



Medicatieproblematiek



Tot stand gekomen in het kader van het project RAAK-MKB Ontwerpen voor zorgverleners

Auteurs

T. Kremers; ontwerpstudio Moorgen

H. Ward; ontwerpstudio Moorgen

Dr. F. Verhoeven; onderzoeker lectoraat Co-design (HU)

Redactie

Dr. A.H.M. Cremers; lector Multimodal User Interface Design (HU)

Ir. B.K. Godfroij; onderzoeker lectoraat Co-design (HU)

I.M. Bargeman; marketing en communicatie (Saxion)

Drs. M. van der Meer; marketing en communicatie (Saxion)

© Saxion/Hogeschool Utrecht, september 2013 (versie 1.0)

Partners: Saxion, Hogeschool Utrecht, Panton, Industrial Design Centre, UDESIGN, Carinova

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
1 Oorzaken van medicatieproblematiek: zorgnetwerk.....	4
1.1 Innovaties moeilijk door te voeren door logge karakter thuiszorgorganisaties	4
1.2 Onduidelijke taakverdeling tussen zorgpartijen in netwerk cliënt	4
1.3 Gebrek aan controle op interactie-effecten van gebruik meerdere medicamenten tegelijk	4
1.4 Medicijnrol niet adequaat gevuld.....	5
1.5 Medicatiefouten worden niet gemeld door thuiszorgmedewerkers	6
2 Oorzaken van medicatieproblematiek: cliëntwoning	7
2.1 Werksituatie (bij iemand thuis) zorgt voor (te)veel afleiding	7
2.2 Routinematig werken van professionele thuiszorgverlener leidt tot medicatiefouten	7
2.3 Gebrek aan kennis bij mantelzorger en cliënt over medicatie leidt tot medicatiefouten	7
2.4 Medicijnlijst niet vindbaar, leesbaar of actueel.....	8
2.5 Cliënt belemmert adequate medicatietoediening door identiteitsverlies of wantrouwen over de zorg.....	9
2.6 Fouten in bezorging van medicijnen aan cliënt door apotheek	9
3 Ontwerpkansen lange termijn	10
4 Ontwerpkansen korte termijn.....	11

Inleiding

Op basis van desk research en interviews met 15 stakeholders (7 professionele zorgverleners, 5 managers/experts in de thuiszorg en 3 cliënten) is inzicht verkregen in zowel de oorzaken van de medicatieproblematiek als ontwerpkanen. Alle inzichten en kansen die in dit document worden gepresenteerd zijn gebaseerd op onderzoek dat is uitgevoerd door ontwerpstudio Moorgen in de periode september tot en met december 2012.

De medicatieproblematiek in de thuiszorg blijkt te worden veroorzaakt door factoren op twee gebieden: zorgnetwerk- en cliëntwoning. Het zorgnetwerk slaat op het grote, complexe netwerk van zorgverleners rondom een thuiszorgcliënt die elk hun eigen taak hebben in de zorgverlening en hierover met elkaar moeten communiceren. Naast de professionele zorgverleners en mantelzorgers zijn de huisarts, thuiszorgorganisatie, specialisten in het ziekenhuis, de ziekenhuisapotheek, de "reguliere" apotheek, en eventueel nog andere partijen (zoals een huishoudelijke hulp) onderdeel van dit netwerk. Het tweede gebied –cliëntwoning- heeft betrekking op fouten die ontstaan op het moment dat een zorgverlener daadwerkelijk bij de cliënt thuis is om zorg te verlenen.

1 Oorzaken van medicatieproblematiek: zorgnetwerk

1.1 Innovaties moeilijk door te voeren door logge karakter thuiszorgorganisaties

De meeste thuiszorginstanties in Nederland zijn grote, nationaal opererende organisaties. Hoewel thuiszorgmedewerkers vaak goede ideeën hebben over het verbeteren van de medicatieveiligheid worden zij belemmerd in het delen of uitvoeren van deze ideeën door de vele lagen in de organisatie waar zo'n idee langs moet voordat het geïmplementeerd kan worden. Daardoor vallen thuiszorgmedewerkers vaak terug op oplossingen die wettelijk niet zijn toegestaan, zoals het uitzetten van medicijnen in een weekdoos (dit moet officieel in de apotheek gebeuren en mag niet gedaan worden door een mantelzorger of thuiszorgmedewerker vanwege de kans op fouten).

Ontwerpkansen lange termijn:

- Hiërarchie binnen thuiszorgorganisaties doorbreken om te stimuleren dat thuiszorgmedewerkers innovatieve ideeën kunnen realiseren.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Binnen wijk- of regioteams een 'innovatiemanager' aanstellen die stimuleert dat ideeën van zorgverleners geïmplementeerd kunnen worden.

1.2 Onduidelijke taakverdeling tussen zorgpartijen in netwerk cliënt

Er bestaat vaak een groot netwerk van partijen rondom de cliënt die elk zijn/haar eigen taak heeft in de zorgverlening: professionele thuiszorgverleners, mantelzorgers, familie, huisarts, specialist, etc. Vaak is het niet voor iedereen duidelijk wat zijn of haar taak is ("Moet ik nu wel of niet de medicijnen geven?"), met als gevolg dat verschillende zorgverleners onbedoeld dezelfde medicatie toedienen of juist geen enkele zorgverlener de taak verricht.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Door middel van technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, online platform o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal met elkaar kunnen communiceren over taakverdeling en een overzicht van taken en verantwoordelijkheden kunnen raadplegen (zie ook Ontwerpcase "Digitale zorgmap").

Ontwerpkansen korte termijn:

- Tijdens intakegesprek met cliënt vastleggen welke zorgverlener welke zorghandelingen verricht. Deze lijst bewaren in de zorgmap. Als er later toch veranderingen in verantwoordelijkheden optreden moet de lijst worden aangepast.

1.3 Gebrek aan controle op interactie-effecten van gebruik meerdere medicamenten tegelijk

Specialisten of huisartsen baseren de medicatie die ze voorschrijven vaak op de omschrijving van de klachten van de cliënt en/of hun eigen diagnose. Hierbij wordt regelmatig het controleren van het bestaande medicatieoverzicht en het verifiëren in de sociale omgeving van de cliënt of de klachten wel kloppen overgeslagen. Daardoor kan het gebeuren dat er nieuwe medicijnen worden voorgeschreven die niet goed samengaan met medicijnen die de cliënt al inneemt. Door een tegenstrijdige werking van medicijnen kunnen complicaties ontstaan als vergiftiging, misselijkheid of duizeligheid. Dit soort gevolgen heten 'interactie-effecten'. Deze kunnen voorkomen worden door:

- Een standaardcontrole op interactie-effecten door de apotheker bij wijzigingen in de medicatielijst van de cliënt.
- Geregeld contact tussen apotheker en huisarts/ specialist van de cliënt om de medicatielijst up-to-date te houden.
- Voordat huisartsen/specialisten nieuwe medicatie voorschrijven aan de cliënt dienen zij bij de apotheker een actueel medicatieoverzicht op te vragen.
- De huisarts/specialist die de nieuwe medicatie voorschrijft dient aan de cliënt of zijn/haar mantelzorger te vragen welke 'over the counter'-medicijnen de cliënt inneemt. Dit zijn medicijnen die zonder recept bij de drogist of apotheker verkrijgbaar zijn. Met name paracetamol gaat niet goed samen met sommige andere medicijnen.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Door middel van technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal een actueel medicatieoverzicht kunnen raadplegen en hierin wijzigingen kunnen aanbrengen.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Voorschrijver van medicatie (huisarts, specialist, etc.) moet altijd actuele medicatielijst checken bij apotheek en moet cliënt/mantelzorger vragen naar 'over-the-counter'-medicatiegebruik.

1.4 Medicijnrol niet adequaat gevuld

De medicatie wordt aan de cliënt verstrekt door de (ziekenhuis)apotheek. Op basis van de medicijnlijst worden de medicijnen voor een bepaalde periode, meestal voor 7 of 14 dagen, door de apotheker verzameld. Vaak worden de medicijnen in een medicijnrol gedaan, vooral als een cliënt meerdere soorten medicijnen op één dag moet innemen. Een medicijnrol is een rol met plastic zakjes, en bevat voor ieder innamemoment van de dag één zakje met medicijnen in een afgepaste hoeveelheid. Er doet zich echter een aantal problemen met de medicijnrol voor:

- Door onverwachte wisselingen in de medicatieverstrekking kan het voor komen dat de inhoud van de medicijnrol niet meer up-to-date is. Het extra toevoegen van medicatie of het verwijderen van medicatie uit de medicijnrol is niet mogelijk nadat de rol eenmaal is gemaakt.
- Soms moet de cliënt halve tabletten innemen. Halve tabletten of hoeveelheden kunnen door de apotheker echter niet in de medicijnrol worden verwerkt omdat dit te arbeidsintensief is. De cliënt, mantelzorger of thuiszorgverlener moet de tablet zelf doormidden breken en de andere helft bewaren voor later gebruik. Hierdoor raakt het overzicht echter snel verloren.
- De medicijnrol is niet geschikt voor vloeibare medicatie. Wanneer een cliënt zowel vaste als vloeibare medicatie nodig heeft, wordt de medicijnrol gecombineerd met losse verpakkingen van vloeibare medicatie. Idealiter zit alle medicatie in hetzelfde systeem, maar de huidige vorm van de medicijnrol maakt dit niet mogelijk.
- De apotheker kan per ongeluk de verkeerde (hoeveelheid) medicijnen in een zakje doen. Derhalve dient de cliënt of zorgverlener zelf te controleren of de juiste medicatie in de juiste dosering wel in het zakje zit op het moment van inname. Deze dubbelcheck vindt echter lang niet altijd plaats.
- Sommige cliënten hebben moeite met het openen van de medicijnzakjes, bijvoorbeeld reumapatiënten die niet beschikken over de benodigde fijne motoriek of kracht in hun vingers.
- Wanneer een cliënt vanuit een zorginstelling ontslagen wordt naar de thuissituatie en vanuit de instantie (een nieuwe combinatie van) medicatie voorgeschreven krijgt, is de medicijnrol niet meteen klaar. Vaak duurt het een paar dagen voor de apotheker deze gereed heeft. In de overbruggingsperiode moet er dan vanuit losse verpakkingen of weekdozen worden gewerkt. Dat is niet ideaal.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Medicijnrol of een nieuw product zo ontwerpen dat tussentijds medicatie toegevoegd of verwijderd kan worden, halve doseringen kunnen worden toegevoegd en vloeibare medicatie kan worden geïncorporeerd.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Faciliteren dat medicijnrolzakjes gemakkelijker geopend kunnen worden, ook door cliënten met bijvoorbeeld reuma of spieraandoeningen.

- Garanderen dat dubbelcheck op inhoud medicijnrol daadwerkelijk plaatsvindt door mantelzorger of professionele thuiszorgmedewerker.

1.5 Medicatiefouten worden niet gemeld door thuiszorgmedewerkers

Om de medicatieproblematiek gericht aan te pakken is het noodzakelijk dat professionele thuiszorgmedewerkers medicatiefouten bij hun organisatie melden. Hiervoor bestaan meldingssystemen, zoals MIM (Melding Incident Medicatie). Weinig (medicatie-)incidenten worden echter gemeld, omdat:

- Zorgverleners zich ervoor schamen .
- Zorgverleners zo pragmatisch zijn ingesteld dat ze medicatiefouten vaak ter plekke oplossen en zodra ze de deur uitgaan bij de cliënt het incident al niet meer als een fout zien.
- Het erg veel tijd en moeite kost een incident in te voeren in een meldingssysteem.

Overigens geldt het gebrek aan melding niet alleen voor medicatiefouten; zie Ontwerpcase “Veiligheid in de thuiszorg”.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Schaamtecultuur omtrent het melden van incidenten wegnemen. Zorgverleners niet alleen het incident laten melden, maar ook de oplossing die ze zelf aandragen .
- Meldingsproces mogelijk maken via digitale zorgmap of elektronisch cliëntendossier. Een incident wordt dan niet ‘iets groots’ om te melden, maar een reguliere registratie tijdens de administratie die toch al moet plaatsvinden.

2 Oorzaken van medicatieproblematiek: cliëntwoning

2.1 Werksituatie (bij iemand thuis) zorgt voor (te)veel afleiding

Een professionele thuiszorgverlener of mantelzorger werkt bij een cliënt in zijn/haar woonhuis. In een woning zijn veel storende factoren aanwezig die maken dat het voor de zorgverlener soms moeilijk is zich te concentreren op zijn/haar werk: huisdieren, huisgenoten (bijvoorbeeld drukke kinderen), een onhygiënische situatie, een vol interieur of de cliënt zelf die veel aandacht vraagt. Een fout tijdens de medicatietoediening is daardoor snel gemaakt.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Zorgen voor een vaste (schone en droge) plek in huis waar medicijnen bewaard en ingenomen worden, zodat cliënt en andere aanwezigen weten dat er met medicatie wordt gewerkt en dus niet kunnen storen/afleiden.

2.2 Routinematig werken van professionele thuiszorgverlener leidt tot medicatiefouten

Professionele thuiszorgmedewerkers verzorgen of verplegen meerdere cliënten op een dag (soms wel 15) en sommige cliënten zien ze zelfs meermaals op een dag. Vooral in stabiele situaties van oudere cliënten die dag in, dag uit dezelfde medicatie nodig hebben, sluipt de routine erin en komt het voor dat zorgverleners vergeten de zorgmap te controleren of er "vandaag niet toevallig andere medicijnen toegediend moeten worden".

Ontwerpkansen lange termijn:

- Product/interventie ontwerpen dat/die maakt dat thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers niet op basis van routine werken en alert blijven tijdens *elke* medicatietoediening.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Cliënten die daartoe in staat zijn alert maken op feit dat zij zelf of de mantelzorger de medicatie controleren. Of de professionele zorgverlener vragen dit voor het innemen te doen.

2.3 Gebrek aan kennis bij mantelzorger en cliënt over medicatie leidt tot medicatiefouten

Medicijnen moeten secuur worden toegediend. Meestal dient de professionele thuiszorgverlener de medicatie toe aan de cliënt, maar het gebeurt ook dat de cliënt en/of de mantelzorger zelf verantwoordelijk is voor inname van medicijnen. Dit wordt dan vooraf afgesproken met de thuiszorgorganisatie. Mantelzorgers of cliënten die medicatie zelf toedienen hebben niet altijd de juiste kennis en ervaring over de medicatie om dit adequaat te kunnen doen. Ze nemen de instructies van de huisarts of specialist over zonder zich bewust te zijn van gevaren van verkeerde toediening. En soms worden de instructies niet goed begrepen. Veel voorkomende fouten zijn:

- Het omhulsel van een capsule wordt verwijderd om het medicijn gemakkelijker te kunnen innemen. Daardoor wordt de werkzame stof uit het medicijn direct in het lichaam opgenomen, terwijl dat juist niet de bedoeling is.
- Mantelzorgers weten niet goed hoe te handelen als de cliënt weigert medicatie in te nemen of de medicatie niet binnenhoudt (bijv. door braken). Dit leidt vaak tot ongefundeerde, acute beslissingen die gevaarlijk kunnen zijn. Bijvoorbeeld een overdosis geven of juist helemaal geen medicatie meer toedienen.
- Mantelzorger of cliënt zijn niet secuur in het innemen van de medicatie. Indien zij bijvoorbeeld twee dagen achter elkaar vergeten zijn medicijnen in te nemen, nemen ze soms drie dosissen in één keer. De

- maag kan dit vaak niet aan, waardoor misselijkheid of zelfs ernstigere complicaties het gevolg zijn.
- Mantelzorger of cliënt constateren zelf dat de cliënt zich beter voelt en stoppen acuut met de medicatie, terwijl het waarschijnlijk juist essentieel is de hele voorgeschreven kuur af te maken.
- Mantelzorgers/cliënten worden voor extra informatie over medicatie verwezen naar de bijsluiter. Door het kleine lettertype en de moeilijke woorden die gebruikt worden, zijn deze lastig te begrijpen. Er ontstaat juist meer verwarring over de medicatie dan dat ze duidelijkheid geven.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Goede voorlichting aan cliënten en mantelzorgers over juiste medicatietoediening is voor het tegengaan van fouten essentieel. Naast controle door professionele thuiszorgverleners op het medicatiegebruik. Voorlichting moet in elk geval gaan over: hoe te handelen wanneer cliënt medicatie niet inneemt, het belang van het intact laten van het omhulsel van de medicatie (capsule), belang therapietrouw/ inname op voorgeschreven momenten.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Bijsluiter van medicatie leesbaarder maken voor cliënten.
- Informatienummer verstrekken waar mantelzorgers/cliënten naartoe kunnen bellen bij twijfel over medicatie (indien de bijsluiter meer vragen oproept dan duidelijk maakt).

2.4 Medicijnlijst niet vindbaar, leesbaar of actueel

De medicijnlijst is een fysiek, vaak handgeschreven, overzicht van alle medicatie die een cliënt moet innemen, met daarnaast de frequenties en hoeveelheden waarmee de medicatie ingenomen moet worden. De medicijnlijst is iets anders dan de medicijnrol. In de medicijnlijst staat vermeld welke medicatie de cliënt nodig heeft, terwijl in de medicijnrol de medicijnen zitten die de cliënt moet innemen. De inhoud van de medicijnrol is gebaseerd op de medicijnlijst.

De medicijnlijst wordt opgesteld door de (ziekenhuis)apotheek. De medicijnlijst staat in de computer van de apotheek en wordt vaak uitgeprint en in de zorgmap bij de cliënt thuis gedaan. Daarin staat ook het zorgplan (welke zorghandelingen verricht moeten worden), contactgegevens van specialisten en andere bijzonderheden. Na elk bezoek moet de zorgverlener de medicijnlijst aftekenen en opmerkelijkheden melden in de zorgmap. Dit is zowel relevant voor de volgende zorgverlener die langskomt als voor de mantelzorger en familie. Zonder een goede rapportage is er geen goed beeld over de toestand waar de cliënt zich in bevindt en of de medicatie is toegediend. Als de lijst niet goed is bijgehouden bestaat de kans dat er fouten worden gemaakt, zoals een dubbele dosering van medicatie.

Er doet zich een aantal problemen voor met de medicijnlijst bij de cliënt thuis:

- De zorgmap waar de medicijnlijst in zit is soms onvindbaar omdat er geen vaste plek in huis is waar deze wordt bewaard.
- De medicijnlijst is niet actueel; recente wijzigingen in de medicatie zijn niet opgenomen of onduidelijk weergegeven.
- De medicijnlijst is onleesbaar indien het om een handgeschreven overzicht gaat.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Door middel van technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal een actueel medicatieoverzicht kunnen raadplegen en hierin wijzigingen kunnen aangeven.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Zorgmap (waarin de medicatielijst zit) een vaste plek in de woning van de cliënt geven.

2.5 Cliënt belemmert adequate medicatietoediening door identiteitsverlies of wantrouwen over de zorg

Een thuiszorgcliënt is voor bepaalde activiteiten afhankelijk van anderen. Dit kan variëren van huishoudelijk werk tot intieme verzorging zoals douchen en medicatietoediening. Deze afhankelijkheid is voor veel cliënten moeilijk te accepteren omdat zij het ervaren als identiteitsverlies. Daardoor kunnen ze weerstand aan de zorg bieden, wat problemen bij de medicatietoediening kan veroorzaken (bijv. door het zelf willen doen, maar het toch niet kunnen). Ook komt het voor dat oudere en/of dementerende cliënten verward zijn en zich vreemd gedragen en daardoor niet meewerken wanneer de medicijnen ingenomen of gespoten moeten worden. Tot slot zijn er cliënten die argwanend zijn tegenover het zorgsysteem in het algemeen en daardoor niet willen meewerken. Professionele zorgverleners weten het vaak wel zo te spelen dat de cliënt uiteindelijk de juiste medicatie krijgt, maar bij medicatie die geïnjecteerd moet worden is het extra lastig. Voor mantelzorgers is het moeilijker om met weerbarstige cliënten om te gaan, omdat het hen vaak ontbreekt aan ervaring die professionele thuiszorgmedewerkers wel hebben.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Schaamte/wantrouwen bij cliënt wegnemen voor het ontvangen van thuiszorg.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Trainen van mantelzorgers en professionele thuiszorgmedewerkers m.b.t. weerbarstige cliënt bij medicatietoediening.

2.6 Fouten in bezorging van medicijnen aan cliënt door apotheek

Volgens de officiële regelgeving mag een professionele thuiszorgverlener de medicatie van de cliënt niet bij de apotheek ophalen. Vaak doet de cliënt of de mantelzorger het daarom zelf. Lukt dit ook niet, dan worden de medicijnen door de apotheek bij de cliënt thuis bezorgd. Hierbij doet zich echter een tweetal problemen voor:

- De cliënt is niet thuis of is niet in staat de deur te openen. De medicijnen worden dan aan de deur gehangen of op de stoep gelegd en liggen dan letterlijk op straat.
- De cliënt die de medicijnen in ontvangst neemt kan verward zijn en niet weten wat hij met de medicijnen moet doen. Soms worden deze zomaar weggegooid of op een onvindbare plek neergelegd.

Ontwerpkansen lange termijn:

- Product/interventie ontwerpen dat/die veilige bezorging van medicatie door apotheek aan cliënt mogelijk maakt.

Ontwerpkansen korte termijn:

- Garanderen/faciliteren dat mantelzorger of cliënt zelf medicatie ophaalt bij de apotheek zodat bezorging niet nodig is.

3 Ontwerpkansen lange termijn

In paragraaf 1 en 2 van dit document zijn de ontwerpkansen voor de lange termijn genoemd. We vatten ze nog even samen:

1. Innovaties moeilijk door te voeren door logge karakter van thuiszorgorganisaties

- Hiërarchie binnen thuiszorgorganisaties doorbreken om te stimuleren dat thuiszorgmedewerkers innovatieve ideeën kunnen realiseren.

2. Onduidelijke taakverdeling tussen zorgpartijen in netwerk cliënt

- Door middel van technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, online platform o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal met elkaar kunnen communiceren over taakverdeling en een overzicht van taken en verantwoordelijkheden kunnen raadplegen (zie ook Ontwerpcase “Digitale zorgmap”).

3. Gebrek aan controle op interactie-effecten van gebruik meerdere medicamenten tegelijk

- Door middel van Middels technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal een actueel medicatieoverzicht kunnen raadplegen en wijzigingen hierin kunnen aanbrengen.

4. Medicijnrol niet adequaat gevuld

- Medicijnrol of een nieuw product zo ontwerpen dat tussentijds medicatie toegevoegd of verwijderd kan worden, halve doseringen kunnen worden toegevoegd en vloeibare medicatie kan worden geïncorporeerd.

5. Medicatiefouten worden niet gemeld door thuiszorgmedewerkers

- Schaamtecultuur omtrent het melden van incidenten wegnemen. Zorgverleners niet alleen het incident laten melden, maar ook de oplossing die ze zelf daarvoor aandragen.
- Meldingsproces mogelijk maken via digitale zorgmap of elektronisch cliëntendossier. Een incident wordt dan niet ‘iets groots’ om te melden maar een reguliere registratie tijdens de administratie die toch al moet plaatsvinden.

6. Routinematig werken van professionele thuiszorgverlener leidt tot medicatiefouten

- Product/interventie ontwerpen dat/die maakt dat thuiszorgmedewerkers en mantelzorgers niet op basis van routine werken en alert blijven tijdens elke medicatietoediening.

7. Gebrek aan kennis bij mantelzorger en cliënt over medicatie leidt tot medicatiefouten

- Goede voorlichting aan cliënten en mantelzorgers over juiste medicatietoediening is voor het tegengaan van fouten essentieel. Naast controle door professionele thuiszorgverleners op het medicatiegebruik. Voorlichting moet in elk geval gaan over: hoe te handelen wanneer cliënt medicatie niet inneemt, het belang van het intact laten van het omhulsel van de medicatie (capsule), belang therapietrouw/ belang van inname op voorgeschreven momenten.

8. Medicijnlijst niet vindbaar, leesbaar of actueel

- Door middel van technologie (digitale zorgmap, elektronisch cliëntendossier, o.i.d.) faciliteren dat zorgpartijen altijd en overal een actueel medicatieoverzicht kunnen raadplegen en wijzigingen hierin kunnen aangeven.

9. Cliënt belemmert adequate medicatietoediening door identiteitsverlies of wantrouwen over de zorg

- Schaamte/wantrouwen bij cliënt wegnemen voor het ontvangen van thuiszorg.

10. Fouten in bezorging van medicijnen aan cliënt door apotheek

- Product/interventie ontwerpen dat/die veilige bezorging van medicatie door apotheek aan cliënt mogelijk maakt.

4 Ontwerpkansen korte termijn

In paragraaf 1 en 2 van dit document zijn ontwerpkansen voor de korte termijn genoemd ('quick wins'). Ze worden hier nog een keer genoemd:

1. Innovaties moeilijk door te voeren door logge karakter van thuiszorgorganisaties

- Binnen wijk- of regiot teams een 'innovatiemanager' aanstellen die stimuleert dat ideeën van zorgverleners geïmplementeerd kunnen worden.

2. Onduidelijke taakverdeling tussen zorgpartijen in netwerk cliënt

- Tijdens intakegesprek met cliënt vastleggen welke zorgverlener welke zorghandelingen verricht. Deze lijst bewaren in de zorgmap. Als er later toch veranderingen in verantwoordelijkheden optreden moet de lijst worden aangepast.

3. Gebrek aan controle op interactie-effecten van gebruik meerdere medicamenten tegelijk

- Voorschrijver van medicatie (huisarts, specialist, etc.) moet altijd actuele medicatielijst checken bij apotheek en cliënt/mantelzorger vragen naar 'over-the-counter'-medicatiegebruik.

4. Medicijnrol niet adequaat gevuld

- Faciliteren dat medicijnrolzakjes gemakkelijker geopend kunnen worden, ook door cliënten met bijvoorbeeld reuma of spieraandoeningen.
- Garanderen dat dubbelcheck op inhoud medicijnrol daadwerkelijk plaatsvindt door mantelzorger of professionele thuiszorgmedewerker

5. Werksituatie (bij iemand thuis) zorgt voor (te)veel afleiding

- Zorgen voor een vaste (schone en droge) plek in huis waar medicijnen bewaard en ingenomen worden, zodat cliënt en andere aanwezigen weten dat er met medicatie wordt gewerkt en dus niet kunnen storen/afleiden.

6. Routinematig werken van professionele thuiszorgverlener leidt tot medicatiefouten

- Cliënten die daartoe in staat zijn alert maken op feit dat zij zelf of de mantelzorger de medicatie controleren. Of de professionele zorgverlener vragen dit voor het innemen te doen.

7. Gebrek aan kennis bij mantelzorger en cliënt over medicatie leidt tot medicatiefouten

- Bijsluiter van medicatie leesbaarder maken voor cliënten.
- Informatienummer verstrekken waar mantelzorgers/cliënten naartoe kunnen bellen bij twijfels over medicatie (indien de bijsluiter meer vragen oproept dan duidelijk maakt).

8. Medicijnlijst niet vindbaar, leesbaar of actueel

- Zorgmap (waarin de medicatielijst zit) een vaste plek in de woning van de cliënt geven.

9. Cliënt belemmert adequate medicatietoediening door identiteitsverlies of wantrouwen over de zorg

- Trainen van mantelzorgers en professionele thuiszorgmedewerkers m.b.t. weerbarstige cliënt bij medicatietoediening.

10. Fouten in bezorging van medicijnen aan cliënt door apotheek

- Garanderen/faciliteren dat mantelzorger of cliënt zelf medicatie ophaalt bij de apotheek, zodat bezorging niet nodig is.