



's nachts

's avonds

's middags

's morgens

Vrijdag

Zaterdag

Zondag

**SLIK GEEN  
MEDICATIEFOUTEN**



SLIK GEEN  
MEDICATIEFOUTEN

# INHOUD

Voorwoord	3
Betere medicatieveiligheid in de praktijk	5
<b>PIL</b>	
Verpleegkundig medicatiespreekuur	7
Extra controle en scholing	9
Apotheker en medicatieveiligheid	12
<b>PROCES</b>	
Gedragscode vergroot bewustzijn	14
Niet-storen-hesje voor medicijnronde	17
Manager en medicatieveiligheid	20
Gekleurd medicatiewijzigingsformulier	22
<b>PATIËNT</b>	
Medicatie in eigen beheer cliënt	25
Cliënt in het verbetersteam	28
Arts en medicatieveiligheid	32
<b>SLIK GEEN MEDICATIEFOUTEN</b>	
Verbeteren in vier fasen	34
1. Analyseren geeft inzicht	34
2. Praktijkgericht plannen én veranderen	35
3. Uitvoeren van verbeterdoel naar actieplan	35
Betrek cliënten actief	36
4. Borgen en verspreiden	37
Checklist: Wat kun je nog meer doen?	39
Colofon	40

# VOORWOORD

U kunt besluiten geen medicatiefouten meer te slikken. Want gericht werken aan medicatieveiligheid heeft zin én resultaat. Dat is onze conclusie na drie jaar ervaring met het Verbetertraject Medicatieveiligheid van Zorg voor Beter.

Zorginstellingen die deelnamen aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid is het gelukt het aantal medicatie-incidenten met ruim vijftig procent terug te brengen. Cliënten krijgen veel minder vaak verkeerd voorgeschreven of verkeerd toegediende medicijnen. Ook letten medewerkers beter op bijwerkingen of interacties tussen medicijnen. Ze zijn zich veel bewuster van hun verantwoordelijkheid voor het medicijngebruik van cliënten.

Dat klinkt ideaal maar dat is het natuurlijk nooit. Zorg is en blijft mensenwerk en waar gewerkt wordt vallen spaanders. Maar u kunt wel streven naar een zo veilig mogelijk medicatieproces binnen uw organisatie. Door gerichte acties, zoals het gebruiken van actuele medicatie-overzichtslijsten en door te zorgen voor goed leesbare recepten. Door scholing en instructie aan medewerkers en een goede controle op het uitzetten, delen en toedienen van medicatie. Belangrijk is wel dat u zich realiseert dat verbeteren een proces is dat eigenlijk nooit ophoudt. Verbeteren alleen is echt niet genoeg. Het vasthouden van goede resultaten vraagt voortdurend aandacht om de zorg optimaal te houden.

Laat u inspireren door de praktijkverhalen van organisaties in de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende geestelijke gezondheidszorg. Eenvoudige verbeteringen kunnen een groot effect hebben op de medicatieveiligheid. Dat blijkt uit deze praktijkverhalen. Lees en weet dat het anders én beter kan.

**Marjolein van Vliet en Marijke Wigboldus,  
projectleiders Medicatieveiligheid Vilans.**



# BETERE MEDICATIEVEILIGHEID IN DE PRAKTIJK

Laat u inspireren door de praktijkverhalen van organisaties in de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende geestelijke gezondheidszorg.

## VOORBEELDEN VAN DE DRIE P'S

Bij de indeling van de verhalen is er een onderscheid gemaakt in de drie P's: Pil, Proces en Patiënt. In de categorie 'Pil' vallen de voorbeelden van verbeteringen die gericht zijn op farmacotherapeutische effecten zoals bijwerkingen en interacties tussen medicijnen. 'Proces' is de categorie die alle stappen in het medicatieproces beslaat, van het moment van voorschrijven tot het toedienen en de effecten van de medicatie. In de praktijk blijkt dat hier het meest te verbeteren is. En 'Patiënt' zijn die verbeterpunten die zich richten op gedragingen van de patiënt of cliënt die van invloed zijn op het medicijngebruik, zoals therapietrouw of het gebruik van alcohol of drugs.

## HET BEGINT BIJ..

Eenvoudige verbeteringen kunnen een groot effect hebben op de medicatieveiligheid. Dat blijkt uit de volgende praktijkverhalen. En dat het begint bij het meten van het aantal fouten en bijna-fouten blijkt uit elk verhaal. Dus als u ergens wilt beginnen, begin dan daar. Meet en weet wat u te doen staat!



*Lia de Boer*

*“Het medicatiespreekuur is een spreekuur van twee uur per dag waarin cliënten kunnen bellen met vragen over hun medicatie.”*

# VERPLEEGKUNDIG MEDICATIESPREEKUUR

“MET ÉÉN TELEFOONTJE ALLE ANTWOORDEN”

Bijna-fouten zijn ook fouten. Dat is wat ggz-centrum Westfriesland met het verbetertraject Medicatieveiligheid wilde aanpakken. Door een verpleegkundig medicatiespreekuur te beginnen, kregen ze meer controle over medicatie. En alle betrokkenen weten waar ze wanneer met vragen terecht kunnen.

Lia de Boer, casemanager Langdurige Zorg bij ggz-centrum Westfriesland: “Wat we vooral misten was controle. Onze cliënten wonen zelfstandig en krijgen medicatie aan huis. Maar dat krijgen ze van verschillende zorgverleners voorgeschreven en van weer anderen aangeleverd. Zeker in een landelijk gebied als dit heb je te maken met diverse artsen en apothekers die niet allemaal van elkaar weten wat een cliënt voorgeschreven heeft gekregen. Omdat onze organisatie in korte tijd behoorlijk is gegroeid, was een goed overzicht daarover geen overbodige luxe.”

## VERSCHILLENDE CATEGORIEËN

“Om te beginnen hebben we onze cliënten ingedeeld in categorieën waaraan is af te lezen hoe zelfstandig ze zijn”, vertelt De Boer. “Zo is er de categorie cliënten die alles zelf doet, cliënten die herinnerd moeten worden aan hun medicatie maar ze wel zelf innemen en cliënten waarbij we de medicatie ook toedienen. Door dit vast te leggen op



*De telefoon wordt opgenomen door een verpleegkundige die het volledige dossier van de cliënt voor zich heeft.*



een formulier kon daar in ieder geval geen onduidelijkheid over bestaan.”

### PRATEN MET CLIËNTEN

Ondanks dat er zelden fouten worden gemaakt, bleek tijdens gesprekken met cliënten en casemanagers dat er nog meer verbeteringen mogelijk waren. “Zo bleek dat het afleveren van medicijnen door de apotheek wel af en toe misging. Cliënten durfden dan lang niet altijd te bellen met vragen omdat ze dachten dat ze lastig waren en het te druk zou zijn. Dan wachtten ze met hun vraag tot de casemanager langskwam. Dat was dan ook de enige die het volledige overzicht over de cliënt had.”

### OP ÉÉN PLEK HET OVERZICHT

Maar wat als die manager op vakantie is of ziek is? Er is dan niemand die het volledige dossier kent. En niemand die de cliënt snel het antwoord kan geven op zijn vraag. De Boer: “Dat hebben we opgelost met het medicatiespreekuur. Dat is een spreekuur van twee uur per dag waarin cliënten kunnen bellen met vragen over hun medicatie. Bijvoorbeeld als ze misselijk zijn na het slikken van een nieuw medicijn of het medicijn bij griep hebben uitgebraakt.” De telefoon wordt opgenomen door een verpleegkundige die het volledige dossier van de cliënt voor zich heeft. “Deze ziet dus precies welke medicijnen de cliënt allemaal slikt en in welke dosering. Daardoor kan deze de cliënt meteen verder op weg helpen. En de vraag of het probleem waarmee de cliënt belt, legt de verpleegkundige meteen weer vast in het dossier.”

### CONTROLE VAN DOSERING

Dat maakt het spreekuur ook aantrekkelijk voor artsen en apothekers. “Die weten ook dat er op een vast tijdstip altijd iemand klaarzit met alle informatie over de betreffende cliënt. Bijvoorbeeld als de apotheek een recept krijgt met een totaal andere dosering kunnen ze bij ons even controleren of dat wel klopt. En dat doen ze ook, ze zijn er erg enthousiast over.”

### ALERT EN UP TO DATE

De Boer: “De resultaten zijn mooi, bij de eerste Geeltjesmeting hadden we dertig meldingen van bijnafouten, nu zijn dat er zeven à acht. Bovendien is iedereen veel alerter omdat je er met elkaar over praat en er daardoor automatisch op let. Alle telefoontjes worden ook meteen geregistreerd door degene die telefoondienst heeft zodat het dossier altijd up to date is. Zo brengt ons medicatiespreekuur alle betrokken bij elkaar en krijgen de juiste personen de juiste informatie.”

# EXTRA CONTROLE EN SCHOLING

MINDER FOUTEN DOOR EXTRA CHECK TIJDENS KOFFIEPAUZE

De tientallen pillen in de doorzichtige cassette hebben alle kleuren van de regenboog. Het doosje bevat slechts de medicatie van één week, van één cliënt van zorginstelling Estinea in Aalten, waar mensen met een verstandelijke beperking wonen. De enorme hoeveelheid pillen maakt direct duidelijk waarom er zo nu en dan wat misgaat bij het toedienen.

Persoonlijk begeleider Frank Hengeveld heeft het doosje tevoorschijn gehaald uit de kast met de medicatievoorraad van alle tien cliënten. Om fouten te voorkomen, staat op elk doosje de naam van de cliënt, bevat elk afgescheiden vakje een dag van de week en geeft de bijgevoegde medicijnkaart aan op welke tijdstippen de pillen moet worden ingenomen. “Desondanks kwam het regelmatig voor dat een cliënt niet alle medicatie had gekregen”, vertelt Hengeveld. “Daar wilden we wat aan doen.”

## BIJNA-ONGELUKKEN

Estinea, dat in de Achterhoek en Twente honderden mensen met een verstandelijke handicap begeleidt, meldde zich aan voor het Verbetertraject Medicatieveiligheid van Zorg voor Beter. “In onze rapportages zagen we dat we aardig wat meldingen van fouten of bijna-ongelukken met medicijnen hadden”, legt Ria van Houwelingen, secretaris van de raad van bestuur van Estinea uit. “Nadat we eerder doorligwonden via



Frank Hengeveld  
“Het kwam regelmatig voor dat een cliënt niet alle medicatie had gekregen. Daar wilden we wat aan doen.”



**Ria van Houwelingen**  
“De ochtendcontrole kost amper tijd  
en het heeft de medewerkers nog  
bewuster gemaakt van het onderwerp  
medicatieveiligheid”

een verbetertraject hadden aangepakt, was het tijd voor medicatieveiligheid.”

De secretaris is in de woonvorm in Aalten aangeschoven. Daar hebben vijf woningen met in totaal 60 cliënten meegedaan aan het verbetertraject. In de keuken van het complex, waar persoonlijk begeleider Hengeveld werkt, hangt het medicijnkastje waar de doosjes met medicatie voor deze week klaar staan. Op de aanrecht liggen de schnitzels voor het avondeten te ontdoeien.

### OVERGEBLEVEN MEDICIJNEN

Uit het analyseren van de fouten en bijna-ongelukken (FOBO) bleek dat de meest voorkomende fout was dat

niet alle medicatie werd verstrekt, vertelt Hengeveld. “Tot voor kort kwamen we daar pas achter bij de controle van de avonddienst om tien uur ‘s avonds. Die kijkt dan of het vakje van de betreffende dag echt leeg is. Is dat niet het geval dan moet direct contact worden opgenomen met de apotheek met de vraag wat er moet gebeuren. Kan die pil ‘s avonds alsnog worden gegeven of moeten er andere maatregelen worden getroffen? Het late tijdstip maakte dat er uiteraard niet gemakkelijker op.”

### MAATREGEL KOST WEINIG TIJD

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

De extra check heeft direct zijn vruchten afgeworpen. Werd voor de pilot maandelijks gemiddeld een keer of drie vergeten alle medicatie te verstrekken, twee maanden nadat de nieuwe aanpak was doorgevoerd, stond het aantal meldingen van een FOBO op nul. De ochtendcontrole is inmiddels in de protocollen vastgelegd. Ook de vaste aftekenlijsten, waar met handtekeningen op moet worden aangegeven dat alle stappen goed zijn doorlopen, is met een nieuwe kolom voor de extra check uitgebreid.

### SCHOLING

De deelname aan het verbetertraject heeft nog een concreet resultaat opgeleverd. Er bleek een grote behoefte te bestaan om periodiek met de plaatselijke apotheker te overleggen. Alle medewerkers die medicatie verstrekken,

hebben weliswaar een training gekregen - gekoppeld aan een medicatietoets - toch bleken er nog heel wat vragen te bestaan.

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

### LEERZAAM

Volgens Hengeveld was het ook voor de apotheker leerzaam. “Hij zag met wat voor vragen wij zaten en daar kon hij dan direct op inspelen. Zo heeft hij voor ons een handige toedienlijst gemaakt voor medicatie die tijdelijk moet worden verstrekt. Zodra de kuur is afgelopen, eindigt ook de lijst waar medewerkers hun paraaf op moeten zetten. Daardoor was direct helder dat het klopt dat de medicatie op is.”

De bijeenkomst was zo’n succes dat is besloten eens per twee jaar de scholingsdag te herhalen. Dat geldt niet alleen voor Aalten maar voor alle vestigingen van Estinea. Overal schuift de plaatselijke apotheker aan om ervoor te zorgen dat het toedienen van medicatie zo optimaal mogelijk plaats vindt.

### TOEKOMST

Door mee te doen aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid heeft Estinea aantoonbare verbeteringen doorgevoerd. De organisatie heeft zich extra kwetsbaar opgesteld door ook een ouder van een cliënt aan het verbeterteam toe te voegen. Daardoor keken ‘vreemde ogen’ mee. De openheid werd volgens secretaris Van

Houwelingen erg gewaardeerd. “De ouder heeft zich als een ambassadeur opgesteld door uitleg te geven in externe overlegplatformen en door een artikel in het blad voor cliënten, ouders en contactpersonen te schrijven.”

Is het verbetertraject dan een en al succes? “Nou, we zijn er nog niet, want we zien dat er toch weer meldingen van vergeten medicatie binnendruppelen”, zegt Van Houwelingen. “De aandacht is weer wat verslapt en dan kan zo’n extra check erbij inschieten. Daarom gaan we het onderwerp weer opnieuw aankaarten met een artikel in het personeelsblad. Want dat het werkt, is duidelijk.”



*Een extra check, nog voordat de cliënten de deur uit zijn naar hun dagbesteding, bleek de simpele maar doeltreffende remedie.*

# APOTHEKER EN MEDICATIEVEILIGHEID

“DANKZIJ GENEESMIDDELEN HEBBEN VEEL CLIËNTEN NOG EEN MENSWAARDIG BESTAAN”

“Zonder deelname van de apotheker heeft het verbeteren van de medicatieveiligheid minder kans van slagen”. Gert Nap is apotheker van verpleeghuis Den Koogh, onderdeel van zorgorganisatie Omring. Hij legt uit waarom zijn bemoeienis bij het Verbetertraject Medicatieveiligheid volgens hem onmisbaar was.

Voor Nap was er geen twijfel mogelijk: toen het verpleeghuis Den Koogh de medicatieveiligheid ging aanpakken, nam hij zitting in het verbeterteam. “Ik ben al twintig jaar toezichthoudend apotheker voor Den Koogh. Dat betekent dat ik een schat aan kennis over geneesmiddelen meeneem. En ik werk met medicatie vanuit een andere invalshoek dan bijvoorbeeld locatieleiders. Ik heb zicht op het gehele distributiesysteem en kan daarom heel goed bijdragen aan het verbeteren van de medicatieveiligheid.”

“VERZORGENDEN ZIJN EEN BELANGRIJKE SCHAKEL  
TUSSEN MEDICATIE EN CLIËNT”

Nap had in het verbeterteam twee belangrijke taken: eerst heeft hij verzorgenden tijdens rondetafelgesprekken kennis over medicatie bijgebracht. “Dat waren interactieve bijeenkomsten waarbij iedereen vragen kon stellen. Dat ging bijvoorbeeld over inhaleren: kan dat beter voor of na het eten? Wat voor pijnstillers kun je het beste gebrui-

ken in welke situatie? En wanneer moet je oppassen voor morfineverslaving?”

De bijeenkomsten hebben eraan bijgedragen dat verzorgenden zich meer bewust zijn van het belang van bepaalde handelingen. “Ze hadden vaak te weinig kennis van geneesmiddelen. Daarom wisten ze niet waarop ze moesten letten.” Nap heeft nu bijvoorbeeld uitgelegd dat je antibiotica altijd op dezelfde tijd moet toedienen, anders komt de infectie terug. En wat er gebeurt wanneer je insuline vergeet. Of wat een middel tegen trombose doet en wat er mis gaat wanneer je dat vergeet. “Het is heel belangrijk dat zij meer achtergrondinformatie hebben en daardoor het belang beter inzien. Zij zijn tenslotte de schakel tussen de medicijnen en de cliënt.”

“WE KRIJGEN HET NU TE HOREN ALS ER IN DE  
APOTHEEK EEN FOUT IS GEMAAKT”

Naast het organiseren van rondetafelgesprekken heeft het verbeterteam het medicatieproces geanalyseerd om te zien waar zaken beter konden. Daarvoor zijn de medicatie-incidenten bekeken die in maart, juli en november 2007 zijn gemeld. In totaal werden 64 incidenten gemeld op de pilotafdeling, verdeeld over toedienfouten, afleverfouten en aftekenfouten.

Al na de eerste meting liep het aantal fouten snel terug. “Hadden we bijvoorbeeld in de eerste maand twaalf afleverfouten, in de derde meetmaand nog maar drie!” Afleverfouten zijn fouten die door medewerkers in de apotheek worden gemaakt, bijvoorbeeld door medicijnen in de verkeerde vorm of sterkte te leveren. “Ik heb de resultaten besproken met de medewerkers. Voorheen was het niet gebruikelijk om fouten terug te koppelen, waardoor wij er in de apotheek niet van wisten. Nu word ik betrokken bij de afhandeling van fouten: we bespreken de melding en bekijken hoe we die voortaan kunnen voorkomen.”

“HET ZOU GOED ZIJN ALS ER OP LANDELIJK NIVEAU  
PRODUCTBROCHURES ONTWIKKELD WORDEN”

Een ander belangrijk verbeterpunt is de informatieverstrekking aan cliënten en familieleden. “Dat is nog onontgonnen terrein: we gaan met de bewonersraad bespreken aan welke informatie ze behoefte hebben en op welk niveau”, legt Nap uit. “Wij zullen familieleden ook wijzen op publieke informatie die wel beschikbaar is, maar niet altijd makkelijk te vinden. Het zou goed zijn als er op landelijk niveau productbrochures ontwikkeld worden. Op die manier weten cliënten ook beter wat ze nu eigenlijk slikken en waarom.”

Het verbeterteam heeft het aantal incidenten naar beneden gehaald, maar Nap is vooral blij met de bewustwording onder de verzorgenden. “Zij zagen het toedienen van medicijnen vaak als een noodzakelijk kwaad en vinden het storend tijdens het eten. Ik heb een hele andere kijk op medicatie: ik vind het een zegen voor de zorg! Juist dankzij geneesmiddelen hebben veel mensen nog een menswaardig bestaan. Zij zijn in sommige gevallen een voorwaarde voor een aangename oude dag. Ik hoop dat over te brengen op verzorgenden: daardoor kijken zij op een andere manier naar medicatie en gaan ze er hopelijk zorgvuldiger mee om.”

# GEDRAGSCODE VERGROOT BEWUSTZIJN

“EIGENLIJK IS ALLES NU BESPREEKBAAR”

“Iedereen heeft nu de verantwoordelijkheid elkaar aan te spreken op fouten of onlogische procedures.” Lia van Loo, manager van Thuiszorg Noord West Twente, is uitermate tevreden over het effect van de gedragscode. De code, die sinds twee jaar geldt, komt niet alleen de medicatieveiligheid ten goede.

“De gedragscode is nooit een doel op zich geweest”. Lia van Loo legt uit dat de code slechts een middel is om het proces rond medicatieveiligheid, en eigenlijk alles wat met kwaliteit van zorg te maken heeft, op gang te brengen. “Onze doelstelling was om alle medewerkers bewuster te maken van hoe zij omgaan met medicatie. Maar de gedragscode geeft hen ook een ingang om met elkaar in gesprek te gaan als de dagelijkse gang van zaken niet helemaal goed verloopt.”

## STRAFSYSTEEM WORDT VERBETERSYSTEEM

Het Verbetertraject Medicatieveiligheid van Zorg voor Beter was twee jaar geleden de aanleiding tot het opstellen van een gedragscode. Van Loo: “Na het uitvoeren van een eerste meting bleek dat er niet of nauwelijks meldingen waren in het MIC-systeem (systeem voor melding incidenten cliënten). Daaruit bleek dat we ons moesten richten op de verandering van gedrag. Er gingen namelijk echt wel dingen fout maar blijkbaar werd een melding ervaren als nederlaag. Ook hadden onze medewerkers het idee dat je elkaar verraadde door een incident te melden. Dat is sinds



Lia van Loo

“We werken aan medicatie-  
veiligheid in het belang van de cliënt.  
Tegelijkertijd geef je de teams invloed.  
Ze moeten beseffen dat hun gedrag  
de kwaliteit en de cliënttevredenheid  
bepaalt.”

de gedragscode veranderd. Een fout of bijna-fout maakt immers duidelijk dat iets of iemand niet goed werkt. Dat is een kans op verbetering; het MIC wordt nu meer gezien als verbetersysteem.”

### GROTERE VERANTWOORDELIJKHEID EN INVLOED

De thuiszorgorganisatie heeft de twee teams zelf verantwoordelijk gemaakt voor het opstellen van een gedragscode. “Twee kartrekkers in de teams hebben een voorzet gemaakt voor een gedragscode. Deze werd regelmatig in het team besproken en is uiteindelijk ook door iedereen persoonlijk ondertekend.” Binnen twee à drie maanden was de code een feit. Niet een lijvig boekwerk, maar slechts één vel met vijf uitgangspunten inclusief de intentie om medicatiefouten zoveel mogelijk terug te dringen.

#### De uitgangspunten van de gedragscode

De code:

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

bron: Gedragscode Thuiszorg Noord West Twente en de Koppel met betrekking tot het melden van incidenten bij medicatie

### GEDRAG BEPAALT CLIËNTTEVREDENHEID

Het eerste effect was al duidelijk vóór de gedragscode klaar was. Door de gedragscode en de vragen naar aanleiding daarvan regelmatig te bespreken in het teamoverleg, ging iedereen gaandeweg werken volgens de afspraken in de code. “Medewerkers kregen het gevoel dat er ruimte is om elkaar aan te spreken op gedrag.” Van Loo vindt het belangrijk de bedoeling van een gedragscode goed uit te leggen aan de zorgprofessionals. “We werken aan medicatieveiligheid in het belang van de cliënt. Tegelijkertijd geef je de teams invloed. Ze moeten beseffen dat hun gedrag de kwaliteit en de cliënttevredenheid bepaalt.”

### GROTER BEROEP OP MANAGEMENT

Eigenlijk zorgde de gedragscode ervoor dat alle aspecten van de normale routine onder de loep werden genomen. Van Loo: “Er kwam een golf van MIC’s, maar mensen gingen ook vragen stellen over zaken die normaal gesproken nooit ter discussie stonden. Over incidentele medicatie die niet op de medicatielijst stond bijvoorbeeld. Of dat de medicatielijst keurig werd afgetekend zonder dat er gecheckt was of de medicijnen wel waren uitgezet.” Van Loo bevestigt dat de extra vragen voor haar als manager extra werk met zich meebrachten. “Maar ik vond het heel leuk om energie te steken in vragen die normaal gesproken nooit werden gesteld. Wanneer mensen invloed hebben op de gang van zaken blijven zij gemotiveerd.”

### BETERE MELDCULTUUR

Het aantal meldingen in het MIC-systeem is sinds de gedragscode verviervoudigd maar Van Loo weet deze groei op waarde te schatten. “Iedereen is nu overtuigd van het nut van het melden van fouten en bijna-fouten. Uit het aantal meldingen blijkt dat men zich veel bewuster is van medicatieveiligheid. Een melding geeft direct aanleiding te kijken waar het aan schort en met elkaar te overleggen hoe het beter kan. Het gaat bijna nooit om ernstige fouten, maar als er niets aan wordt gedaan, gebeurt het de volgende keer weer.”



## AANSCHERPEN ZORGPLANNEN

De meldingen maken structurele fouten zoals het niet goed bijhouden van het zorgdossier of het missen van losse medicatie inzichtelijk. Van Loo: “We maken gerichte verbeterplannen als we merken dat er structureel meldingen zijn van dezelfde fouten. Eigenlijk bracht ik alle vragen en de oplossingen ervoor, terug bij de persoon die er verantwoordelijk voor was. Zo zijn de zorgplannen aangescherpt en de medicatielijsten verbeterd waardoor bijvoorbeeld ook losse medicatie afgetekend moet worden. Zo zorgde een onduidelijke medicatielijst met veel doorhalingen ervoor dat vooral invalkrachten fouten maakten. Een cliënt die regelmatig niet thuis was, kreeg de medicatie niet of te laat. Door het medicatiemoment in overleg met de huisarts aan te passen en dit vast te leggen in het zorgplan, ging dit wel goed. Ook kwam het voor dat medicatie die niet in Baxter past werd vergeten. Nu op de medicatielijst staat waar de overige medicijnen liggen, is dat ook voor invallers duidelijk. Dat alles is precies de winst van de gedragscode. Want de kwaliteit van zorg wordt er direct beter van.”

## GROTER EFFECT DAN MEDICATIEVEILIGHEID ALLEEN

Van Loo benadrukt nogmaals dat het niet alleen gaat om de precieze formulering van de gedragscode. Het gezamenlijke proces en de uitvoering zijn ook heel belangrijk. “Naast duidelijke regels die voor iedereen bekend zijn, zit het hem in gedrag. En iedereen in het team draagt daarvoor de verantwoordelijkheid.” Ze beaamt dat de gedragscode veel meer effect heeft dan grotere medicatieveiligheid alleen. “Op basis hiervan kun je eigenlijk alle aspecten van zorg aanpakken en dat gebeurt ook.”



“De gedragscode geeft een ingang om met elkaar in gesprek te gaan als de dagelijkse gang van zaken niet helemaal goed verloopt.”

# NIET-STOREN-HESJE VOOR MEDICIJNRONDE

“MEDEWERKERS HEBBEN NU RUST EN ZIJN MEER GECONCENTREERD”

Verzorgenden op een pilotafdeling van verpleeg- en verzorgingshuis Attent WWZ in Arnhem dragen sinds kort een ‘niet-storen-hesje’ wanneer zij medicijnen uitdelen. Afdelingshoofd somatische zorg Reinoud van Leuteren legt uit waarom het aantal medicatiefouten daardoor is gedaald.

## EEN NIET-STOREN-HESJE?

“Een niet-storen-hesje is een fluorescerend wegwerkers-hesje met daarop de tekst: ‘Niet storen svp’. Wij hebben drie hesjes gekocht voor de medewerkers die een medicijnronde lopen. Alle cliënten, hun familieleden en andere medewerkers weten dan dat ze diegene even niet moeten aanspreken omdat hij/zij bezig is. Daarom kan hij in alle rust geconcentreerd zijn ronde lopen.”

## WAAROM IS HET NODIG HEN MET RUST TE LATEN?

“We constateerden in 2007 dat op onze afdeling wel erg veel MIP’s (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) binnenkamen rondom medicatieveiligheid. Het uitdelen ging lang niet altijd goed. Maar vooral het aftekenen gebeurde niet of onzorgvuldig, waardoor cliënten soms geen of zelfs dubbele medicatie kregen. In het teamoverleg hebben we achterhaald waarom we zo slordig waren in het aftekenen. Toen bleek dat onze medewerkers vaak werden afgeleid



Reinoud van Leuteren  
“In het teamoverleg hebben we  
achterhaald waarom we zo slordig waren  
in het aftekenen. Toen bleek dat onze  
medewerkers vaak werden afgeleid tijdens  
de medicijnronde.”

tijdens de medicijnronde. Ik heb bedacht dat het aantal fouten vast zou dalen, als duidelijk was dat iemand een medicijnronde liep en dus niet gestoord mag worden.”

### **AFLEIDING HOORT ER TOCH GEWOON BIJ IN DE ZORG?**

“Tijdens de medicijnronde lopen we met de medicijnkar door onze open huiskamer. Voorheen werden we dan voortdurend aangesproken door medewerkers en familieleden met allerlei vragen. Die onrust zorgde voor onvoldoende concentratie. Daardoor maakten ze gemakkelijk fouten én ze vergaten netjes af te tekenen. En als we het aftekenen bij de volgende ronde controleerden en erachter kwamen dat een medicijn was vergeten, was het al te laat waardoor we de fout niet meer konden herstellen. Medewerkers raakten ook afgeleid omdat zij tijdens een ronde vaak werden gebeld of opgepiept.”

### **MAAKTE JOUW AFDELING MEER FOUTEN DAN ANDERE AFDELINGEN?**

“Onze afdeling maakte zeker niet meer fouten dan andere afdelingen. Wij bleken echter erg meldingstrouw; we vulden namelijk bij elke fout keurig een MIP in. Daardoor werden onze problemen duidelijk, een reden voor de directie om ons te vragen om aan medicatieveiligheid te gaan werken.”

### **WILDEN JOUW MEDEWERKERS ZO'N OPZICHTIG HESJE WEL DRAGEN?**

“Toen ik voorstelde om hesjes te kopen moesten veel van hen lachen. Anderen waren bang dat een extra kledingstuk te warm zou zijn. Ik heb daarom gezorgd voor een hesje van koel, transparant materiaal. Niemand van mijn afdeling weigerde het hesje te dragen. Mensen van andere disciplines moesten er een beetje om lachen. De medewerkers vonden de medicatiefouten echter zo vervelend, dat ze echt toe waren aan een oplossing.”

### **WAT HEBBEN JULLIE GEDAAN OM BEKENDHEID TE GEVEN AAN HET HESJE?**

“Wij hebben van tevoren een huiskameroverleg georganiseerd met de bewoners. Daarin hebben wij ze verteld dat wij meedoen aan een project om de fouten met medicijnen zoveel mogelijk te beperken en welke maatregelen wij daarvoor wilden nemen. De bewoners waren direct enthousiast en wilden graag meewerken. Voor andere disciplines in het huis en voor de familie hebben wij memo's verstrekt, om ze op de hoogte te stellen.”

### **EN, HELPEN DE MAATREGELEN?**

“De medewerkers die medicijnen uitdelen worden echt veel minder gestoord. Ze kunnen beter geconcentreerd hun werk doen. En ze houden het hesje aan totdat ze hebben afgetekend. Het belangrijkste resultaat is dat het aantal fouten daardoor met maar liefst 55% is gedaald! Tijdens de eerste meting maakten we 25 fouten in twee



*Alle cliënten, hun familieleden en andere medewerkers weten dat ze diegene met het niet-storen-hesje even niet moeten aanspreken omdat hij/zij bezig is.*

weken en in de laatste meting van het verbetertraject nog maar 11. Daarnaast kost de medicijnronde nu veel minder tijd. Normaal deden medewerkers een uur over een gang, nu nog maar drie kwartier. Dat betekent dus drie keer per dag tijdwinst.”

### **IS HET HESJE DE ENIGE OORZAAK VAN DEZE GROTE WINST?**

“Het gebruik van het hesje is wel de belangrijkste oorzaak, omdat mensen veel rustiger en geconcentreerder medicijnen kunnen uitdelen. Daarnaast legt een medewerker die medicijnen uitdeelt tegenwoordig zijn pieper en telefoon weg. Ook loopt hij met zijn kar niet meer door de huiskamer, maar hij blijft in de gang. Wat ook belangrijk is, is dat we elkaar tegenwoordig controleren. Na elke ronde controleert een collega binnen het uur of alles is afgetekend. Zo niet, dan spreekt diegene de ander erop aan en herstelt de fout. Elke fout wordt geregistreerd op een poster die in het zicht hangt. Een erg succesvolle methode: niemand vindt het leuk om telkens op een fout aangesproken te worden door een collega en helemaal niet als iedereen de fout kan zien.”

### **MEERDERE KEREN PER DAG CONTROLEREN KOST TOCH VEEL EXTRA TIJD?**

“Het kost wel wat tijd. Maar nog altijd minder dan het achteraf moeten herstellen van fouten. Dan moet je bijvoorbeeld collega's thuis gaan bellen om te achterhalen wat er is misgegaan. En ook een MIP invullen kost tijd en dat is nu veel minder vaak nodig.”

### **WAT MERKEN DE CLIËNTEN ERVAN?**

“Onze cliënten moeten er nu rekening mee houden dat diegene die de medicijnen uitdeelt, even niet beschikbaar voor hen is. Maar de tijd die de medewerkers elke ronde besparen op het uitdelen van medicijnen, gebruiken ze om iets meer persoonlijke aandacht te besteden aan de cliënten. Het komt de kwaliteit van de zorg dus zeker ten goede.”

# MANAGER EN MEDICATIEVEILIGHEID

“ZONDER COMMITMENT VAN HET MANAGEMENT WERKT HET NIET”

Geografische spreiding. Daar beginnen waar de opbrengst het grootst is. En iemand verantwoordelijk maken voor het project zodat de aandacht niet verslapt. Als manager zijn dat de zaken waar je rekening mee moet houden tijdens een kwaliteitsverbetering, zo heeft Antoinette Honée, manager bij Iriszorg in Gelderland, geleerd.

Op de pilotlocaties in Beekbergen was het Verbetertraject Medicatieveiligheid een groot succes. Een goede reden voor de Raad van Bestuur van Iriszorg, een instelling voor verslavingszorg en maatschappelijke opvang, om de opgedane tips en trucs te verspreiden over de hele organisatie. Honée, manager Crisisopvang en Begeleid wonen, moet ervoor zorgen dat er verbeterteams ontstaan die gericht werken aan medicatieveiligheid. “Ik ga naar de verschillende locaties om de afdelingsmanagers te enthousiasmeren. Ik laat met voorbeelden zien op welke manier de pilotafdelingen het aantal fouten naar beneden heeft gekregen.”

Als op een locatie eenmaal een team is gevormd, verstrekt Honée informatie over de verschillende verbetermogelijkheden. “Het ene team heeft bijvoorbeeld een nieuw protocol nodig, terwijl het andere gebaat is bij een opleiding

over medicatietoediening en het derde team duidelijkere procedures nodig heeft.”

“OMDAT IK OOK MANAGER BEN, KAN IK DE  
AFDELINGSMANAGERS BETER OVERTUIGEN”

Als manager begrijpt Honée heel goed dat het lastig het is om zo’n project prioriteit te geven. De dagelijkse praktijk vraagt al zoveel aandacht. “Omdat ik ook manager ben, kan ik tegenover de andere leidinggevendenden goed beargumenteren waarom het zo belangrijk is. Nu kost het even tijd, maar wanneer je bijvoorbeeld investeert in goede procedures krijg je te maken met minder incidenten. Daardoor heb je straks minder tijd nodig om die op te lossen.” Volgens Honée is het een absolute voorwaarde dat

de Raad van Bestuur achter de kwaliteitsverbetering staat en zich er volledig aan committeert.

Bij Iriszorg werken in totaal 1200 medewerkers verspreid over tachtig locaties. Inmiddels zijn zes verbeterteams bezig met kwaliteitsverbetering: vier teams in het opvangcentrum waar ook de pilot plaatsvond en twee teams in een klinische setting. Binnenkort gaan ook alle zeven crisisopvangen meedoen. Honée leert tijdens dit project hoe zij een verbetermethodiek kan verspreiden binnen een organisatie. “Van te voren wisten we niet precies hoe we het moesten aanpakken. We hadden een succesvolle pilot gehouden, maar die vond plaats op drie afdelingen. Nu moeten maar liefst 1200 medewerkers op 77 andere locaties er ook aan gaan geloven.”

**“JE MOET IEMAND VERANTWOORDELIJK MAKEN,  
ANDERS VERSLAPT DE AANDACHT”**

Drie lessen heeft Honée als manager inmiddels geleerd over kwaliteitsverbetering. De eerste is dat je rekening moet houden met de geografische spreiding. “De pilot vond plaats in Beekbergen en van daaruit zijn we verder gegaan met verspreiden. De locaties moeten niet te ver uit elkaar liggen, dan stimuleren ze elkaar te weinig.” Een andere belangrijke les is: begin daar waar de grootste opbrengst te halen valt. “Op een locatie had bijvoorbeeld net een HKZ-audit plaatsgevonden waaruit bleek dat er op het gebied van medicatie nog veel te verbeteren viel. Toen zijn we afgeweken van onze eerdere planning en hebben we hier eerst een verbeterteam geformeerd.”

Honée heeft tot slot ook geleerd om voor aanvang van het project er iemand voor verantwoordelijk te maken. “Die persoon moet ervoor waken dat de aandacht niet ver-

slapt. Het onderwerp moet op de agenda blijven staan.” Wanneer teams goed lopen bemoeien Honée en haar collega zich steeds minder met hen. “Dat is ook de bedoeling van het project. Eerst sturen wij hen aan en zitten hen achter de broek. Als het goed loopt, laten wij los. Het waarborgen van de medicatieveiligheid moet dan inmiddels een vanzelfsprekend onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden zijn.”

# GEKLEURD WIJZIGINGSFORMULIER:

GROTER BEWUSTZIEN, MINDER FOUTEN

Het projectteam medicatieveiligheid van 's Heeren Loo in Groningen gebruikt gekleurde formulieren om veranderingen in medicatie aan te geven. Ian Middel, kwaliteitsmedewerker en projectleider van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, over het voordeel van deze methode.

## WAREN JULLIE NIET TEVREDEN OVER DE STANDAARD MEDICATIELIJSTEN?

“Ondanks onze goede en overzichtelijke medicatielijsten vergaten onze medewerkers af en toe om extra medicatie zoals een tijdelijke kuur of een zalf te geven. Dat werd heel duidelijk toen we fouten en bijna-fouten gingen meten. Vroeger gaf de arts de informatie over nieuwe medicijnen mondeling of hij schreef een notitie over extra medicatie. Die aantekening in het dossier viel meestal niet genoeg op. Ook stond er vaak geen datum bij of ontbrak informatie over de toediening.”

## WAAROM WERKEN JULLIE NU MET GEKLEURDEFORMULIEREN?

“De gekleurde formulieren vallen goed op waardoor een verandering direct duidelijk is. Nu zie je tussen de witte vellen papier in het zorgdossier bijvoorbeeld het knalroze medicatiewijzigingsformulier. Daarop staat duidelijk vermeld om welk medicijn het gaat en voor welke aandoe-ning. Ook schrijft de arts hierop wanneer de wijziging begint, wat het op- of afbouwschema is en wanneer de volgende controle bij de arts is.”



Ian Middel

“De gekleurde formulieren vallen goed op  
waardoor een verandering direct duidelijk  
is. Nu zie je tussen de witte vellen papier in  
het zorgdossier bijvoorbeeld het knalroze  
medicatiewijzigingsformulier.”

### HOEVEEL VERSCHILLENDE FORMULIEREN ZIJN ER?

“We hebben gekozen voor formulieren in vier verschillende kleuren. Felroze voor medicatiewijzigingen, blauw voor zalven en op het knalgroene formulier staat de informatie over een kuur. Een formulier dat we veel minder vaak gebruiken is het gele. Dat gebruiken we als de vorm, kleur of de merknaam van een medicijn verandert. Werken met dit aantal kleuren kan net, meer moeten het er niet worden.”

### WAT WAS DE REACTIE VAN DE REST VAN DE ORGANISATIE?

“Door de meting was het duidelijk dat wijzigingen op de oude medicatielijst niet goed opvielen. Het was dus duidelijk dat er iets moest veranderen. Omdat ook de doktersassistente en twee zorgbegeleiders in het projectteam zaten,



“We hebben gekozen voor formulieren in vier verschillende kleuren. Felroze voor medicatiewijzigingen, blauw voor zalven en op het knalgroene formulier staat de informatie over een kuur. Het gele gebruiken we als de vorm, kleur of de merknaam van een medicijn verandert.”

wisten we precies wat er nodig is en waarop we moesten letten. Ook werd de arts erbij betrokken. Het is ons gelukt de formulieren in één week tijd in gebruik te nemen. De kritiek was wel dat als we nog meer kleuren zouden gaan gebruiken, de medewerkers door de bomen het bos niet meer zouden zien. Gelukkig hebben we genoeg aan deze vier kleuren.”

### KOST DEZE MANIER VAN WERKEN VEEL MEER TIJD?

“De medische dienst is zeker meer tijd kwijt om alle formulieren uit te draaien op de verschillende kleuren formulieren. Ook het uitzetten van de kuren kost meer tijd. Maar omdat de medewerkers de extra medicatie minder vaak vergeten, hoeft minder vaak overleg plaats te vinden om fouten achteraf te corrigeren.”

### HEBBEN DE MEDEWERKERS GENOEG DISCIPLINE OM MET DE FORMULIEREN TE WERKEN?

“Omdat de duur van het medicijngebruik verschilt, moeten de zorgbegeleiders zelf het dossier opschonen als het formulier niet meer van toepassing is. Ook is het nodig dat iedereen de aftekenlijsten goed en keurig aftekent. Dat gebeurt nog niet altijd. We zijn in overleg met het management om te kijken hoe we dat gaan oplossen. We hebben een protocol gemaakt met een stap-voor-stap-beschrijving van het medicatieproces. Dat introduceren we binnenkort via de teamoverleggen.”

### WAT MERKEN DE CLIËNTEN VAN DE VERANDERING?

“Het grootste deel van onze cliënten merkt er niets van omdat zij hun medicatie niet zelf beheren.”

### WORDT ER NU GEEN MEDICIJN MEER GEMIST?

“Het aantal meldingen van fouten en bijna-fouten is niet direct minder. Ook werken we met een nieuw geautomatiseerd registratiesysteem. Beter meten en registreren levert in eerste instantie altijd meer fouten op. Dat komt vooral omdat het bewustzijn nog steeds toeneemt.”



## WAT HEBBEN JULLIE MET DEZE NIEUWE MANIER VAN WERKEN BEREIKT?

In tijd en kosten is er niet veel verschil met de oude manier van werken. De medische dienst is zelfs wat meer tijd kwijt aan het invullen en printen van de verschillende formulieren en het uitzetten van extra medicatie. Grote winst is dat cliënten kuren en zalven nu op tijd krijgen en dat daar ook op tijd mee wordt gestopt. Verder zijn de medewerkers veel deskundiger geworden door deze manier van werken. Ze weten meer over de toe te passen medicijnen en werken veel bewuster met de medicatie en wijzigingen daarin.”

# MEDICATIE IN EIGEN BEHEER CLIËNT

'ZOLANG CLIËNTEN HET ZELF KUNNEN MOETEN ZE HET ZELF DOEN'

Bij Woonzorg Dienstencentrum Bethanië in Ede ging er wel eens wat mis bij het uitzetten of innemen van medicatie. Dat signaal was er in ieder geval, de oorzaak was niet duidelijk. Reden genoeg om een verbetertraject te starten. Daarbij was er onder meer aandacht voor de rol van de cliënt. Want als deze nog prima in staat is zijn eigen medicatie te regelen, waarom niet?

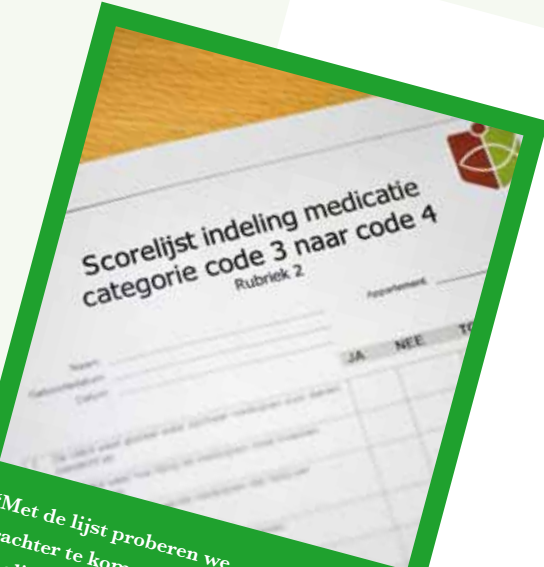
Bep van Roekel, coördinator zorg: "We willen dat onze cliënten zo lang mogelijk zelfstandig zijn. En daar hoort ook het zelfstandig innemen van medicijnen bij. Maar dat moet wel veilig gebeuren. Daarom hebben we dit als een van de onderdelen opgenomen in het verbetertraject dat we hebben doorlopen."

## EIGEN REGIE

"Er wonen bij ons veel cliënten die hun medicijnen nog zelf in kunnen nemen. Op het juiste tijdstip en in de juiste dosering. Als dat lukt moet je ze dat vooral zelf laten doen. Zo geef je ze een stukje regie over hun leven; regie die ze voor een groot deel al kwijt zijn. Deze cliënten krijgen eens per week een medicijnrol, scheuren daar zelf hun medicijnen af en nemen deze geheel zelfstandig in. Maar je moet natuurlijk wel in de gaten houden of het



**Bep van Roekel**  
"Je moet wel in de gaten houden of het innemen van die medicatie goed blijft gaan. Want de situatie van de cliënt kan veranderen waardoor hij dat opeens niet meer zelf kan."



### Scorelijst indeling medicatie categorie code 3 naar code 4

*“Met de lijst proberen we erachter te komen of de cliënt weet wat hij slikt, hoeveel en waar het voor dient. Daarbij gaat het erom dat de cliënt dat globaal weet, niet exact”.*

innemen van die medicatie goed blijft gaan. Want de situatie van de cliënt kan veranderen waardoor hij dat opeens niet meer zelf kan. Wanneer komt dat moment?”

#### CHECKLIST VOOR EENDUIDIGHEID

Om dat tijdig te ontdekken heeft Van Roekel een checklist ontwikkeld. “Deze kunnen we gebruiken tijdens een cliëntbespreking die we twee keer per jaar houden. En als we op een ander moment in het jaar twijfelen aan de zelfstandigheid van een cliënt op dit gebied gebruiken we de checklist eerder. Met de lijst proberen we erachter te komen of de cliënt weet wat hij slikt, hoeveel en waar het voor dient. Daarbij gaat het erom dat de cliënt dat globaal weet, niet exact. Ook checken we of de cliënt weet wat

de gevolgen zijn van het niet innemen van medicatie en of bekend is wat er moet gebeuren als hij zijn medicatie vergeten is. Verder controleren we praktische zaken. Kan een cliënt bijvoorbeeld klokkijken? Niet onbelangrijk als medicatie op een vast tijdstip moet worden ingenomen. Bij beginnende dementie is dat vaak een vaardigheid die cliënten verliezen. Iedereen in de organisatie meet dit soort zaken dankzij de checklist op dezelfde manier.”

#### ZORGVULDIG AFWEGEN

“Aan de hand van de uitkomsten van de checklist bespreken we met de cliënt en zijn of haar familie of het verstandiger is dat verzorgenden de medicatie overnemen of dat de cliënt het best nog even zelf kan. De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV’er) heeft hierin ook een grote rol. Voorheen maakte alleen de EVV’er de inschatting van de mate van zelfstandigheid. Bijvoorbeeld



*“Er wonen bij ons veel cliënten die hun medicijnen nog zelf in kunnen nemen. Op het juiste tijdstip en in de juiste dosering. Als dat lukt moet je ze dat vooral zelf laten doen.”*

op basis van rondslingerende pillen, maar echt hard bewijs was er nooit. Nu is dat er wel met de checklist. Tenminste, het is een handig hulpmiddel dat signalen geeft dat cliënten hun medicatie op een veilige manier binnenkrijgen. Het is geen garantie voor veilige inname. Het is trouwens niet zo dat we bij negatieve score op de checklist de regie meteen uit handen nemen. Er is altijd controle in de vorm van overleg met betrokkenen.”

### **KLEIN BEGINNEN**

De checklist voor het beoordelen van eigen medicatiebeheer maakt onderdeel uit van andere stappen die zijn genomen naar aanleiding van het Verbetertraject medicatieveiligheid. Zo kunnen verzorgenden in Bethanië ongestoord medicijnen uitdelen omdat ze zonder pieper werken en wordt in een map afgetekend of een cliënt zijn medicijnen heeft gehad. En een wit en een blauw mandje maken voor iedereen duidelijk welke medicijnen op dat moment worden gebruikt en wat de voorraad is. Zodat er niet steeds een nieuwe verpakking open gemaakt wordt. Van Roekel: “En door al deze maatregelen zien we vooruitgang: er zijn dertig procent minder medicatie-incidenten. En de interne werkgroep Medicatie, onder leiding van Colinde Westerman, zorgt ervoor dat dat ook zo blijft door veelvuldig contact met de apotheker, collega’s en cliënten. Door klein te beginnen op twee afdelingen kun je uiteindelijk grote resultaten behalen. En daarbij laat je de cliënt in zijn waarde.”

# CLIËNT IN HET VERBETERTEAM

“IK NAM GEEN GENOEGEN MET EEN ADVIESROL, IK WILDE MEEDOEN”

Clënten moesten een stem krijgen bij het verbeteren van de medicatieveiligheid bij Bouman GGZ in Rotterdam. Daarom meldde een lid van de cliëntenraad zichzelf aan als lid van het verbeterteam. In een enerverend gesprek praat zij met Dafna de Leeuw van Weenen, stafmedewerker Langdurige Zorg, over haar bijdrage aan de behaalde resultaten.

Brainpark. Een bedrijventerrein vlakbij metrostation Kralingse Zoom in Rotterdam. Een locatie met een toepasselijke naam voor een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. En inderdaad houdt Bouman GGZ hier sinds 1 januari kantoor in een splinternieuw pand dat ruikt naar net gelegd tapijt. “Ik weet waar we moeten zijn, volg mij maar.” Een lid van de cliëntenraad gaat voor naar de kantine waar het interview plaatsvindt, want de wegwijzers ontbreken nog. Hoewel het pand voornamelijk is bedoeld voor administratieve en financiële diensten, heeft ook de cliëntenraad hier een nieuw kantoor gekregen.



Lid cliëntenraad  
“Ik kan gemakkelijker met cliënten praten, bijvoorbeeld over de reden waarom ze medicijnen weigeren. Ook heb ik zelf allerlei therapieën gevolgd om van mijn verslaving af te komen. Die ervaring wilde ik gebruiken om andere mensen te helpen.”



*“Het lid van de cliëntenraad kon ons mooi helpen om de mening van de cliënt uit te leggen. Zij was echt een hele waardevolle aanvulling op het verbeterteam.”*

### HULPVERLENER MET TOEGEVOEGDE WAARDE

Een lid van de cliëntenraad zit samen met Dafna de Leeuw van Weenen, stafmedewerker Langdurige Zorg, en twee anderen in het verbeterteam Medicatieveiligheid. Zij is sinds drie jaar lid van de cliëntenraad en is ‘hulpverlener met toegevoegde waarde’. Zij begon op haar 21<sup>ste</sup> drugs te gebruiken en werd op haar 24<sup>ste</sup> voor het eerst opgenomen. “Ik heb jarenlang geprobeerd van de drugs af te komen. Opeens ging er een klik om in mijn hoofd om en toen lukte het. Nu ben ik al meer dan drie jaar clean!” Ze gaat nu alleen nog wekelijks naar de polikliniek Noord aan de Vijverhofstraat in Rotterdam voor een dosis methadon, zo vertelt zij in de feloranje kantine.

### GENOEG VERBETERPUNTEN

De Leeuw van Weenen kreeg in januari 2008 het verzoek van de Raad van Bestuur om projectleider te worden van het Verbetertraject Medicatieveiligheid. Uit een sterkte-zwakte-analyse, de analyse van de MIP-meldingen en een interne audit naar medicatieveiligheid bleek eerder dat op meerdere punten verbeteringen gewenst waren. “Het was bijvoorbeeld belangrijk dat veiligheidsvoorschriften helderder en eenduidig beschreven werden”, legt De Leeuw van Weenen uit. “Sommige medewerkers hadden te weinig kennis van (bij)werkingen. En uit de MIP (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) bleek dat de inhoud van het Baxterzakje niet altijd overeenkwam met het voorschrift van de arts. Het waren signalen die ons ertoe aanzetten om aan dit project mee te doen.”

### VERANDERINGEN ROND DE CLIËNT

Maar niet alleen aan de bezorgkant, ook aan de ontvangstkant van medicijnen konden sommige zaken nog net iets beter worden geregeld. “Cliënten hadden bijvoorbeeld geen toegang tot eenvoudige informatie over hun medicijnen”, legt het lid van de cliëntenraad uit. “Daardoor wisten ze soms zelf niet goed wanneer ze die precies moesten slikken en wat bijwerkingen kunnen zijn.” Ook had Bouman GGZ officieel nog nooit toestemming gekregen van de cliënten om hun medicijnen te beheren. En sommige cliënten weigerden hun medicatie stelselmatig.

### BETROKKENHEID VAN CLIËNTENRAAD

Bij de start van het verbetertraject wilde De Leeuw van Weenen eigenlijk alleen eenmalig informatie inwinnen bij de cliëntenraad. “Maar dat vond de cliëntenraad niet genoeg. Ik kan gemakkelijker met cliënten praten, bijvoorbeeld over de reden waarom ze medicijnen weigeren. Ook heb ik zelf allerlei therapieën gevolgd om van mijn verslaving af te komen. Die ervaring wilde ik gebruiken om



Dafna de Leeuw

*“Zij praten vooral over de theorie”, wijst het lid van de cliëntenraad naar De Leeuw van Weenen. “Ik ben meer van het veldwerk. Maar samen zijn we wel een goed team.”*

andere mensen te helpen.” De Leeuw van Weenen beseft ook dat cliënten andere belangen hebben dan verzorgers. “En dus kon zij ons mooi helpen om de mening van de cliënt uit te leggen. Zij was echt een hele waardevolle aanvulling op het verbeterteam.”

### VERBETERTEAM VOOR DE PILOT

De pilot van het verbetertraject vond plaats op twee Intensief Beschermd Woonvormen (IBW), namelijk de Nassaukade en De Baan, allebei in Rotterdam. Het verbeterteam is aangevuld met twee verpleegkundigen van de twee afdelingen. “Zij praten vooral over de theorie”, wijst het lid van de cliëntenraad naar De Leeuw van Weenen. “Ik ben meer van het veldwerk. Maar samen zijn we wel

een goed team.”

### MEDICATIETRAINING

Invallende hebben het lid van de cliëntenraad en De Leeuw van Weenen met hun team acht van de negen doelstellingen behaald. “En daar zijn we erg tevreden mee”, zeggen ze eensgezind. In april 2009 hebben bijvoorbeeld alle medewerkers van de directie Langdurige Zorg een medicatietraining gevolgd. Aan de orde kwamen thema's als het toedienen van medicatie, mogelijke bijwerkingen, maar ook misbruik van medicatie en hoe te handelen wanneer je vermoedt dat iemand medicijnen doorverkoopt.

### MEER GOEDE RESULTATEN

Een andere doelstelling was het opstellen van een protocol. “Wij hebben nu afspraken rond het verstrekken van medicijnen vastgelegd in een protocol. We hebben daarna getoetst of de medewerkers ook van dit protocol af wisten.” Ook de MIP-procedure is verbeterd en onder de aandacht gebracht. Het aantal incidenten waarbij de inhoud van het Baxterzakje niet overeenkwam met het voorschrift van de arts is met 100% gedaald, van 102 incidenten tijdens de eerste meting naar 0. “En we hebben een nieuw retoursysteem: wanneer iemand zijn medicijnen niet ophaalt, worden die direct in een ton gestopt en kan er niemand meer bij. Ook hebben we een aparte ton voor vuile naalden. Veiliger voor medewerkers én cliënten.” Daarnaast heeft het verbeterteam een map samengesteld met eenvoudige informatie over medicijnen. Alle cliënten kunnen deze inkijken op locaties waar medicijnen worden uitgedeeld. De map komt ook aan de orde tijdens het intakegesprek met een nieuwe cliënt.

### CLIËNTWEIGERING

“Maar nu wil ik graag nog aan de slag met de doelstelling die we nog niet hebben gehaald: het terugdringen van het aantal cliëntweigeringen”, haast het lid van de

cliëntenraad zich te zeggen voordat het verhaal haar té positief wordt. Dat is op de Nassaukade nog niet gelukt. Hoewel het verbetertraject officieel is afgelopen, gaat het verbeterteam hier nog onderzoek naar doen. “Ik wil graag met heel veel cliënten praten om echt van hen te horen waarom ze hun medicijnen niet innemen. Misschien dat we daar dan ook nog wat aan kunnen doen.”

### TE VEEL MEDICIJNEN

Het lid van de cliëntenraad ziet nog een ander probleem rond medicatieveiligheid dat tijdens het verbetertraject niet aangepakt is. “Mensen krijgen tegenwoordig veel te veel medicijnen voorgeschreven. Een arts stelt te snel een diagnose waarna cliënten medicijnen zoals antidepressiva en slaapmedicatie krijgen.” Ze heft verontwaardigd haar armen wanneer ze duidelijk maakt dat ze daardoor ‘veel mensen heeft zien afglijden’. De Leeuw van Weenen wil dat toch wat nuanceren. “Dat is wel echt jouw mening he? En niet de reden dat we zijn begonnen aan het verbetertraject.” De Leeuw van Weenen hoort de klacht van het lid van de cliëntenraad van weinig andere cliënten. Zij vindt juist dat er veel aandacht is voor een goede behandeling naast het toedienen van medicatie. “Maar we gaven haar in het verbeterteam wel altijd de ruimte om haar verhaal te doen.” Ze beaamt dat, maar voor haar zijn de veranderingen nog niet ver genoeg gegaan.

### MEDICIJNEN IN EIGEN BEHEER

Voorafgaand aan het verbetertraject is ook onderzocht of cliënten vaker hun eigen medicatie willen of kunnen beheren. “Het verschilt per locatie, maar over het algemeen blijkt dat geen wens van hen te zijn”, aldus De Leeuw van Weenen. “Hoewel ik wel methadon voor langere tijd zou willen hebben”, onderbreekt het lid van de cliëntenraad haar. “Ik moet elke week naar de methadonverstrekking en zit dan tussen de junks. Ik wil daar liever niet gezien worden.” Maar volgens De Leeuw van Weenen is het contactmoment tijdens het uitdelen daarvoor te belangrijk. “Het is toch goed dat de hulpverleners jou even zien? Dan weten ze dat het goed met je gaat!”

Maar ze houdt vol dat zij iemand is die voor langere tijd haar eigen medicijnen zou kunnen bewaren.

### REACTIES CLIËNTEN

Of de cliënten verder iets hebben gemerkt van de veranderingen rond medicatieveiligheid durven ze niet te zeggen. “Ik hoor ze er weinig over”, zegt het lid van de cliëntenraad. Omdat alle medicijnen nu via één apotheek gaan, krijgen sommige cliënten een ander formaat methadon. “En die is kleiner”, lacht De Leeuw van Weenen. “Dus daarover krijgen we soms wel reacties.” Hoewel zij nog meer voor elkaar had willen krijgen, is het lid van de cliëntenraad blij dat ze heeft meegedaan aan het verbetertraject. “De veiligheid is echt verbeterd, en daar profiteren de cliënten natuurlijk allemaal van.”



Dafna de Leeuw  
Voorafgaand aan het verbetertraject is ook onderzocht of cliënten vaker hun eigen medicatie willen of kunnen beheren. “Het verschilt per locatie, maar over het algemeen blijkt dat geen wens van hen te zijn”



# ARTS EN MEDICATIEVEILIGHEID

“STOP MET ONPRAKTISCHE REGELS EN PROTOCOLLEN”

Arjen Louisse is arts voor verstandelijk gehandicapten bij Ipse De Bruggen en teamlid voor het Verbetertraject Medicatieveiligheid. Zijn medische kennis voegt volgens hem zeker wat toe. Maar wat belangrijker is: hij houdt nu beter in de gaten dat zijn protocollen en regels ook werkbaar zijn voor de medewerkers op de werkvloer.

“Als manager van alle artsen binnen Ipse De Bruggen ben ik verantwoordelijk voor het medisch beleid. Al in 2004-2005 constateerden wij dat er in het hele medicatieproces, van voorschrijven tot en met toedienen, nogal eens wat fout ging. We hadden op 1500 cliënten vier á vijf ernstige incidenten per jaar waarbij cliënten echt ziek werden. Maar onder incidenten verstaan we ook het vergeten van aftekenen, waardoor een cliënt soms geen of soms juist dubbele medicatie kreeg. Wij hebben toen een kennisnota geschreven van maar liefst zestig kantjes over hoe we de medicatieveiligheid konden verbeteren. Die was echter veel te beleidsmatig en het toepassen van de nota op de werkvloer lukte niet.

“NU IK MEER CONTACT HEB MET DE  
VERZORGENDEN DIE DE MEDICIJNEN MOETEN  
GEVEN, ZIE IK PAS HOE ONHANDIG SOMMIGE  
PROCEDURES ZIJN”

Ons doel was om het aantal fouten terug te dringen. Dat betekende dat we de mensen die de medicijnen uitdeelden direct moesten aanspreken. Daarnaast wilden we eenheid krijgen in het medicatiebeleid. De manier van aftekenen verschilde bijvoorbeeld per locatie, net als de regels over wie wanneer medicijnen uitdeelde. Tot slot wilden we alle medewerkers bewust maken van het belang van medicatieveiligheid. Steeds meer groepsleiders hebben geen enkele verpleegkundige achtergrond meer en vinden de aandacht ‘buitensporig’.

“AL BIJ DE TWEEDE METING ZAGEN WE EEN  
SPECTACULAIRE DALING VAN HET AANTAL  
INCIDENTEN”

Wat goed werkt is het meten van medicatiefouten en bijna-fouten. We meten nu elke drie maanden op de twee pilotafdelingen waar in totaal 25 cliënten wonen. Al bij de tweede meting zagen we een spectaculaire daling van het aantal incidenten, namelijk van twintig fouten in drie

maanden naar zes fouten op de ene afdeling, en zelfs nul op de andere. Dat is een afname van 70% tot zelfs 100%. Dat komt door een aantal maatregelen. Ten eerste controleren we nu op aftekenen. We hebben per afdeling een zogenoemde aandachtsfunctionaris medicatieveiligheid benoemd. Deze medewerker controleert elke dag of alle gegeven medicijnen zijn afgetekend, ook de medicijnen die tussen de medicijnrondes door worden gegeven. Daarnaast zorgt hij ervoor dat de medicijnkarren en –kasten op orde zijn en goed worden afgesloten.

Verder heeft de apotheker, lid van ons verbeterteam, klinische lessen gegeven aan de verzorgenden op pilotafdelingen. Dat ging bijvoorbeeld over de beste manier van toedienen (gemalen, in zijn geheel of samen met wat voedsel), hoe lang het duurt voordat een medicijn werkt, wat bijwerkingen kunnen zijn, en welke medicijnen niet goed samengaan met bepaald voedsel. Tot slot heb ik samen met de apotheker en de overige artsen het voorschrijven van medicijnen onder de loep gelegd. De controle daarop was verwaterd. Nu nemen we twee keer per jaar samen de medicijnen van alle cliënten door en kijken voor elk medicijn of dat nog nodig is en in welke hoeveelheid.

**“ALS ARTS DENK JE SOMS DAT JOUW IDEE OVER HET VOORSCHRIJVEN EN TOEDIENEN VAN MEDICATIE HET ENIGE JUISTE IS”**

Een arts in het verbeterteam is geen noodzaak, maar mijn medische kennis kwam natuurlijk wel van pas. Ik gaf tips over bepaalde medicijnen en ondersteunde de stafverpleegkundigen. Ook overtuigde ik de medewerkers van het belang van goede medicatie. Daarnaast had ik een bewakingsfunctie: vanwege de eerste ‘mislukte’ nota hield ik in de gaten dat we niet doorgingen met het verzinnen van regels en protocollen. Het moet voor de medewerkers

in het primaire proces volstrekt duidelijk zijn wat ze moeten doen en vooral: waarom.

Als arts denk je soms dat jouw idee over het voorschrijven en toedienen van medicatie het enige juiste is. Nu ik meer contact heb met de verzorgenden die de medicijnen moeten geven, zie ik pas hoe onhandig sommige procedures zijn. Soms kreeg een cliënt bijvoorbeeld een nieuw of ander medicijn, maar was dat helemaal niet duidelijk voor de verzorgende. Nu stoppen we in dat geval een feloranje vel tussen de medicijnlijsten.”

# SLIK GEEN MEDICATIEFOUTEN

Een medicatiefout wordt gemakkelijk gemaakt. Jaarlijks komen 19.000 mensen in Nederlandse ziekenhuizen terecht door verkeerd medicijngebruik. En elk jaar hebben fouten in de medicatie 1250 sterfgevallen tot gevolg. Confronterend gegeven is dat bijna de helft daarvan vermijdbaar is.

## MEDICATIEFOUT?

De definitie voor medicatiefouten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg luidt:

*Elke fout in het proces van voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen ongeacht of hierbij schade is opgetreden (IGZ, 2004).*

## MENSENWERK DAT VAAK BETER KAN

Het verdelen, uitzetten en toedienen van medicatie is mensenwerk. En mensen maken soms fouten. Gestructureerd werken en duidelijke afspraken en hulpmiddelen helpen het aantal fouten drastisch te verminderen. Dat leert de reeks Verbetertrajecten Medicatieveiligheid die Vilans voor Zorg voor Beter samen met 47 organisaties uit de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende geestelijke gezondheidszorg heeft doorlopen.

## VERBETEREN IN VIER FASEN

In het verbetertraject werkten zorginstellingen een jaar lang aan een betere medicatieveiligheid met behulp van de verbetermethode van Zorg voor Beter. Hierbij werken

teams volgens een systematische aanpak in vier fasen aan meetbare resultaten:

1. Analyse
2. Plannen
3. Uitvoeren
4. Borgen en spreiden

## BEGIN MET METEN

Na het letterlijk meten van het aantal medicatiefouten en bijna-fouten, geeft een eerste analyse van het medicatieproces een enorm inzicht in mogelijke verbeterpunten. Door de meting elke drie maanden te herhalen, is direct merkbaar dat alleen het meten al voor een grotere bewustwording zorgt.

## 1. ANALYSEREN GEEFT INZICHT

Het analyseren van de situatie op de pilotafdeling gebeurt met drie instrumenten: een SWOT-analyse, de Geeltjesmeting en de Analyse van het medicatieproces met een bewerking van de Scan, een analyse-instrument van DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. Dat laatste is gebaseerd op de farmaceutische normrapporten uit de verschillende sectoren gericht op goede farmaceutische zorg. De analyse wordt na het traject ook als eindmeting uitgevoerd.

## PLAK EEN GEELTJE, MEET ÉN WEET!

De zogenaamde Geeltjesmeting (met zelfklevende memoblaadjes) is een bijzonder toegankelijke methode met een groot effect:

- Plak per medicatie-incident (fout of bijna-fout) een geeltje. Er kunnen meerdere incidenten per persoon (cliënt en/of medewerker) per dag worden geplakt. De geeltjes plak je boven elkaar op de juiste dag van de week.
- Noteer op het geeltje: datum, het soort incident en de oorzaak van het incident (indien bekend).

Gedurende twee weken worden op deze manier alle fouten en bijna-fouten geregistreerd door geeltjes op een speciale poster te plakken, anoniem en met een korte beschrijving van het (bijna-)incident. Deze methode geeft direct inzicht in waar het mis gaat of had kunnen gaan. Het maakt iedereen die met medicatie werkt direct veel bewuster van (mogelijke) problemen, risico's en hun eigen verantwoordelijkheid.



## 2. PRAKTIJKGERICHT PLANNEN ÉN VERANDEREN

Op basis van de analyse worden er doelstellingen geformuleerd die uitmonden in concrete actieplannen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in de drie P's: Pil, Proces en Patiënt. In de categorie 'Pil' vallen verbeteringen die gericht zijn op farmacotherapeutische effecten zoals bijwerkingen en interacties tussen medicijnen. 'Proces' is de categorie die alle stappen in het medicatieproces beslaat, van het moment van voorschrijven tot het toedienen en de effecten van de medicatie. In de praktijk blijkt dat hier het meest te verbeteren is. En 'Patiënt' zijn die verbeterpunten die zich richten op gedragingen van de patiënt of cliënt die van invloed zijn op het medicijngebruik, zoals therapietrouw of gebruik van alcohol of drugs.

## 3. UITVOEREN VAN VERBETERDOEL NAAR ACTIEPLAN

Daarna komt het aan op het daadwerkelijk uitvoeren van de gekozen verbeteracties. Daarbij doorloopt men de zogenaamde PDSA-cyclus. Kern daarvan is de PDSA-cirkel (Plannen, Doen, Studeren en Aanpassen) die zich richt op kleinschalige, praktijkgerichte veranderingen. PDSA is een model voor ononderbroken verbetering van kwaliteit waarbij drie kernvragen worden gesteld:

- Doel: De vraag 'Wat willen we bereiken?' is gericht op het stellen van een duidelijk doel.
- Meten: 'Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?' richt zich op het meten en in kaart brengen van het effect van een verandering in de werkwijze.
- Verbeteren: En de vraag 'Welke veranderingen kunnen we invoeren die tot een verbetering leiden?' kan duidelijk maken met welke interventies en goede ideeën het doel kan worden bereikt.

### DOORLOOP DE PDSA-CIRKEL

De interventies en ideeën worden vertaald in concrete veranderacties die in korte, snelle rondes worden uitgepro-

beerd volgens de PDSA-cyclus:

Stap 1 – maak een plan

Stap 2 – voer het uit

Stap 3 – bestudeer de resultaten

Stap 4 – trek conclusies voor een volgende stap

### VASTLEGGEN EN BESPREKEN

Door telkens deze stappen te doorlopen, kunnen instellingen bijsturen als dat nodig is en gericht aan meetbare resultaten per verbeteronderwerp werken. Om ook echt te leren van de verbeteracties is het zinvol de PDSA's vast te leggen in een soort verbeterlogboek. Ook het bespreken van de ervaringen en knelpunten in een vergadering maakt dat de deelnemers van en met elkaar leren en telkens een stapje verder komen.

### PDSA TIPS

- Zorg voor kleine en eenvoudige leercycli.
- Een cyclus doorlopen kan heel snel, bijvoorbeeld binnen een uur of een dag. Doorloop wel alle stappen.
- De nadruk ligt op testen, ervaren én leren.
- Stop en probeer iets anders als er geen verbetering is.
- Verzamel en gebruik meetgegevens om te leren.
- Betrek zoveel mogelijk disciplines bij de PDSA. Vergeet niet de cliënt.
- Koppel alles wat relevant is terug voor een optimaal leereffect.
- Organiseer een leertraject werken met de PDSA.
- Maak zichtbaar welke PDSA's lopen met welke resultaten.
- Deel ervaringen, beloon deelnemers en vier het succes!

### BETREK CLIËNTEN ACTIEF

Als het gaat om medicatieveiligheid en vooral het verbeteren daarvan, verdient de cliënt een rol als partner. Dat besef leeft nog lang niet bij elke zorginstelling.

### INFORMEREN IS NIET GENOEG

Natuurlijk is binnen veel instellingen een cliënten- of bewonersraad aanwezig, maar hun daadwerkelijke invloed is meestal erg gering. Het beperkt zich tot het informeren van cliënten over nieuwe ontwikkelingen of het inventariseren van meningen. Meebeslissen over het beleid en participatie bij de uitvoering ervan is helaas zelden aan de orde.

### BETROKKENHEID VAN CLIËNTEN OP VERSCHILLENDE NIVEAUS

Voorkomt dat er óver de cliënt wordt gesproken en zorg dat er juist in overleg mét cliënten gekeken wordt wat en hoe de zorg te verbeteren is. Breng bij de analyse van de huidige situatie in beeld wat de visie van cliënten is op de stand van zaken. Wat vinden zij goed gaan en wat is volgens hen voor verbetering vatbaar? Als de stem van cliënten in deze fase niet gehoord wordt, ontbreekt belangrijke informatie over wat voor hen echt belangrijk en waardevol is. En waar de inspanningen zich op moeten richten. Het gevolg kan zijn dat er zaken verbeterd worden waarvan dat voor cliënten niet nodig is. En dat knelpunten die cliënten wel ervaren juist blijven bestaan.

Cliëntparticipatie is bijvoorbeeld in te delen naar gradaties van betrokkenheid:

Participatieniveau	Doel
Informatie	“De cliënt weet mee”
Consultatie	“De cliënt denkt en praat mee”
Advies	“De cliënt adviseert”
Partnership	“De cliënt beslist mee”
Regie bij de cliënt	“De cliënt bepaalt de doelen en prioriteiten van een activiteit of organisatie”

Er is geen beter of slechter. Meer participatie is niet altijd beter, ook niet vanuit de cliënt gezien. De keuze voor een vorm (en mate) van participatie hangt af van vele factoren. Wel is het zinvol om zich vooraf te realiseren dat er keuze is, zowel vooraf als gaandeweg.

### MOGELIJKHEDEN GENOEG

Het betrekken van cliënten kan op veel verschillende manieren:

- Informeer bij de cliëntenraad naar hun mening over medicatieveiligheid.
- Nodig cliënten uit om actief deel te nemen aan de verbeteringen.
- Organiseer en betrek een cliëntenpanel.
- Organiseer regelmatig huis(kamer)gesprekken.
- Vraag aan cliënten hoe zij bepaalde situaties graag verbeterd zien.
- Breng en houd cliënten en familie op de hoogte.

### DE NUANCES VAN OVERLEG

Zelfs bij het meten van de resultaten is het erg zinvol om cliënten naar hun ervaringen te vragen. Misschien dat hen heel andere dingen zijn opgevallen dan het team of dat ze nevenverschijnselen benoemen die resultaten van de meting nuanceren. In alle gevallen is het beeld veel completer dan wanneer de ervaring van de cliënt buiten beschouwing blijft.

## 4. BORGEN EN VERSPREIDEN

Verbeteringen zijn pas echt succesvol als ze blijvend verankerd zijn in de organisatie. Helaas is de verwachting onterecht dat verbeterresultaten vanzelf doorwerken en vastgehouden worden in organisaties. Het zogenaamde borgen van resultaten vraagt gerichte aandacht en moet als onlosmakelijk deel van de verbetermethodiek worden gezien.

### ZONDER BORGEN GEEN KOSTENEFFECTIVITEIT

Als het borgen en verspreiden achterwege wordt gelaten is het maar de vraag of het project rendabel is. Het op een goede manier verankeren van de verbeteringen voorkomt terugval naar de oude situatie, zorgt voor het vasthouden van de resultaten en zorgt ervoor dat het verder ontwikkelen en leren zich in de toekomst voortzet.

### METEEN BEGINNEN

Daarom wordt de fase van borgen en spreiden zo snel mogelijk ingezet. Bijvoorbeeld door goed te communiceren over de metingen, doelstellingen en verbeteracties en de verschillende doelgroepen, zoals medewerkers van andere afdelingen of locaties, er zoveel mogelijk bij te betrekken. Als iedereen zich bewust is van het nut en de noodzaak van verbeteren, is het op den duur gemakkelijker om de verbeteringen ook elders in de organisatie van de grond te krijgen.

### NIETS ZO MOEILIJK ALS HET VERANDEREN VAN GEDRAG

Mensen hechten aan het oude vertrouwde en veranderen niet zomaar. Ze hebben kennis nodig om hun eigen mening te kunnen vormen of om van mening te veranderen. Dit kan zelfs gepaard gaan met emoties omdat ze dingen los moeten laten of dingen anders moeten doen dan ze gewend zijn. En heel belangrijk is het werk anders te organiseren en eventueel een beloningssysteem in te zetten om het nieuwe, gewenste gedrag te versterken.

**BENOEM WAT JE WILT BORGEN, SPREEK AF HOE EN WIE DAT AANPAKT**

## Borg met beleid

Belangrijk is te benoemen welke verbeteringen geborgd moeten worden. Dit kan immers op verschillende niveaus in de organisatie gebeuren:

- **Uitkomst**

Hierbij gaat het erom of de betere uitkomsten ook blijven bestaan of dat ze tot een nieuwe norm leiden. De situatie kan namelijk nog meer verbeteren.

- **Dagelijkse werkprocessen**

De manier van werken en de methode die gebruikt is om aan kwaliteitsverbetering te werken, kunnen voortaan als standaard werkwijze gelden.

- **Vaardigheden of capaciteiten**

Als er vaardigheden, kennis of capaciteit nodig zijn om de resultaten vast te houden, dan moet dit aandacht krijgen. Bijvoorbeeld door goede instructie of scholing. Ook op de langere termijn.

- **Houding, beleving**

Tijdens het verbeteren is er vaak extra aandacht voor het onderwerp. De kans dat de aandacht na verloop van tijd verslapt en men terugvalt in de oude manier van werken is groot. Daarom is het belangrijk de verbetering vast te leggen in een nieuwe manier van werken, maar ook regelmatig de aandacht terug te brengen naar het onderwerp.

- **Randvoorwaarden**

Bepaal welke randvoorwaarden nodig zijn om de gewenste verbetering te laten bestaan.

- interne communicatiemogelijkheden
- opleiding en scholing
- strategisch beleid van de organisatie: wat zijn de speerpunten en hoe versterkt het traject deze?

## TIEN SUCCESFACTOREN

Tien factoren die van groot belang zijn bij het borgen van verbeteringen:

1. Voordelen van verandering naast de voordelen voor cliënten.
2. Inzicht in de voordelen.
3. Flexibiliteit van het veranderende proces.
4. Betrokkenheid en training van medewerkers om de verandering in de praktijk toe te passen.
5. Houding van medewerkers t.o.v. het vasthouden van de verandering.
6. Betrokkenheid van leidinggevenden.
7. Betrokkenheid van medische sleutelfiguren.
8. Effectiviteit van de organisatie om verbetering te monitoren.
9. Aansluiting bij de strategische doelen en cultuur van de organisatie.
10. Infrastructuur voor het vasthouden van veranderingen.

## HERSTEL TERUGVAL DIRECT

Mocht het toch gebeuren dat de focus op een verbetering verdwijnt, dan is het belangrijk dit zo snel mogelijk te herstellen door duidelijk te krijgen waarom er opnieuw is gekozen voor de oude manier van werken. Spoor valkuilen en barrières op van de nieuwe manier van werken en kijk hoe deze op te lossen zijn. Stel opnieuw vast wat de waarde is van de verbetering en wat er nodig is om dat voor elkaar te krijgen. Stel dan nieuwe doelen en maatregelen voor en ga aan de slag met de herstelwerkzaamheden. En benoem opnieuw wat er geborgd moet worden en maak afspraken hoe en wie wat doet.

## MAAK BORGEN GEMAKKELIJKER

Leg het borgen van de verbetering vast, bijvoorbeeld door aan te sluiten op

- een bestaand kwaliteitssysteem
- een management sturingssysteem en rapportages
- reguliere overleggen waar het thema op de agenda staat

# CHECKLIST: WAT KUN JE NOG MEER DOEN?

Verbeteringen in medicatieveiligheid kunnen op verschillende vlakken plaatsvinden. Onderstaande voorbeelden geven niet een compleet overzicht maar zijn slechts een selectie:

- 1. REGISTRATIE EN ANALYSE VAN MEDICATIEFOUTEN EN –KNELPUNTEN**  
Tip: Om snel inzicht te krijgen is het slim te beginnen met de zogenaamde Geeltjesmeting. Wanneer het fout gaat, of dreigt te gaan, plakt de zorgverlener een geeltje op de poster, met een korte beschrijving van het (bijna-)incident. Dat geeft snel inzicht in wat er verbeterd moet of kan worden.
- 2. SAMENWERKING**  
Tip: Laat de apotheker eens zien wat het medicatieproces inhoudt op de afdeling. Dat maakt afspraken maken eenvoudiger. Leg taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken disciplines vast in protocollen en werkafspraken.
- 3. MEDICATIE REVIEW**  
Tip: In overleg met de arts, apotheker, zorgverlener en indien mogelijk met de cliënt één keer per half jaar kijken of de medicatie specifiek afgestemd moet worden op de situatie van de cliënt.
- 4. VOORSCHRIJFPROCES**  
Tip: Gebruik een elektronisch voorschrijf- en medicatiesysteem dat gekoppeld is aan de openbare apotheken.
- 5. KLAARMAKEN EN DISTRIBUEREN VAN GENEESMIDDELEN**  
Tip: Besteed het uitzetten van geneesmiddelen uit aan de apotheker inclusief automatisch gegenereerde medicatieoverzichten en aftekenlijsten, inclusief zalfjes en drankjes.
- 6. TOEDIENEN VAN GENEESMIDDELEN**  
Tip: Laat de verpleegkundigen en verzorgenden scholen, zorg voor een duidelijke toedieningsinstructie en een fotoboek dat medicijnen goed herkenbaar maakt.
- 7. VERHOGEN MEDICIJNGEBRUIK ZOALS OVEREENGEKOMEN**  
Tip: Geef goede voorlichting en informatie over ziekte, behandeling en mogelijke bijwerkingen van medicijnen aan cliënt en mantelzorg en onderzoek de oorzaken van het niet opvolgen van medicatievoorschriften voor het toepassen van interventies.
- 8. VERHOGEN VAN DE AANDACHT VOOR BIJWERKINGEN**  
Zorg voor toegankelijke informatie en begrijpelijke bijsluiters.



## COLOFON

Uitgave: Vilans, project Medicatieveiligheid, Marjolein van Vliet en Marijke Wigboldus, projectleiders  
Tekst en interviews: Leene.txt, [www.leenetxt.nl](http://www.leenetxt.nl)  
Fotografie: Joop van Reeken

Met dank aan de geïnterviewden:

- Lia de Boer, casemanager Langdurige Zorg, ggz-centrum Westfriesland
- Frank Hengeveld, persoonlijk begeleider en Ria van Houwelingen, secretaris van de raad van bestuur, Estinea, instelling voor gehandicaptenzorg in Aalten
- Lia van Loo, manager, Thuiszorg Noord West Twente
- Antoinette Honée is manager Crisisopvang en Begeleid wonen, Iriszorg, Beekbergen
- Ian Middel, kwaliteitsmedewerker, 's Heeren Loo, organisatie voor verstandelijk gehandicapten
- Reinoud van Leuteren, afdelingshoofd somatische zorg, Attent WWZ, verpleeg- en verzorgingshuis Arnhem
- Bep van Roekel, Eigen beheer medicatie door cliënten, Bethanië Woon-, Zorg- en Dienstencentrum voor ouderen in Ede
- Arjen Louisse, verpleeghuisarts, Ipse De Bruggen, Zuid Holland
- Lid cliëntenraad en Dafna de Leeuw van Weenen, stafmedewerker Langdurige Zorg, ggz Bouwman, Rotterdam
- Gert Nap, apotheker, Gemini Ziekenhuis, Den Helder

Met dank aan de leden van het kernteam Medicatieveiligheid:

- Jan Akkermans, DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
- Hans de Vos Burchart DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
- Harriët van Wetten, Trimbos instituut
- Ria de Korte

Met dank aan:

- Alle zorginstellingen die deelnamen aan de verschillende rondes van het Verbetertraject Medicatieveiligheid en proefondervindelijk in kaart brachten welke interventies de medicatieveiligheid verbeteren.

## GEBRUIKTE BRONNEN:

Eindverslag en presentatie project Medicatieveiligheid looptijd 2006-2009 Vilans maart 2009, Werkplan Verbetertraject Medicatieveiligheid Vilans november 2007, Handreiking Cliëntenparticipatie bij Verbeteren Vilans juli 2007, PDSA-trainingspakket Verbetertraject Plus Vilans 2008, Meetlat verankering, Vilans Borging in Verbetertraject Plus, Vilans, juni 2008.

Kijk voor meer informatie over medicatieveiligheid en de hulpmiddelen daarvoor op [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl).

Vilans, Kenniscentrum voor langdurende zorg  
[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

Utrecht, mei 2009