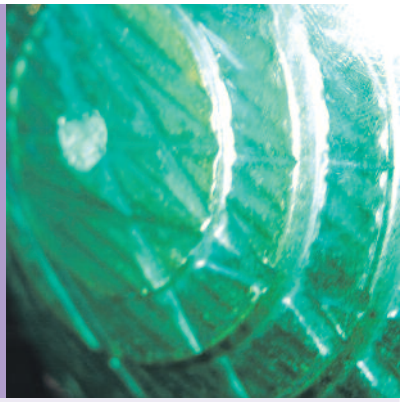
DGV Handreiking



Verbetermethodiek medicatieveiligheid voor zorginstellingen

DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik

Colofon

Auteurs
Jan Akkermans MA, DGV
drs. Hans de Vos Burchart, DGV
drs. Marijke Wigboldus, Vilans

Eindredactie
dr. Marjorie Nelissen, apotheker, DGV

Met medewerking van
ActiZ, Organisatie van zorgondernemers
Consument en Veiligheid, Organisatie voor een veilig Nederland
Vilans, Kenniscentrum voor langdurige zorg

DTP
Ellen Wiggemansen

Illustratie
Len Munnik

maart 2009

DGV heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. DGV is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag gebruikt worden zonder vooraf verkregen toestemming.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400 fax 030 296 29 12
post@dgvinfo.nl www.medicijngebruik.nl



DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik



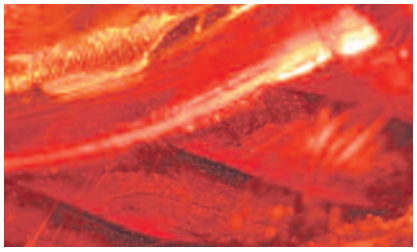


Inhoud

Verbetermethodiek medicatieveiligheid voor zorginstellingen



4 Inleiding
4 Doel
4 Doelgroep
4 Waarom aandacht voor medicatieveiligheid?
5 Plan van aanpak
6 Randvoorwaarden
7 Stap 1 Analyse medicatieproces
11 Stap 2 Voorbereiding verbetertraject
13 Stap 3 Implementatie verbetertraject
14 Stap 4 Evaluatie, spreiding en borging



Bijlagen

16 1 DGV Quick-scan
18 2 Voorbeelden van medicatie-incidenten
20 3 Voorbeeldstramien actieplan
22 4 Voorbeelden SMART-doelen

23 Literatuur

Verbetermethodiek medicatieveiligheid

Inleiding

Voor u ligt de Verbetermethodiek Medicatieveiligheid voor zorginstellingen. De methode is gebaseerd op de kennis, ervaring en materialen van DGV en Vilans. De methode is mede ontwikkeld en gebruikt in de module Medicatieveiligheid van het programma Zorg voor Beter (zie ook www.zorgvoorbeter.nl).

De methode richt zich op het verbeteren van (aspecten van) de medicatieveiligheid als onderdeel van patiëntveiligheid. U kunt met deze methode de stand van zaken van het medicatieproces - zoals voorschrijven, afleveren en juist gebruik - in uw organisatie in kaart brengen en daadwerkelijk verbeteren. Dit gebeurt met behulp van een stappenplan. Elke stap is apart uitgewerkt. Daarbij leest u informatie over onder andere relevante aandachtspunten, meetmethodieken en tips. Voor meer achtergrondinformatie wordt verwezen naar de literatuur in de literatuurlijst van deze handreiking.

Doel

Doel van deze handreiking is het ondersteunen van zorginstellingen bij het verbeteren van de kwaliteit van het medicatieproces. Met deze handreiking kunnen zorginstellingen risicovolle onderdelen in het medicatieproces (multidisciplinair) opsporen en verbeteracties benoemen, ontwikkelen, implementeren, verspreiden en borgen.

Doelgroep

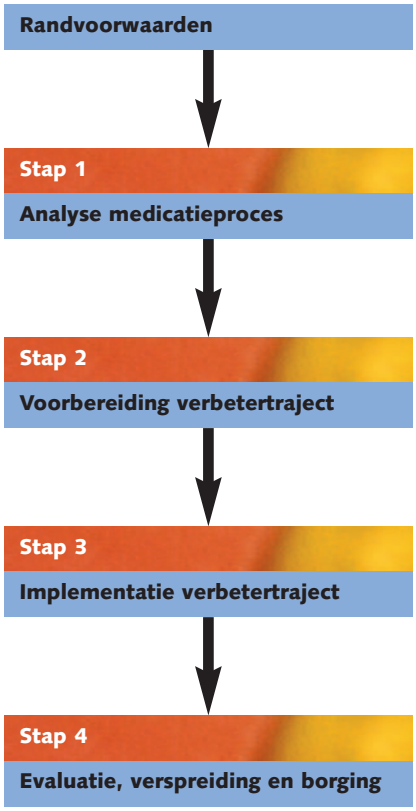
Directies, managers, kwaliteitsfunctionarissen en beleidsmedewerkers van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorgorganisaties.

Waarom aandacht voor medicatieveiligheid?

Uit onderzoek blijkt dat in Nederland 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van de acute opnames gerelateerd zijn aan geneesmiddelen (HARM-onderzoek; van den Bemt et al., 2006). Dit betekent circa 41.000 geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames per jaar, waarvan 19.000 potentieel vermijdbare opnames zijn. Patiënten ouder dan 65 jaar hebben een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddel gerelateerde opnames ten opzichte van patiënten jonger dan 65 jaar. Belangrijke andere risicofactoren zijn het niet zelfstandig wonen, therapie-ontrouw, verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, meerdere aandoeningen in de medische voorgeschiedenis en polyfarmacie.

Plan van aanpak

De aanpak in deze handreiking bestaat uit vier stappen. Voor het stappenplan doorlopen kan worden, moet eerst voldaan worden aan een aantal randvoorwaarden. Verderop in deze handreiking vindt u de stappen apart uitgewerkt met onder andere informatie over relevante aandachtspunten en tips.



Inventarisatie van actuele situatie en bestaande knelpunten

Uitwerken verbeteracties en voorbereiden uitvoering

Uitvoeren van verbetertraject

Tussentijdse evaluaties, eindevaluatie en tips voor verspreiding en borging

Randvoorwaarden

Randvoorwaarden voor een goede start, uitvoering en borging van een verbetertraject rondom medicatieveiligheid zijn:

- draagvlak vanuit de Raad van Bestuur/directie: een eerste vereiste!
- draagvlak vanuit het operationeel management
- een farmaceutisch coördinator of projectleider (bij voorkeur met management-bevoegdheden), ingesteld door de Raad van Bestuur/directie
- een verbeterteam, geformeerd door de farmaceutisch coördinator/projectleider
- faciliteren van projectgroepleden (tijd en middelen)

Verbeterteam

Een verbeterteam bestaat bij voorkeur uit inhoudelijke experts en andere medewerkers met praktijkervaring, eventueel aangevuld met een enthousiaste en bij het onderwerp betrokken cliënt, vrijwilliger, mantelzorger of familielid.

Inhoudelijke expertise bij de verschillende deelprocessen van het farmaceutische proces is noodzakelijk: (extern) betrokkenen zoals een huisarts of verpleeghuisarts en een apotheker moeten vroegtijdig betrokken worden bij of geïnformeerd worden over het verbetertraject. Bij voorkeur als deelnemer in het verbeterteam.

Medewerkers die medicatie uitzetten en/of toedienen (verpleegkundigen/verzorgenden) nemen eveneens deel aan het verbeterteam. Indien er een farmaceutisch coördinator aangesteld is in uw organisatie, dan kan deze ook zitting nemen in het verbeterteam.

Stap 1 Analyse medicatieproces

Om adequate - op uw organisatie gerichte - verbeteracties uit te voeren heeft u inzicht nodig in het bestaande medicatieproces en de risicovolle onderdelen hiervan in uw organisatie. Dit inzicht krijgt u door het bevragen van alle betrokken bij het medicatieproces. Dit zijn cliënten/mantelzorgers, voorschrijvers, afleveraars, verpleegkundigen, verzorgenden en leidinggevenden.

U kunt hierbij gebruik maken van:
1. DGV Quick-scan Medicatieproces
2. Analyse van MIC-meldingen medicatiefouten
3. Sterkte-zwakte SWOT-analyse
4. Kwalitatieve informatie van cliënten en medewerkers

1. DGV Quick-scan Medicatieproces

Doel DGV Quick-scan
Het op relatief eenvoudige en snelle wijze inzicht krijgen in de mogelijke problemen rondom het gehele medicatieproces in uw organisatie.

Doelgroep
Alle betrokkenen bij het medicatieproces (multidisciplinaire benadering).

Werkwijze
De DGV Quick-scan wordt per organisatie ingevuld. Bij meerdere locaties dient dit voor elke locatie afzonderlijk te gebeuren. Ook dienen meerdere Quick-scans ingevuld te worden als binnen een locatie de geneesmiddelenvoorziening op verschillende wijzen is georganiseerd. Meer informatie over onder andere beschikbaarheid en werkwijze van de DGV Quick-scan vindt u in bijlage 1.

De DGV Quick-scan is opgebouwd uit twee delen. Het eerste deel bevat algemene vragen over de organisatie. Dit deel wordt ingevuld door Raad van Bestuur/directie. Het tweede deel bevat ongeveer 30 vragen die de direct betrokkenen eerst individueel invullen.

Elke vraag behandelt een aspect dat van invloed is op de veiligheid van het medicatieproces. Als alle vragen met een 'ja' beantwoord worden, mag men ervan uitgaan dat de basis van het medicatieproces goed geregeld is en dat nadere analyse van het medicatieproces (vermoedelijk) niet nodig is. Wel dient gesteld te worden dat de DGV Quick-scan een globaal beeld geeft en dat na verloop van tijd een herhaling wenselijk is om de situatie opnieuw te beoordelen. Ook kunt u de DGV Quick-scan niet los zien van een adequate melding en registratie van medicatie-incidenten.

Na het individueel invullen van het tweede deel vergelijken de betrokkenen per vraag elkaars antwoorden. Op basis van consensus vult men gezamenlijk opnieuw een Quick-scan - de consensusscan - in. De discussie bij dit consensusoverleg leidt vaak al tot het gezamenlijk signaleren van risicovolle momenten en geeft een aanzet tot verbeterstappen. Desgewenst kan DGV - vanuit haar expertise op het gebied van medicatieveiligheid - adviezen geven hoe u (aspecten van) het medicatieproces veiliger kunt maken.

Stap 1 Analyse medicatieproces

De DGV Quick-scan bestaat uit vragen over de volgende aspecten:
1. niet individuele cliëntgegevens
2. cliëntinformatie
3. medicatiebewaking en begeleiding
4. geneesmiddelformularium en behandelprotocollen
5. medicatieopdrachten
6. voorraadbeheer en opslag
7. uitzetten en toedienen van geneesmiddelen
8. opleiding en bekwaamheid
9. kwaliteit zorg/risicomanagement

Overige informatie

Als uit de DGV Quick-scan blijkt dat een nadere risicoanalyse van (aspecten van) het medicatieproces wenselijk is, dan heeft DGV hiervoor een uitgebreider instrument beschikbaar.

2. Analyse MIC-meldingen medicatiefouten

Doel analyse MIC-meldingen

Verkrijgen van (historisch) inzicht en aanvullende informatie over (bijna-) incidenten rondom het medicatieproces.

Werkwijze

Uw organisatie registreert incidenten en bijna-incidenten en meldt deze aan de MIC-commissie. De MIC-commissie heeft daarmee een overzicht van alle (bijna-) incidenten over meerdere jaren. Uw organisatie kan hiermee inzicht krijgen in de grootste risico's binnen de organisatie.

U verzamelt allereerst de totale cijfers en de cijfers van de onderdelen 'Incidenten' en 'Gevaarlijke situaties' uit de MIC-rapportages van een of meerdere voorgaande jaren. U print daarvoor de standaardrapporten met behulp van de MIC-software (stand-alone versie van De Heer & Co of ingebouwd in cliëntregistratiesystemen van Unit4Agresso, PinkRoccade, TriasPect, Infoland of anderen).

U analyseert vervolgens de MIC-meldingen rondom medicatiefouten aan de hand van de volgende vragen:
1. Wat is het aantal MIC-meldingen van het afgelopen jaar?
2. Welk deel hiervan betrof meldingen over (bijna-)medicatiefouten?
3. Zijn de medicatiefouten op afdelingsniveau inzichtelijk te maken?
   Denk hierbij aan afdelingen in de organisatie die in positieve of negatieve zin afwijken.
4. Zijn de medicatiefouten qua tijdstip inzichtelijk te maken?
   Denk hierbij aan pauzetijden, avonden, nachten en weekenden.
5. Zijn de medicatiefouten naar onderdeel van het medicatieproces inzichtelijk te maken?
   Denk hierbij aan voorschrijven, afleveren, uitzetten, toedienen en bewaken.
6. Wat ging er mis bij de medicatie?
   Denk hierbij aan medicatie niet gegeven, verkeerde dosering, medicatie op verkeerd tijdstip gegeven, cliënt heeft medicatie niet ingenomen, verkeerde medicatie gegeven.

Stap 1 Analyse medicatieproces

7. Welke oorzaken van medicatiefouten worden benoemd?
8. Tot welke concrete vervolgacties hebben de meldingen van medicatiefouten geleid?
9. Welke verbeteringen in het proces zouden op basis van de bevindingen aangepast moeten worden?

Zie bijlage 2 voor voorbeelden van medicatie-incidenten die kunnen leiden tot MIC-meldingen.

3. Sterkte-zwakte SWOT-analyse

Doel SWOT-analyse

Verkrijgen van inzicht en benoemen van de omgevingsfactoren die een rol (kunnen gaan) spelen bij (aspecten van) het medicatieproces binnen uw organisatie of afdeling en/of invloed (gaan) uitoefenen op (aspecten van) het medicatieproces en gekoppelde processen.

Werkwijze

Bij een SWOT-analyse (Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats) worden de belangrijkste sterke en zwakke punten én de belangrijkste kansen en bedreigingen van uw organisatie of afdeling in beeld gebracht. Aan de hand hiervan kunt u beoordelen of - en zo ja op welke manier (positief of negatief) - omgevingsfactoren van invloed zijn of mogelijk juist ingezet kunnen worden om een verbetertraject te starten.

U laat de SWOT-analyse uitvoeren door de veiligheidscommissie of het verbeterteam. De leden van de veiligheidscommissie of het verbeterteam benoemen individueel - bijvoorbeeld op post-it geeltjes - zijn of haar ideeën over de sterkte, zwakte, kansen en bedreigingen van uw afdeling of organisatie. De ideeën worden verzameld in een matrix op een flap-over (zie figuur 1).

Figuur 1 Matrix SWOT-analyse

Sterkte	Zwakte
Kansen	**Bedreigingen**

Stap 1 Analyse medicatieproces

Relevante vragen bij het vullen van de vier kwadranten voor de SWOT-analyse zijn:

Sterkte
Waar zijn we goed in?
Waarin onderscheiden we ons van anderen?
Wat zien anderen als de kracht van onze afdeling/organisatie?
Welke voordelen biedt onze afdeling?

Zwakte
Wat kan verbeterd worden?
Wat gaat niet goed?

Kansen
Welke kansen heeft onze afdeling/organisatie?
Welke ontwikkelingsmogelijkheden zijn er?
Kunnen we inspelen op trends?

Bedreigingen
Welke belemmeringen zijn er?
Welke voorwaarden (materieel en immaterieel) moeten verbeteren?
Welke tegenwerking kunnen we verwachten?
Is onze kennis en ervaring toereikend om te veranderen?

4. Kwalitatieve informatie van cliënten en medewerkers

Doel

Verkrijgen van inzicht in de beleving van de (on)veiligheid bij medewerkers, vrijwilligers, cliënten en familie rondom (aspecten van) het medicatieproces.

Verbeteren van onderwerpen die deze betrokkenen belangrijk vinden, zal het draagvlak voor verbeteracties vergroten.

Werkwijze

Het is zinvol om aanvullende informatie te verkrijgen van uitvoerende medewerkers (verpleging en verzorging), cliënten en eventueel andere betrokken disciplines bij het medicatieproces. U kunt deze kwalitatieve informatie van het medicatieproces verzamelen door:

a. Groepsgesprekken met de medewerkers tijdens een (regulier) afdelingsoverleg. Hierbij inventariseert u welke aspecten van het medicatieproces - naar het oordeel van de aanwezigen - onveilig zijn en daarmee in aanmerking komen voor verbetering.
b. Een enquête bij een selectie van cliënten en/of cliëntenraad.
   Een dergelijke enquête geeft inzicht in de mening en ervaringen van cliënten en/of cliënten rondom het huidige medicatieproces. DGV heeft hiervoor de vragenlijst 'DGV cliëntenvragenlijst medicatieveiligheid' ontwikkeld. Deze vragenlijst geeft inzicht in de wijze waarop cliënten de kwaliteit van zorg rondom het medicatieproces ervaren, vanaf het moment van voorschrijven van de medicijnen tot en met het uiteindelijke gebruik/toediening en het monitoren van de (bij)werking.

Stap 2 Voorbereiding verbetertraject

In deze stap komt u tot een actieplan aan de hand van de geïnventariseerde gegevens in stap 1. Het management/directie moet het actieplan goedkeuren voordat u aan de uitvoering van het actieplan begint.

Relevante aandachtspunten bij de voorbereiding van het verbetertraject zijn:
1. selectie van verbeterpunten
2. verbeteracties
3. nulmeting en registratie

1. Selectie verbeterpunten

De huidige stand van zaken met betrekking tot medicatieveiligheid in uw organisatie heeft u geïnventariseerd in stap 1. Het moet u nu duidelijk zijn wat de knel- en verbeterpunten zijn in het medicatieproces binnen en buiten uw organisatie.

Omdat u niet alle verbeterpunten tegelijk kunt aanpakken, zult u prioriteiten moeten stellen. Allereerst bepaalt u welke gesignaleerde verbeterpunten het meest risicovol en urgent zijn. Vervolgens bekijkt u welke gesignaleerde risico's het minst aanvaardbaar zijn. Dit bepaalt uw uiteindelijke keuze van aan te pakken verbeterpunten. Voor deze verbeterpunten gaat u vervolgens verbeteracties benoemen.

2. Verbeteracties

Voor de aanpak van de geselecteerde verbeterpunten in het medicatieproces benoemt en bespreekt u mogelijke verbeteracties. Hiermee maakt u vervolgens een actieplan:
- Wat gaat u aanpakken?
- Op welke manier?
- Door wie?
- En wanneer?

Besteed ook aandacht aan het beschikbare budget en de manier van communiceren naar alle betrokkenen binnen en buiten de organisatie. U vindt in bijlage 3 een voorbeeldstramien voor een actieplan.

Indien u wilt bepalen in welke mate individuele verbeteracties bijdragen aan het verbeteren van het medicatieproces, dan dient u de individuele verbeteracties zoveel mogelijk na elkaar uit te voeren. Houd hiermee dan rekening bij het vaststellen van het actieplan.

Om (tussentijds en) achteraf goed te kunnen evalueren of de verbeteracties leiden tot het gewenste resultaat, is het belangrijk doelen volgens het SMART-principe (zie kader SMART-principe) op te stellen. In bijlage 4 vindt u voorbeelden van SMART-doelen.

SMART-principe

S specifiek
Wat gaan we precies doen?

M meetbaar
Hoeveel gaan we doen?

A acceptabel
Is er draagvlak voor wat we doen?

R realistisch
Kan het wat we willen doen?

T tijdgebonden
Wanneer zijn we klaar?

Stap 2 Voorbereiding verbetertraject



Geeltjesmethode

De geeltjes methode is een eenvoudige, laagdrempelige en snelle meetmethode voor de nulmeting en voor de registratie van informatie tijdens het traject ten behoeve van tussentijdse evaluaties en eind-evaluatie. De methode geeft direct de huidige situatie - bijvoorbeeld aantal incidenten per locatie/afdeling - weer.

Werkwijze

Alle medewerkers van de locatie/ afdeling registreren goed (lees: eenduidig) de benodigde informatie gedurende bijvoorbeeld drie weken op post-it geeltjes. Denk daarbij aan informatie zoals datum van (bijna-) incident, soort (bijna-)incident en oorzaak en achterliggende factoren van (bijna-)incident volgens melder.

De post-it geeltjes plakken de medewerkers op een poster (met dagen van de week), die voor iedereen zichtbaar opgehangen is. Iedereen heeft daardoor zicht op de voortgang van de meting. De informatie kan na de meetperiode gecategoriseerd en in een grafiek weergegeven worden.

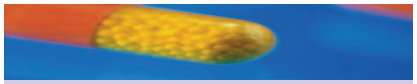
3. Nulmeting en registratie

Voordat u start met de uitvoering van uw actieplan is het belangrijk de uitgangs-positie (nulmeting) vast te stellen. Wat u precies gaat meten tijdens deze nul-meting is afhankelijk van uw uiteindelijke doelen. Zie bijlage 4 voor voorbeelden.

U dient tevens te bepalen welke informatie gedurende het traject gemeten en vastgelegd moet worden en door wie, zodat u zowel (tussentijds en) achteraf goed kunt evalueren of de verbeteracties leiden tot het gewenste resultaat.

In het kader Geeltjesmethode vindt u een voorbeeldwerkwijze voor zowel de nulmeting als de registratie tijdens het traject.

Stap 3 Implementatie verbetertraject



Plan-Do-Study-Act cyclus

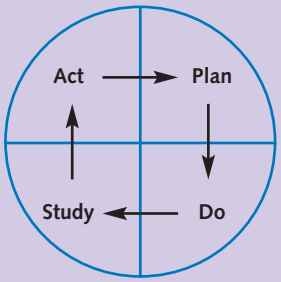
De PDSA cyclus of Deming Cyclus bestaat uit vier onderdelen:

P plan
Plan vooruit voor verandering. Analyseer en voorspel de resultaten.

D do (doe)
Voer het plan uit. Neem kleine stapjes onder gecontroleerde omstandigheden.

S study (studie)
Bestudeer de resultaten.

A act (handel)
Onderneem actie om het proces te standaardiseren of te verbeteren.



Het verbetertraject wordt uitgevoerd aan de hand van het actieplan, zoals opgesteld in stap 2.

Enkele aandachtspunten:

- Voer elke verbeteractie zoveel mogelijk uit volgens de Plan-Do-Study-Act cyclus (zie kader). Hierbij stelt u de verbeteractie - indien nodig - in kleine stappen tussentijds bij totdat de verbeteractie optimaal is.
- Goed communiceren met betrokkenen binnen en buiten de organisatie blijft gedurende het gehele traject belangrijk.
- Attendeer betrokkenen regelmatig op het belang van een goede registratie van benodigde informatie voor tussentijdse evaluaties en eindevaluatie. Regelmatige terugkoppeling van informatie kan de registratie bevorderen.

Stap 4 Evaluatie, verspreiding en borging

Evaluatie

Tijdens en na afloop van de uitvoering van het actieplan worden de resultaten geëvalueerd. Het evalueren gedurende de looptijd van het project is bedoeld om - indien nodig - tijdig bij te kunnen sturen. De evaluatie aan het eind van het project dient enerzijds om te beoordelen in hoeverre de vooraf gestelde doelen behaald zijn. Anderzijds geeft de evaluatie inzicht in de uitvoering van activiteiten en het proces. De uitkomsten van de evaluatie dienen als input voor eventuele vervolgacties.

Verspreiding en borging

Na het invoeren van een succesvolle verandering in een deel van de organisatie is het de bedoeling dat deze blijvend is en dat het verspreiden van deze vernieuwing in de gehele organisatie aan de orde komt. Het doel is immers de medicatie-veiligheid in de gehele organisatie blijvend te verbeteren.

Het verbetertraject wordt afgesloten met een overleg tussen projectleider (of gehele projectgroep), farmaceutisch coördinator en opdrachtgever (Raad van Bestuur/directie), waarin keuzes worden gemaakt over:

- verspreiding van de resultaten naar de rest van de organisatie
- borging van de resultaten
- nieuwe actieplannen bij nog niet behaalde doelen

Verspreiding

Op basis van de ervaringen en resultaten van het verbetertraject maakt de projectgroep plannen om de vernieuwing in het beleid verder te verspreiden op andere afdelingen en/of locaties. De Raad van Bestuur/directie neemt het besluit en bekrachtigt dit door een hiervoor geschreven beleids- of actieplan te onder-tekenen en een verantwoordelijke aan te wijzen.

De verantwoordelijke kan dezelfde zijn (bijvoorbeeld de centrale veiligheids-coördinator) of juist een andere functionaris (bijvoorbeeld een locatiemanager verantwoordelijk voor de medicatieveiligheid). We bevelen aan om in ieder geval een ervaren collega - betrokken bij de eerste fase - erbij te betrekken. Daarnaast kan een frisse blik van nieuwe, enthousiaste medewerkers een nieuw elan aan de vernieuwing geven.

Belangrijk voor een optimale verspreiding is dat de projectgroep de ervaringen en resultaten in de organisatie kenbaar maakt. Informeer medewerkers, leiding-gevenden, vrijwilligers, cliënten, mantelzorgers, familie en de cliëntenraad hierover. Geef ook aan wat de vervolgstappen (verspreiden en borgen resultaat en eventueel nieuwe doelen) zijn. Maak bijvoorbeeld gebruik van ambassadeurs in verspreiding binnen de zorgorganisatie.

Stap 4 Evaluatie, verspreiding en borging

Borging

Een nieuwe werkwijze moet - voor blijvende toepassing - volledig ingebouwd en ondersteund worden door de zorgorganisatie. Hierbij is aandacht voor de organisatiecultuur en de betrokkenheid van leidinggevenden van groot belang. Een middel om veranderingen vast te houden - te borgen - is het onderbrengen van de nieuwe werkwijzen, afspraken, protocollen, indicatoren en meetprocedures in het bestaande kwaliteitssysteem en daarmee in de planning- en controlecyclus van de organisatie. Daarbij is het belangrijk dat het management zich uitspreekt over het belang van de veranderingen door deze te verbinden aan strategische doelstellingen van de organisatie en - indien mogelijk aan andere veranderprojecten en vernieuwingen.

Tevens kunnen gedragsveranderingen geborgd worden door hierop te sturen in het personeels- of HR-beleid en op te nemen in bijbehorende instrumenten (bijvoorbeeld nascholing, bespreken gewenst/ongewenst gedrag in functioneringsgesprekken). De mate van borging van veranderingen wordt steeds meer gezien als hét criterium van effectieve implementatie.

Bijlage 1

DGV Quick-scan

1. Beschikbaarheid en procedure

De DGV Quick-scan voor verpleeg- en verzorgingshuizen kunt u aanvragen bij DGV via scans@dgvinfo.nl.

Indien u tevens belangstelling heeft voor het door DGV laten analyseren van een door uw organisatie uitgevoerde DGV Quick-scan, dan is de volgende procedure van toepassing:

- De organisatie/locatie maakt via e-mail (scans@dgvinfo.nl) aan DGV kenbaar dat ze een Quick-scan willen uitvoeren. Men geeft aan welke organisatie (en soort) het betreft, wie de contactpersoon is en het aantal en type functionarissen die de scan gaan invullen (zie ook werkwijze).
- DGV neemt contact op en bespreekt de wensen en mogelijkheden met de contactpersoon van de organisatie. Op basis van deze afspraken wordt een samenwerkingsovereenkomst opgesteld.
- De organisatie kan vanaf april-mei 2009 zelf de DGV Quick-scan downloaden van de website van DGV, eventueel kan DGV voldoende exemplaren van de Quick-scan toesturen.
- De DGV Quick-scan wordt ingevuld (individueel en consensus; zie werkwijze). Voor de analyse en het opstellen van een adviesrapport stuurt de coördinator van de instelling de resultaten van de consensusscan en de algemene vragenlijst digitaal naar DGV (scans@dgvinfo.nl). Optioneel kunnen ook de individueel ingevulde Quick-scans digitaal geretourneerd worden. Uit ervaring is gebleken dat dit in bepaalde gevallen extra informatie voor de analyse oplevert.
- DGV analyseert de resultaten, stelt bevindingen vast en brengt advies uit over de verbetermogelijkheden. Dit wordt vastgelegd in een adviesrapport.
- Het resultaat van de analyse wordt vergeleken met beschikbare benchmarkgegevens van de DGV Quick-scan en de organisatie krijgt inzicht hoe haar score zich verhoudt tot het landelijk beeld. Dit wordt opgenomen in het adviesrapport.
- Tijdens het proces is een telefonische helpdesk beschikbaar voor hulp bij het invullen van de DGV Quick-scan, vragen over de DGV Quick-scan en overleg naar aanleiding van de adviezen.
- Een DGV-adviseur neemt - als zij/hij daar aanleiding toe ziet op basis van de resultaten - aanvullend contact op met de contactpersoon van de organisatie.

TIPS

De onderlinge discussie - die leidt tot de consensusscan - geeft vaak al aan waar verschillen in werkwijze en hiaten in het proces zich bevinden. Kortom: de potentiële verbeter-onderwerpen.

We adviseren u om de analyse van de DGV Quick-scan en het adviesrapport uit te laten uitvoeren door DGV. DGV heeft door haar ervaringen met de DGV Quick-scan de kennis en expertise opgebouwd om praktische adviezen te geven voor verbeteringen van het medicatieproces in uw organisatie. Deze adviezen zijn (mede) gebaseerd op recente (landelijke) richtlijnen en protocollen en op praktische ervaringen en goede voorbeelden uit de zorgsector(en).

2. Werkwijze

- De coördinator van de instelling organiseert een bijeenkomst voor het invullen van de DGV Quick-scan. Hierbij zijn minimaal aanwezig:
  - een (huis)arts
  - een apotheker (en liefst ook apothekerassistent)
  - een functionaris belast met de dagelijkse leiding (zorgmanager, locatie-manager, directeur)
  - twee uitvoerenden van de zorg (verzorgenden/verpleegkundigen)
- Deze personen vullen eerst individueel de DGV Quick-scan in, ieder vanuit zijn/haar eigen perspectief.
- Per vraag vergelijken de aanwezigen hun antwoorden en op basis van consensus vult men gezamenlijk een DGV Quick-scan in. Deze zogenaamde consensusscan geeft op hoofdlijnen inzicht in de veiligheid van het medicatieproces.
- De consensusscan (en optioneel de individueel ingevulde scans) worden per mail opgestuurd naar DGV.
- Na analyse van de antwoorden geeft DGV een terugkoppeling van de resultaten inclusief adviezen ter verbetering. Bij de analyse wordt gebruik gemaakt van zowel de individuele scans (indien deze worden geretourneerd), de consensusscan als de samenhang tussen deze scans.

3. Overige informatie

De kosten voor het uitvoeren van een betrouwbare analyse en een kwalitatief goed advies door DGV bedragen € 750,- (exclusief BTW; tarief 2009). Daarvoor wordt een adviesrapport opgesteld en aangeboden en worden de resultaten van de organisatie vergeleken met benchmarkgegevens van de DGV Quick-scan. Uw organisatie krijgt daarmee inzicht hoe de eigen score zich verhoudt tot het landelijk beeld.

Een van de mogelijke adviezen van DGV is om voorafgaand aan het opstarten van verbetertrajecten bepaalde procesonderdelen nader te analyseren. Hiervoor heeft DGV een uitgebreid instrument, te weten de 'Risicoanalyse medicatieproces'. In overleg kan DGV de organisatie ondersteunen en begeleiden bij verbeterprojecten van het medicatieproces.

U kunt uiteraard ook zelf met behulp van de DGV Quick-scan uw situatie in kaart brengen en acties formuleren.

Bijlage 2

Voorbeelden van medicatie-incidenten

Medicatie-incidenten kunnen in grote lijnen onderverdeeld worden in drie groepen: de drie 3 P's (Pil, Proces en Patiënt).

1. Pil

- over- of onderdosering
- onjuiste toediening
- polyfarmacie
- bijwerking
- interactie tussen medicijnen
- contra-indicatie

2. Proces

A. Voorschrijffouten: administratieve en procedurele fouten

- algemeen (bijvoorbeeld leesbaarheid)
- cliëntgegevens kloppen niet
- gegevens voorschrijver en afdeling
- geneesmiddelnaam
- geneesmiddelvorm of wijze van toedienen
- wijzigingen niet (goed) doorgevoerd

B. Voorschrijffouten: doseerfouten

- sterkte
- doseerfrequentie
- overdosering
- geen maximum dosis bij 'zo nodig'
- onderdosering
- duur therapie
- aanwijzingen voor gebruik

C. Voorschrijffouten: therapeutische fouten

- onterechte monotherapie
- (pseudo)dubbelmedicatie

D. Afleverfouten

- op verkeerde naam cliënt/afdelingsnaam
- verkeerde geneesmiddel
- in verkeerde toedieningsvorm
- verkeerde sterkte
- op verkeerde tijdstip

E. Toedienfouten

- niet toegediend
- een niet voorgeschreven geneesmiddel toegediend
- verkeerde cliënt
- verkeerd klaargemaakt
- verkeerde toedieningsvorm (bv. zetpil ingeslikt)
- verkeerde toedienwijze (bv. onterecht vermalen)
- verkeerde dosis/oplossing
- verkeerd tijdstip (minimaal 60 minuten te laat/te vroeg)
- medicatie over datum
- medicijndoos niet of verkeerd gevuld

3. Patiënt

- geweigerd
- uitgespuugd
- verkeerd medicijn genomen
- niet ingenomen
- verkeerde hoeveelheid genomen

4. Anders

- nl. _____

Bijlage 3

Voorbeeldstramien actieplan

Inventarisatie

De conclusies uit sterkte/zwakte analyse + analyse van MIC/FONA-meldingen + analyse van medicatieproces/cliëntenvragenlijsten zijn:
1. …
2. …
3. …
Etc.

De instellingsdoelstelling(en) van het verbetertraject medicatieveiligheid zijn:
1. …
2. …
3. …
Etc.
Benoem hier de algemene doelstelling(en): wat wil de instelling bereikt hebben aan het einde van het traject? Op de volgende pagina's volgt de uitwerking in kleine stappen.

MIP/FONA medicatie-incidenten:
- Pilotafdeling: …
- Periode (bijvoorbeeld gedurende ½ of 1 jaar): …
- Aantal meldingen: …

Het aantal meldingen voorafgaand aan het verbetertraject wordt vergeleken met het aantal meldingen tijdens het verbetertraject.

Verbeterteam

Intern projectleider: …
Vervangend projectleider: …
Samenstelling verbeterteam (naam + functie): …
- ….
- ….
- ….

Etc.

Interne opdrachtgever/aanspreekpunt directie:

Context verbetertraject

Instelling	Pilotafdeling
Sector:	Cliëntcategorieën:
Aantal cliënten:	Aantal cliënten:
Woonsituatie (intramuraal/extramuraal/anders):	Aantal medewerkers:
Cliëntparticipatie: ja / nee Hoe geregeld:	Functies + functieniveau (1-5) medewerkers:

Actieplan

Naam opsteller/projectleider:

Datum:

Verbeteronderwerp	Verbeterveld			Doel	Effectmaat
	Pil	Proces	Patiënt		
1.					
2.					
3.					
..					

Verbeteracties bij verbeteronderwerp 1

Verbeteractie	Omschrijving	Wie voert uit?	Hoe uitvoeren?	Hoe meten?	Wanneer bereikt?

Verbeteracties bij verbeteronderwerp 2

Verbeteractie	Omschrijving	Wie voert uit?	Hoe uitvoeren?	Hoe meten?	Wanneer bereikt?

Communicatieplan (per doelgroep)

Doelgroep 1	
Boodschap/Doel	
Middel	
Moment	
Wie	
Opmerking	
Doelgroep 2	
Boodschap/Doel	
Middel	
Moment	
Wie	
Opmerking	

Bijlage 4

Voorbeelden SMART-doelen

Verbeteronderwerp	Doel	Effectmaat
Gebruik aftekenlijsten voor toedienen medicatie	Over vier weken gebruiken alle medewerkers - die medicatie uitdelen - de (nieuwe) aftekenlijst bij alle cliënten van de afdeling volgens protocol	% goed gebruikte aftekenlijsten/alle aftekenlijsten Afhankelijk van afspraak/soort lijst: ◗ per cliënt ◗ per uitdeelmoment ◗ per dag ◗ …
Reductie polyfarmacie (> 5 chronische geneesmiddelen)	Over zes maanden is het gemiddelde aantal geneesmiddelen met 8% gereduceerd	% geneesmiddelen na zes maanden/ geneesmiddelen nulmeting ◗ per cliënt ◗ alle cliënten van afdeling ◗ ……
Reductie fouten bij uitzetten medicatie	In de komende drie maanden is het aantal uitzetfouten op de afdeling met 25% gereduceerd	% uitzetfouten in drie maanden/ uitzetfouten nulmeting
Reductie medicatieweigeringen	In de komende vier weken is het aantal medicatieweigeringen van cliënten op de afdeling met 10% gereduceerd	% weigeringen in vier weken/ weigeringen nulmeting

Literatuur

- Bemt van den PMLA, Egberts ACG, Leendertse A. Hospital admission related to medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, november 2006. Zie www.nvza.nl.



DGV Nederlands instituut voor
verantwoord medicijngebruik