kar moeten trekken en moeten omgaan met barrières. Uitdagende en haalbare doelen moeten worden opgesteld bijv. door een werkgroep. Onder leiding van de werkgroep zal er verslag worden gedaan van het veranderingsproces en zal deze geëvalueerd worden. (Sassen, B., 2010, p. 260)

Stabiliseren van gedragsverandering

7. Gedragsbehoud, de verandering blijven uitvoeren.

De stabilisering van de gedragsverandering zal omgezet moeten worden in gedragsbehoud. Dit kan ontstaan door gunstige invloed, bijv. door beloning en wanneer de medewerkers merken dat dit gedrag tot een positieve verandering leidt. Het is van belang dat er naast negatieve feedback ook complimenten worden gegeven door de teamleider en de aandacht-velders aan medewerkers die zichtbaar de verandering uitvoeren.

Om terugval naar het oude gedrag te voorkomen zullen de medewerkers om moeten leren gaan met negatieve ervaringen die bij de gedragsverandering komt kijken. Om op alert te blijven op terugval is het belangrijk om regelmatig te evalueren en ook de negatieve ervaringen bespreekbaar te maken (Sassen, B., 2010, p. 263).

Bijlage 7: Literatuur, zoekgeschiedenis

Cinalh

S1 Medication error AND Nursing homes	Limiters - Published Date from: 20020101-20120331 Search modes - Boolean/Phrase	(16)
S2 Medication error AND Nursing homes	Search modes - Find all my search terms	(27)

S3 NIDCAP	Limiters - Full Text; Published Date from: 20040101-20091231 Search modes - Find all my search terms	(8)
S4 Medication error AND Nursing homes AND Prevention	Search modes - Find all my search terms	(7)
S5 Medication error AND Nursing homes AND Intervention	Search modes - Find all my search terms	(4)

S8 Medication error AND Nursing homes AND Patient safety Search modes - Find all my search terms (5)

S9 Medication error AND administer medicine AND Nursing homes Search modes - Find all my search terms (0)

S11 Medication error AND administer medicine AND Nursing homes	Search modes - Find all my search terms	(0)
S13 administer medicine AND medication mistakes AND Nursing homes	Search modes - Find all my search terms	View (0)
S15 medication mistakes AND Nursing homes	Search modes - Find all my search terms	View (2)

PubMed

Recent queries				
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#39	Add	Search ("Risk Management/methods"[Mesh]) AND "Medication Systems"[Mesh]	139	07:17:21
#29	Add	Search (nurse) AND medication faults	6	07:10:58
#28	Add	Search reduce medical incidents AND nursing home	2	07:07:50
#27	Add	Search ((reduce) AND medical incidents) AND nursing home	2	07:06:56
#26	Add	Search prevention AND medical incidents	913	07:05:14
#25	Add	Search (prevention) AND medical incidents	913	07:04:59
#24	Add	Search ((prevention) AND medicine) AND nursing home	1051	07:02:08
#23	Add	Search ((prevention) AND medical accident) AND nursing home	208	07:01:24
#22	Add	Search (prevention) AND medical accident	10483	07:00:56
#21	Add	Search (prevention) AND medicin accident	7	07:00:34
#29	Add	Search (nurse) AND medication faults	6	07:10:58
#28	Add	Search reduce medical incidents AND nursing home	2	07:07:50
#27	Add	Search ((reduce) AND medical incidents) AND nursing home	2	07:06:56
#26	Add	Search prevention AND medical incidents	913	07:05:14
#25	Add	Search (prevention) AND medical incidents	913	07:04:59
#24	Add	Search ((prevention) AND medicine) AND nursing home	1051	07:02:08
#23	Add	Search ((prevention) AND medical accident) AND nursing home	208	07:01:24
#22	Add	Search (prevention) AND medical accident	10483	07:00:56
#21	Add	Search (prevention) AND medicin accident	7	07:00:34

History

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#19	Add	Search (medication error) AND nurse	1314	13:15:52
#18	Add	Search (medication error) AND safety jacket	0	13:15:25
#17	Add	Search ((disturbing) AND nurses) AND medication	4	13:14:41
#16	Add	Search ((medication error) AND jacket) AND nurse	0	13:13:57

#15	Add	Search factors[Title] AND contributing[Title] AND medication[Title] AND errors[Title] AND jordan[Title]	1	13:12:55
#14	Add	Search factors contributing to medication errors in jordan	1	13:12:55
#11	Add	Search (nurses) AND medication work	401	13:08:14
#10	Add	Search nurses medication work AND errors	128	13:05:26
#9	Add	Search 'nurses medication work' AND 'errors'	0	13:05:18
#2	Add	Search medication errors nursing	2334	12:56:28
#1	Add	Search medication incidents	629	12:55:44

History

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#66	Add	Search factors contributing to medication errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	21	11:38:27
#61	Add	Search (drug administration) AND nursing care AND errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	60	11:32:32
#60	Add	Search (drug administration) AND nursing care Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	517	11:32:16
#57	Add	Search work load AND medical errors AND nurses Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	16	10:43:01
#56	Add	Search work load AND medical errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	94	10:42:54

History

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#66	Add	Search factors contributing to medication errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	21	11:38:27
#61	Add	Search (drug administration) AND nursing care AND errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	60	11:32:32
#60	Add	Search (drug administration) AND nursing care Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	517	11:32:16
#57	Add	Search work load AND medical errors AND nurses Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	16	10:43:01
#56	Add	Search work load AND medical errors Limits: only items with links to full text, only items with links to free full text, Humans, English, German, Dutch, published in the last 10 years	94	10:42:54