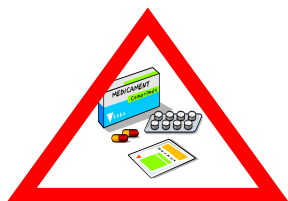


BIJLAGEN

Behorend bij het project

MEDICATIEVEILIGHEID

Onderzoek naar en Implementatie van
Kwaliteitsverbeteringen voor Medicatieveiligheid
op afdeling Ouderenzorg 1, GGZ Oost Brabant, Regio Oss



Afstudeerproject HBO-Verpleegkunde

Januari - December 2011

INLEIDING

Dit bijlagendocument behoort bij de schriftelijke eindverantwoording van het HBO-V afstudeerproject Medicatieveiligheid.

Dit project heeft in de periode februari 2011 tot november 2011 plaatsgevonden op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss.

In de schriftelijke verantwoording wordt verwezen naar de in dit bijlagendocument opgenomen bijlagen.

December 2011

HBO-V Afstudeergroep

Thea van den Boom

Mariëlle Craane

Hanny Leijten

Conny Slegers

INHOUDSOPGAVE BIJLAGEN

Bijlage 1	Voorbeeld medicatiewijzigingen medicatiedeellijst	blz.	01
Bijlage 2	Jaarplan KGGZ, GGZ Oost Brabant		03
Bijlage 3	Jaarplan Ouderenzorg Oss/Veghel		09
Bijlage 4	PowerPoint start afstudeerproject		21
Bijlage 5	A: Vragenlijst-Verpleegkundigen Ouderenzorg 1: eerste meting		23
	B: Vragenlijst-Verpleegkundigen Ouderenzorg 1: tweede meting		27
Bijlage 6	A: Vragenlijst patiënt/eerste contactpersonen		31
	B: Begeleidende brief vragenlijst patiënt/eerste contactpersonen		32
Bijlage 7	A: Geeltjesmeting: Plakposters		33
	B: Geeltjesmeting: Reminderposters		35
	C: Geeltjesmeting: Werkinstructie		37
Bijlage 8	Member check: Uitgeschreven		39
Bijlage 9	A: Triple check: Checklist		43
	B: Triple check: Reminderposters		45
Bijlage 10	Digitale Nieuwsbrieven		47
Bijlage 11	A: PowerPoint Klinische les		53
	B: Uitnodiging klinische les		73
Bijlage 12	Stroomschema malen van medicatie		75
Bijlage 13	Voorstel nieuwe werkwijze afdeling Ouderenzorg 1		101
Bijlage 14	Resultaten Vragenlijst-Verpleegkundigen: eerste en tweede meting		105
Bijlage 15	A: Resultaten tweede Geeltjesmeting: schriftelijke analyse		111
	B: Resultaten tweede Geeltjesmeting: diagram per dag		113
	C: Resultaten tweede Geeltjesmeting: diagram totaal		114
	D: Resultaten tweede Geeltjesmeting: cirkeldiagram totaal		115
Bijlage 16	Turflijst stroomschema		117
Bijlage 17	Vragenlijst evaluatie stroomschema		119
Bijlage 18	Vorbereiding presentatie afsluiting project		121

BIJLAGE 1.

VOORBEELD WIJZIGINGEN MEDICATIEDEELLIJST

Een voorbeeld van meerdere medicatiewijzigingen, op verschillende data, op één medicatiedeellijst.

GGZ OSS
d.d. 10/06/11 13:28
Geldig: 11-06-2011 01:00 tot 18-06-2011 01:00

Geb. Datum: 6
Afd/kamer: OOOZ/00Z1
Beh. Arts:

Pat. Nr. pag. 1.

ALGEMENE MEDICATIE

Start/Stop	Geneesmiddel	Dosis	Tijd	11/06	12/06	13/06	14/06	15/06	16/06	17/06
16MEI11	ACETYL SALICYLZUUR 80MG CARDIO DISP EAV	1 ST = 80 MG	8:00	q	q	q	q	q	q	q
1172607	1 X DAAGS OM 08 UUR 1 ST									
07JUN11	BUMETANIDE 1MG TABLET EAV	1 ST = 1 MG	8:00	q	q	q	q	q	q	q
1191462	1 X DAAGS OM 08 UUR 1 ST									
01JUN11	CETOMACROGOLZALF FNA 100G		8:00	q	q	q	q	q	q	q
1188832	2 X DAAGS OM 8 EN 22 UUR volgens sche		22:00	q	q	q	q	q	q	q
16MEI11	DEPONTIT 5 PLEISTER TRANSFERMAAL 18,7M	1 ST	8:00	q	q	q	q	q	q	q
1172587	1 X DAAGS OM 08 UUR 1 ST									
08JUN11	HALOPERIDOL 0,5MG TABLET EAV	1 ST = 0,5 MG	17:00	q	q	q	q	q	q	q
1172578	1 X DAAGS OM 17:00 UUR 1 ST									
16MEI11	METOPROLOL RETARD 25MG TABLET EAV	1 ST = 25 MG	8:00	q	q	q	q	q	q	q
1172581	1 X DAAGS OM 08 UUR 1 ST									

GGZ OSS
d.d. 10/06/11 13:28
Geldig: 11-06-2011 01:00 tot 18-06-2011 01:00

Geb. Datum: 6
Afd/kamer: OOOZ/00Z1
Beh. Arts:

Pat. Nr. pag. 2.

GENEESMIDDELEELLIJST

Start/Stop Geneesmiddel Dosis Tijd 11/06 12/06 13/06 14/06 15/06 16/06 17/06

08JUN11 HALOPERIDOL 1MG TABLET EAV V

15-6-11 Kan niet reactievermogen verminderen
Pas op met alcohol
EXTRA
ZONODIG 4 ST

1192102

08JUN11 KLYX GLYXMA 300MG/ML 120ML V

10:00 DOUCASAT N ATRIUM

1192134

08JUN11 LACTULOSESTROOP 80% M/M 500ML R

10:00 LACTULOSE

1192134

08JUN11 MICROLAX KLYXMA 5ML R

10:00 NATRIUMLAURYLSULFOACETAAT

1173279

GGZ OSS
d.d. 10/06/11 13:28
Geldig: 11-06-2011 01:00 tot 18-06-2011 01:00

Geb. Datum: 6
Afd/kamer: OOOZ/00Z1
Beh. Arts:

Pat. Nr. pag. 3.

GENEESMIDDELEELLIJST

Start/Stop Geneesmiddel Dosis Tijd 11/06 12/06 13/06 14/06 15/06 16/06 17/06

15-6-11 Haloperidol 1mg 12/06/11 17:00

1066 Coprofloxacine 500mg 8u 1 q q

11m 2dd1 18u 1 q q

17/6 Klyx 8u 1 q q

20/6 Klyx 2u 2 q q

20/6 Movicolon 8u 2 q q

20/6 Haloperidol 1mg 22u 1 q q

20/6 Haloperidol 2u 1mg extra

Jaarplan 2011 Kortdurende GGZ

Jaarplan 2011 Kortdurende GGZ							
De hoofdpunten		1. Meer betrokkenheid van cliënten en familie. Concreet: meer cliënten en familieleden worden betrokken bij evaluaties rond behandeling en/of verblijf. 2. De financiële gezondheid van de zorggroep en van de organisatie GGZ Oost Brabant. Concreet: het neerzetten van de plannen die zijn gemaakt in het kader van 'Nieuw Evenwicht' 3. Duidelijk maken voor onszelf en voor de cliënt wat we doen en wat de prijs daarvan is. Concreet: zorgpaden binnen zorgprogramma's beschrijven, gekoppeld aan DBC en ZZP 4. Werken aan verhoging van de kwaliteit. Concreet: meten en verlagen van wachttijden, meten en verhogen van cliënttevredenheid, gaan meten van behandelresultaten en/of kwaliteit van leven					
Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen OR, CR en medische staf zal deze kolom verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
		Wat	Wie	Wanneer			
1. Leiderschap							
Ziel en zakelijkheid	Evenwichtige balans tussen zorginhoudelijk en bedrijfseconomisch perspectief.	- Sturing vanuit managementkader - Vast thema in jaargesprekken in alle lagen van de organisatie - Duaal leiderschap vindt plaats in alle lagen van de organisatie, hierbij is duidelijk voor de ZM en PL wat daarin hun TVB zijn. - Adequate en op maat geleverde managementinformatie voor alle lagen van de KGGZ organisatie; door instellen van een werkgroep	Directeuren ZM/TL/PL	continue continue continue per kwartaal	- Op agenda jaargesprekken - Op agenda jaargesprekken - Op agenda jaargesprekken - Kwartaalbespreking en verslag	Steekproef door HR in juni 2011 aan de hand van 40 verslagen; Indien onvoldoende herhalen einde van 2011 Integraal management per kwartaal	OC: regelmatig toelichting/informatie O.a. m.b.t. duaal leiderschap: wat is anders dan de huidige situatie?
	Professionele ontwikkeling leidinggevend	- MD programma voor middenkader wordt herijkt of zelf ontwikkeld door KGGZ. - Binnen KGGZ wordt structuur in jaargesprekken en bij intervisiemomenten de resultaten van de persoonlijke ontwikkeling van leidinggevend getoetst. - Er wordt gestructureerd aandacht besteed aan de teamvorming binnen het managementteam.	Directeuren ZM/TL/PL	01-04-2011 Kwartaal 1,2,3,4	- Programma gereed en gestart - Aantal leidinggevend dat deelneemt aan het MD-programma - Managementteam werkt en handelt als een team	Evaluatie 4 ^e kwartaal 75% 1 maal per jaar	
Dienend leiderschap	Persoonlijk dienend leiderschap.	- Opnemen in MD programma - Vast thema jaargesprekken in alle lagen van de organisatie - TVB's zijn voor alle lagen van de KGGZ uitgekristalliseerd en geïmplementeerd. - Bespreken van kaderbrief met medewerkers - Betrekken van medewerkers bij het uitwerken van het jaarplan - Betrekken van medewerkers bij evaluatie van het jaarplan	Directeuren/ ZM/TL/PL Ondersteuning door HR	01-04-2011 Continue 01-09-2011 01-05-2011 01-09-2011 31-01-2012	- Programmaoverzicht - Agenda jaargesprekken - Agenda jaargesprekken - Verslag per bijeenkomst - Teamjaarplannen als input	Evaluatie 4 ^e kwartaal Steekproef door HR in juni 2011 aan de hand van 40 verslagen; Indien onvoldoende herhalen einde van 2011 Aanwezig of niet aanwezig van verslagen Beschikbaarheid van de teamjaarplannen	OC toelichting: worden medewerkers gefaciliteerd voor het opstellen van een teamjaarplan 2011?
"Professional in the lead"	Professionele dienstverlening staat centraal.	- Programmaraden zijn geïnstalleerd. 1^e geneeskundigen en medische staf zijn de hoeders van kwaliteit binnen de zorggroepen en algemeen inhoudelijk beleid	Directeuren ZM/TL/PL Directeuren/1 ^e geneesheren	Kwartaal 2 01-05-2011	- Alle programmaraden zijn actief - Deelname MO's en betrekken bij kwartaalrapportages	Evaluatiepunt 01-04-2011 Deelname per 01-01-2011	OC: regelmatig toelichting/informatie - wat zijn de evaluatiepunten?
Ondernemerschap	Versterking positie GGZ OB in de externe (regionale-) netwerken en verbreding van interne oriëntatie met externe oriëntatie Bevorderen van wetenschappelijk en innovatief klimaat.	- Stimuleren en sturen op proactieve houding van medewerkers op externe oriëntatie en participatie in netwerken en landelijke ontwikkelingen - Deelname aan geprioriteerde wetenschappelijke onderzoeken, waaronder het onderzoek FACT in samenwerking met GGZ Noord Holland Noord - Verdere oriëntatie op E-health ten aanzien van de wensen en mogelijkheden voor KGGZ.	Directeuren ZM/TL/PL alle mdw KGGZ Noord en Zuid	Continue	- Overzicht deelname ketennetwerken - Overzicht deelname onderzoeken - Overzicht externe en interne publicaties - Op agenda jaargesprekken	0 meting: 01-01-2011 2 ^e meting: 01-10-2011 Deelname alle relevante overleggen = 100% Deelname geprioriteerde onderzoeken = 100%	OC toelichting: wie is hiervoor verantwoordelijk?
2. Strategie en beleid							
Visieontwikkeling (middel)lange termijn (herijking KGGZ-strategie)	Focus aanbrengen: waar wil KGGZ als zorggroep over 4 jaar staan. Focus aanbrengen: haalbare ambities	- Strategische oriëntatie voor hele GGZ en hierop aansluitend KGGZ (o.a. een oriëntatie op integrale zorg met LGGZ en LVC/NL) - Analyse van zorggroep en portfolio en welke onderdelen een specialité of topklinische afdeling van KGGZ worden - Analyse eigen kracht en innovatiemogelijkheden. - Bezinnen op de kernwaarden van de herstelvisie binnen	RvB/Directeuren ZM/TL/PL Directeuren	MO-dagen Kw. 2 en 3 Continue 1 ^e kwartaal	2x p.j. op agenda MO-dagen (breed) 2x per jaar uitgebreid op agenda Verslag resultaten	Wat is de visie OC: regelmatig toelichting/informatie	

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen GK, GK en medische staf zal dit kolom verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
		Wat	Wie	Wanneer			
		KGZ (In afstemming met LGGZ). • Regionale stakeholdersbijeenkomsten		2011	Bijeenkomsten gerealiseerd in elke regio		
Veilige zorg	Aandacht voor veiligheid bij cliënten en medewerkers	Adviezen en aandachtspunten komende vanuit de stuurgroep Veiligheid omzetten naar verbeteracties in de zorggroep KGZ, zoals t.a.v. medicatieveiligheid, Dwang & Drang en eigen initiatieven / verbeteracties op basis van de kwartaalrapportages.	Directeuren/ ZM/TL/PL	Continue	WIP/MIM-meldingen, VIM (veilig incidenten melden)	Verslagen verbeteracties; evaluatieverslagen over de aanpak	
Ontwikkeling interne organisatie	Efficiënte en kostenbewuste inrichting van de organisatie.	• Realisatie efficiënt en kostenbewust inrichtingsplan van de organisatie met plan van aanpak voor lopende zaken en business case voor elk nieuw initiatief.	Directeuren/ ZM/TL/PL	3 ^e kwartaal 2011	Analyseverslag met business cases. Per nieuw initiatief ligt er een business case.	01-09-2011 gereed en 100% aanwezig	Wat is het concrete plan? OC: regelmatig toelichting/informatie
Versterking marktpositie GGZ OB is een aanwezige betrouwbare partner in de keten (ook de interne keten, want cliënten hebben baat bij schotloze zorg door goede samenwerking tussen de zorggroepen)	KGZ is leading in de 2e en 3e lijnszorg binnen de regio's en participeert in alle relevante ketenverbanden en is betrokken bij relevante nieuwe ontwikkelingen in de keten (zowel intern als extern)	• Portfolio 1*, 2* en 3* lijnsactiviteiten (afhankelijk van de strategische keuzes over aanbod GGZ, bezinnen op mogelijke samenwerkingspartners) • Sturing op differentiatie/verwijzingen/aanmeldingen • Participatie in alle ketens, waaronder die met K&J t.a.v. het project Kinder mishandeling en met LGGZ t.a.v. Maatschappelijke Steunsystemen en met LGGZ/LvC/NL blijvende afstemming over crisisdienst en bemoeizorg). • Monitor voor inzicht in continuïteit en betrouwbaarheid • Doorontwikkeling F(AC)/afstemming LGGZ • Overdragen van preventieproducten naar 1* lijn (PsyPlus) • Samenwerking met Elkerliek ziekenhuis ten aanzien van een PMU • Samenwerking met Bernhoven ziekenhuis ten aanzien van klinische geriatrie en PMU	Directeuren ZM/TL/PL	Kwartaal 2	• Portfolio overzichtductie (op basis van Zorgpadbeschrijvingen)	• 01-06-2011 • 0 meting 01-06-2011 • 01-04-2011 • 0 meting 01-06-2011	Wat zijn de concrete plannen? OC: regelmatig toelichting/informatie Tav Fact: wat zijn de gevolgen/effeten voor KGZ?
				Continue 01-04-2011 01-04-2011	• Kwartaalrapportage • Verslagen	• 01-01-2011	
				01-01-2011	• Monitor meldingen	• 01-04-2011	
				01-04-2011	• Besluit RvB en start F(AC) in regio's • Verslagen vanuit PsyPlus/Preventie • Conform afspraken in opdracht • Conform afspraken in opdracht	• Volgens planning • Volgens planning	
Leverbare optimale zorg	Leveren van effectieve, efficiënte en betaalbare zorg (in-) extern.	• Werken vanuit business cases volgens format Prince-2 en betrouwbare managementinformatie • Werken met kostprijsmodellen	projectleiders/F&C F&C	Continue 31-12-2011	• BC zijn aanwezig • BC zijn aanwezig voor nieuwe producten • Inventarisatie lijst rendement op activiteiten • Kostprijsmodel vanuit F&C	• BSC: 01-06-2011 • Voor start product • Gerealiseerd	Businesscase nieuw en oud?
Kwaliteit van zorg	Basale kwaliteit is op orde Implementatie van Prestatie-indicatoren Voldoen aan financieringskaders	• Kwaliteit leveren: prestatie-indicatoren herzien en sturen • Verplichte indicatoren worden in kwartaalrapportage verwerkt, met nadruk op: behandelresultaten, wachttijden, wachttijsten en tevredenheid cliënten • Communicatie naar alle medewerkers van resultaten vanuit kwartaalrapportages en de mogelijke verbeterplannen. • De PDSA-cyclus wordt verder vertaald naar de teams.	Directeuren ZM/TL/PL/KZ	continue	• Integrale kwartaalrapportages op gebied van kwaliteit met analyses en verbeterpunten. • PDSA-cyclus wordt geëvalueerd en verbeterpunten worden doorgevoerd. • Teams hebben eigen PDSA-cyclus afgestemd op die van het concern.	• Gerealiseerd	
HKZ certificering en landelijke kwaliteitseisen	Behouden van HKZ certificatie: Clientdossiers conform geldende wet- en regelgeving en 2DO4YOU is actueel en wordt gebruikt.	• Deelname aan HKZ audits • Verbeterplannen n.a.v. uitkomsten audits met de nadruk op de Study en Actfase • Processen en documenten op orde in 2DO4YOU en worden periodiek geactualiseerd. • Medewerkers weten hoe ze 2DO4YOU kunnen gebruiken.	Directeuren ZM/TL/PL/KZ	continue	• Plan van aanpak op basis van audit 2010 met verbeterpunten en de daarin gestelde termijnen evalueren • HKZ-zelfanalyse uitvoeren voor stand van zaken	• 01-09-2011; openstaande acties opgelost • In (proces)fase beland	
Kostenbewust	Productie- en functionele mix past binnen financiële en	• Analyse en voorstel verhouding activiteit - discipline op basis van; "niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan wat nodig is".	Directeuren/ ZM/PL/TL F&C/HR	01-02-2011	• Analyse, voorstel en plan van aanpak	• In (proces)fase beland	

Pagina 2 van 6
Auteur: LMS Wittenberg, adviseur zorg KGZ (stafmedewerker kwaliteitszorg)
11 januari 2011 (definitief)

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen OC, CR en medische staf zal deze kolon verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
		Wat	Wie	Wanneer			
	Inhoudelijke kaders	• Plan van aanpak n.a.v. analyse en voorstel					
3. Management van medewerkers							
Goed werkgeverschap	Professioneel en kwalitatief goed personeel	- Iedereen heeft een jaargesprek, waarin persoonlijke professionele ontwikkeling een herkenbare plaats heeft conform het format/protocol. Verslagen komen in dossier van medewerker (HR). - Elke leidinggevende in KGGZ maakt een rooster voor jaargesprekken en zorgt voor uitvoering van planning. - KGGZ beschikt over een opleidingsplan dat gebaseerd is op de jaarplannen, binnen het beschikbare opleidingsbudget en tot stand gekomen is in goed overleg met de medewerkers. - Leidinggevend en medewerkers volgen de vaste trainingen, zoals training ziekteverzuim en DDG.	Directeuren/ ZM/TL/PL O&O	Kwartaal 1,2,3,4	% jaargesprekken (HR kan steekproefsgewijs controleren of verslagen in dossier zitten) % verslagen jaargesprekken waarin afspraken zijn opgenomen over persoonlijke professionele ontwikkeling - Er is een opleidingsplan waarin groepen worden benoemd.	Jaarbasis (31-12-2011) 100% Opleidingsplan is SMART en incl. financiële paragraaf.	Wat is het plan van aanpak? OC: regelmatig toelichting/informatie Evaluatie/toetsing
Tevredenheid medewerkers	Tevreden medewerkers	- Onderzoek MTO (3-jaartijds) weer in 2012. - Directeur geven in jaarplannen aan welke doelen worden nagestreefd (o.a. gebaseerd op de uitkomsten van het Medewerkers Tevredenheids Onderzoek). - Focus van verbetering ligt op het terrein van veiligheid, communicatie en ontwikkeling van medewerkers - Verbeterpunten worden opgenomen in de jaarplannen - Verbeterpunten uit MTO leiden per zorggroep en team tot concrete verbetercycli.	Directeuren/ ZM/TL/PL HR	Kwartaal 1,2,3,4	- Verbeterpunten uit MTO benoemd en zichtbaar in jaarplannen. - Concrete verbetercycli op teamniveau. - Resultaten onderzoek	Gelijk of beter dan branchegemiddelde	
Jaarurensystematiek	Werken conform cao en terugdringen teveel aan vakantiedagen en overuren.	- In het gesprek met de medewerker te voeren jaargesprek worden afspraken gemaakt over de inzet en het rooster van de medewerker. - Er wordt actief gestuurd op de afbouw van een teveel aan vakantiedagen en overuren van de medewerkers	Directeuren/ PL/TL	Kwartaal 1,2,3,4	- Roosters en werkwijze conform cao - Voorziening vakantie- en overuren wordt in twee jaar afgebouwd tot het toegestane cao-niveau; medewerkers maken hiervoor zelf PVA.	Plannen van aanpak gereed 01-03-2011 Jaarbasis (31-12-2011) 100%	
Investeren in medewerkers	Gerichte communicatie over de zorggroep en waardering voor medewerkers Goede interne communicatie	- Nieuwsbrief voor medewerkers KGGZ verschijnt na elk MO op intranet. - Waardering in woord en daad voor medewerkers die het goede doen in of voor de zorg. - Van elkaar leren door 'good practices' te exporteren - Frequentie en inhoud van het werkoverleg is duidelijk.	Directeuren/ ZM/TL / PL	Kwartaal 1,2,3,4	- Rubriek max. 10 dagen na MO - Rubriek vestigt (ook) aandacht op medewerkers die bovengemiddeld hebben gepresteerd - ZM kennen 'good practices' en exporteren - In MO wordt besproken hoe medewerkers te 'belonen'. - Op alle niveaus vindt werkoverleg plaats met de juiste deelnemers en inhoud. - Evaluatie van kwaliteit van werkoverleg is structureel ingebouwd.	Per kwartaal	Wat is het plan van aanpak? OC: regelmatig toelichting/informatie
Gezondheid en veiligheid van medewerkers	Gezonde medewerkers in een veilige werkomgeving Ziekteverzuim is gelijk of lager dan vastgesteld instellingspercentage 4,7%	- Ziekteverzuim trajectbegeleiding op alle niveaus - Overleg met Arbo arts en HR door leidinggevende - Monitoring ziekteverzuim middels kwartaalrapportage - Protocol ziekteverzuim uitvoeren (Alle) cliëntgebonden medewerkers worden in 2011 getraind in het voorkomen van en omgaan met agressie van patiënten en cliënten (conform projectplan ddg-trainingen)	Directeuren/ ZM/PL/TL O&O	Kwartaal 1,2,3,4 continue	- Kwartaalrapportages - Ziekteverzuim niet boven 4,7% (Alle) cliëntgebonden medewerkers hebben ddg-training gehad.	Per kwartaal continue	OC: regelmatig toelichting/informatie

Ambitie / pijler	Doel	Wat	Acties	Wie	Wanneer	Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen OK, CR en medische staf zal deze kolom verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
4. Management van middelen								
Financiële gezondheid	Productieafspraken worden gehaald	Zorggroep KGGZ haalt zijn productieafspraken ambulant, deeltijd en klinisch		Directeuren/ ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Medische administratie en kwartaalrapportage	100%	
	Exploitatie kleiner of gelijk aan begroting	Zorggroep KGGZ, en elk onderdeel daarvan, blijft binnen de exploitatiebegroting		Directeuren/ ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Financiële administratie	Neutraal of onderschrijding	
	Financiële gezondheid versterken	In onze begroting zit 2% afdracht aan concern om financiële gezondheid te versterken.		Directeuren/	Kwartaal 1-4	Begroting KGGZ is neutraal, KGGZ is DBC- en ZZP-proof in 2011	Begroting KGGZ is neutraal	2% rendement op GGZ OB niveau?
	Productienormering per medewerker	- Productienormering per medewerker CONO beroep (60-15-25), volgens NZA-tool (productietool) in Inforay. - Maandelijkse gesprekken met individuele medewerkers over hun productiviteit.	Directeuren/ ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Uitdraai Productienormering Gesprekken met direct leidinggevende	- Normering halen - Gevoerde gesprekken	Wat is de haalbaarheid? OC: regelmatig toelichting/informatie	
	Inzicht in dbc-structuur zorgpaden en daarmee samenhangende financiële consequenties.	Per zorgpad is dbc vertaald in verblijf en behandelprofiel en financiële consequenties (vanuit de financiële doorrekeningen van de zorgpaden).	Directeuren / ZM Programmaraden / F&C	Kwartaal 1,2,3,4	In 2011 zijn alle zorgpaden doorgerekend en vertaald.	Beschikbare doorrekeningen		
	Verbeteren registratie	- Medewerkers KGGZ registreren correct en verstandig alle ABV - Alle geopende DBC's hebben een hoofdbehandelaar - Medewerkers KGGZ sluiten tijdig hun DBC's af	Directeuren/ ZM/TL/PL / F&C	Kwartaal 1,2,3,4	Maandelijkse en kwartaalrapportage	Tijdige aanlevering info	In kaderbrief staat afrekening in NZA-tarieven?	
Huisvesting	Huisvesting voor cliënten en medewerkers volgens de hedendaagse normen en eisen	Alle huisvesting toetsen aan hedendaagse normen en eisen, problemen inzichtelijk maken en oplossingsrichtingen aandragen.	Directeuren / FS / CR	Kwartaal 1,2,3,4	Probleeminventarisatie en verbeterplan is gemaakt.			
	Vastgoed reduceren waar mogelijk	- Wij werken mee aan het reduceren van het aantal in gebruik zijnde m2, o.a.: - Derde verdieping Helmond grotendeels buiten gebruik voor KGGZ	Directeuren/ ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	- Normen voor huisvesting - Afstoten/herbestemming overtollige m2	- De norm - Grotendeels sluiting verdieping RGC 01-01-2011	Een aantal items worden gemist o.a. afbouw Arsis	
Functioniedifferentiatie/ Strategisch formatieplaatsplan	Kwalitatieve en betaalbare mix m.b.t. activiteiten versus discipline	Uitwerken en opstellen functioniedifferentiatie met plan van aanpak en voorleggen aan de RvB	Directeuren/ ZM/PL/HR	Kwartaal 1	Plan van aanpak	01-04-2011	OC toelichting?	
5. Management van processen								
Ontwikkeling organisatie	Nieuw Evenwicht: verbeterplannen kwaliteit en doelmatigheid invoeren	- Er liggen per afdeling verbeterplannen voor kwaliteit en doelmatigheid zorgverlening (Plexus). - Deze plannen zijn/worden snel ingevoerd. - Ondersteunende diensten worden doelmatig ingezet en leveren kwaliteit - Afstemming samenwerking met adviseurs (F&C, KZ, HR, O&O, communicatie)	Directeur ZM/TL/PL Directeur	Kwartaal 1,2,3,4	- Plannen gereed - Invoering plannen volgens planning - Cijfers PI - Evalueren met adviseurs en in MO	- Reductie van kosten - Behouden van kwaliteit: zie PI	OC toelichting?	
Zorg en Kwaliteit	Zorgprogrammering: herschrijven en implementeren (de zorgpadontwikkeling is afgestemd met alle andere relevante zorggroepen)	De volgende zorgprogramma's zijn beschreven: Depressie; Angststoornissen; Persoonlijkheidsstoornissen; Psychotische stoornissen/LZR; Traumagerelateerde stoornissen; OPS; GP - Deze ZP zijn vertaald in zorgpaden betreffende diagnostiek, behandeling en verblijf - Zorgpaden zijn vertaald in activiteiten en verrichtingen DBC - Verblijfsvormen in zorgpaden zijn gekoppeld aan ZZP's - Implementatie van zorgpaden in zorggroep inclusief ROM	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Beschrijvingen van zorgprogramma en zorgpaden gereed Implementatie van zorgpaden Depressie en OPS incl ROM Implementatieplannen andere zorgpaden	- Beschrijvingen zorgprogramma's en zorgpaden - Fase van implementatie volgens implementatieplan - Aanwezigheid implementatieplan	OC toelichting?	
	Effectiviteit behandeling cliënten	- Meten van verandering in ernst en problematiek kortdurende zorg (ambulant en klinisch < 1 jaar) (hulpverlenersperspectief); voor- en nameting door hulpverlener - Meten mening cliënt omtrent verbetering of stabilisatie (cliëntperspectief)	Behandelaar	Start en afsluiting zorg	- BSI voor hulpverlenersperspectief - GGZ thermometer voor mening cliënt	80% voor- en nameting 60% respons van cliënten		

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen OR, CR en medische staf zal deze kolom verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
		Wat	Wie	Wanneer			
Veilige zorg	Afname separaties in het kader van Dwang en Drang	Projectdoel DD: • Afname aantal separaties met 10% per jaar • Afname duur separaties met 10% per jaar	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Argus registratie c.q. zorgadministratie	10% reductie per jaar in aantal en duur	
	Registratie van insluiting en dwangmedicatie (BOPZ) en dwangmaatregelen verlagen	• Aantal insluitingen en aantal dwangmedicatie • Gem. duur insluitingen en dwangmedicatie • Evaluatie met cliënt • Aanwezigheid preventieprogramma	Medisch specialist/ Directeur / ZM / PL / TL / KZ	Bij insluiting en dwang	Argus registratie (voor afdelingen die participeren in project Dwang & Drang)		
	Actueel medicatieoverzicht	• Binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht bij ambulante en klinisch opgenomen cliënten (ook in de keten) • Participatie aan project "medicatie in de overdracht" (handreiking van de inspectie)	Medisch specialist/ Directeur / ZM / PL / TL / KZ	Eind 2011	• Meting door AO/IC steekproef in kwartaalrapportage	100%	
	Registratie van incidenten en daar lering uit trekken	• Melding incidenten bij MIP/MIM commissie (VIM) • Bespreekbaar maken in teams	Behandelaar ZM/PL/TL		Volgens procedure		
	Meer aandacht voor somatiek	• Somatische screening bij klinische opname (volgens afgesproken procedure) • Iedereen jaartijds die > 1 jaar is opgenomen en bij elke nieuwe opname • Monitoring psychofarmaca: implementatie metabole screening	Directeuren ZM/TL/PL/ Specialist/ arts/ Nurse pract.	Kwartaal 1,2	• AO/IC score • Metabole poli is gerealiseerd	100% bij klinische opname 50% ambulante cliënten met psychofarmaca is gescreend	OC toelichting?
Positie van cliënt en familie	Meer inbreng van cliënten en familie in de afspraken rond de zorgverlening	Wij bevorderen de medezeggenschap van cliënten en de betrokkenheid van familie bij de behandeling en zorgverlening. • De cliëntencommissie en familieraad zijn actief betrokken bij het de zorginhoudelijke keuzes van KGGZ, o.a. via het zorginkoop proces en de het beleid van de programmaraden. • Familieleden wordt via de familieraad een oordeel gevraagd over de zorgpadontwikkeling waarbij het focus is gericht op betrokkenheid van familieleden in de opeenvolgende stappen in het zorgpad.	PL/TL Directeuren ZM	Kwartaal 1,2,3,4			OC toelichting/info: Heeft dit personele gevolgen?
6. Waardering van cliënten							
Zorg en kwaliteit	Inzicht in cliënttevredenheid over geleverde zorg	• Onder cliënten van alle locaties binnen KGGZ wordt de cliënttevredenheid gemeten. • Per kwartaal wordt hierover gerapporteerd aan de RvB • Bij de kwartaalrapportages worden zo nodig verbeterpunten benoemd. • De verbeterpunten worden uitgevoerd en over de voortgang en resultaten wordt gerapporteerd aan de RvB.	Directeuren / ZM/PL/TL/1* geneeskundige/KZ	Kwartaal 1,2,3,4	Op alle locaties van KGGZ wordt de cliënttevredenheid gemeten. Verbeterpunten worden zichtbaar doorgevoerd.		
	Goed presteren betreffende de tevredenheid van cliënten	Afname GGZ thermometer bij cliënten < 1 jaar	Directeuren ZM/TL/PL	Afsluiting behandeling	GGZ-thermometer (Volwassenen- of Ouderenversie)	Gelijk aan of beter dan landelijk gemiddelde	
	Respons cliënttevredenheidsonderzoek verhogen	Respons cliënten < 1 jaar: volgens nieuwe procedure	Directeuren ZM/TL/PL		Respons op verstuurde formulieren	60%	
	Evaluatie zorg, behandeling en verblijf	Minimaal 1x per jaar	ZM PL/TL	Kwartaal 1,2,3,4	AO/IC	100%	OC toelichting?
	Klachten en adviezen zijn input voor beleid.	• Afspraak met hulpverleners dat klachten en kritiek/adviezen van patiënten en familie gemeld worden bij PL / TL / ZM en/of 1* geneeskundige. • Klachten en adviezen worden besproken en omgezet in acties tot verbetering van zorgprocessen en werkwijze	ZM/ PL/ TL / EG (KZ)	Kwartaal 1,2,3,4	• Jaarverslag klachten commissie	• Kwartaalcijfers	
Cliëntinformatie	Juiste informatie over zorg aan cliënten en familie	Informatieverstrekking wordt expliciet onderdeel van het behandeltraject en zal steeds meer worden afgestemd op de cliëntdoelgroepen en familie door o.a.:	Directeur ZM/TL/PL/ (KZ)	Continue	In cliënttevredenheidsonderzoek wordt beter gescoord op		Zijn de gevolgen voor behandelaars hierin meegenomen?

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde	Adviesorganen In overleg met de organen OR, CR en medische staf zal deze kolom verder worden ingevuld. Gereed 1-2-2011.
		Wat	Wie	Wanneer			
		- Behandelaren bespreken behandelplan en behandelovereenkomst met cliënt en laten deze ondertekenen. - Cliënten ontvangen een behandelboekje.			Informatieverstrekking dan in 2010. PI- Informed consent	100% van de behandelovereenkomsten zijn ondertekend	
Toegankelijkheid	Wachttijden en wachtlijsten zo kort mogelijk	- Gemiddelde wachttijd tot intake (W1) - Gemiddelde wachttijd tot start behandeling (W2) % cliënten waarbij totale wachttijd (W3) wordt gemeten - MO toetst de wachttijden aan de normen en stelt verbeteracties op indien nodig - Wachttijden ambulante en klinisch worden geregistreerd conform eisen. - Wachttijden worden waar mogelijk bekort door verbetering in logistieke processen.	Zorgadministratie Directeur / ZM / TL/PL / 1* geneesk	Aanmelding Kwartaal 1,2,3,4	Zorgadministratie levert cijfers aan voor de kwartaalrapportage	% cliënten waarbij W3: < 98 dagen (ambulant) <105 dagen (klinisch) 100% korter dan norm / vereiste (zie PI's)	
7. Waardering van medewerkers							
Medewerkertevredenheid	Tevreden medewerkers	Zie punten onder Tevreden medewerkers bij Management van medewerkers					
Ziekteverzuim	Ziekteverzuim is gelijk of lager dan vastgesteld instellingspercentage 4,7%	Zie punten onder Gezondheid en veiligheid van medewerkers bij Management van medewerkers					
8. Waardering van de maatschappij							
Externe gerichtheid Marketing en public relations	Verstevigen en uitbreiden relatiebeheer huisartsen, verzekeraars, gemeenten	Vanuit de in 2010 opgestelde relatiekaart van de stakeholders en ketenpartners onderhoudt KGGZ stelselmatig het contact met de externe relaties. - Huisartsen: tussenrapportage bij kortdurende behandeling 1 x 4 maanden en na afsluiting van behandeling geïnformeerd over het verloop van de behandeling van zijn/haar patiënten - Verzekeraar en zorgkantoor: maandelijks overleg - In een vroeg stadium betrekken van financiers bij nieuwe projecten in overleg met de portefeuillehouder/directeur. - Gemeente: i.r.t. WMO prestatievelden n.n. velden 2, 7, 8 en 9 (hierbij is er een samenwerking met LGGZ t.a.v. wonen, werk en vrije tijd)	Behandelaren ZM / PL Samen met LGGZ	Kwartaal 1,2,3,4	Prioriteit bij relatie met verwijzers: AO/IC meet. Afspraken in agenda Vaste contactpersonen Aantal contacten met financiers van zorg Relatiekaart KGGZ aanwezig Aantal contacten met externe relaties.	80%	
	Tevredenheid verwijzers meten	Verwijzersonderzoek uit 2005/2006 herhalen	KZ	Kwartaal 1,2,3,4	Eigen onderzoek GGZ OB	Gelijk of beter dan in 2005/2006	OC toelichting
	Relatiebeheer naar zorgpartners	Taakverdeling rond gesprekken met zorgpartners tussen directeur, managers en stafmedewerkers.	Directeuren	Kwartaal 2	Afspraken verwoord in beleidsnotitie	Beschikbaarheid notitie	

Legenda bij Meet- streefwaarde:

- = termijn verstrekken of hoogste prioriteit in aandacht
- = vergt aandacht
- = volgens plannen / is gereed

- HR = Human Resources (Personeelszaken)
- Fi&C = Financien & Controle
- FZ = Facility Services
- KZ = Kwaliteitszorg

Jaarplan 2011 Ouderenzorg Oss/Veghel klinieken

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
1. Leiderschap						
Ziel en zakelijkheid	Afstemmen TVB van ZM/PL/TL/Directeur KGGZ	In 2010 zijn de directeuren KGGZ verdeeld over beide regio's. De rol van de programmaleider (PL) in de klinische setting is onduidelijk. De zorgmanager (ZM) is leidinggevende van de teamleider (TL) in de kliniek. - Het is helder wie/waarvoor verantwoordelijk is in de lijn directeur/ZM/PL - De TVB van de PL/ZM/TL/psychiater/klinisch geriater zijn vastgelegd	Directeur/PL/ZM PL/ZM/TL	Kwartaal 1 Kwartaal 2	Afspraken beschikbaar	
Dienend leiderschap	Kernwaarden in de zorg handen en voeten geven	- Management zorgt voor voorbeeldgedrag en volgt het MD-programma - Medewerkers en management spreken elkaar aan op de kernwaarden - Kernwaarden zijn onderwerp in het jaargesprek en minimaal 2 keer per jaar in het werkoverleg	PL/ZM/TL	Kwartaal 1,2,3,4	Verslagen jaargesprekken Notulen beleidsmiddagen	
Organisatieontwikkeling	Teamontwikkeling ouderenzorg 2/3	Sinds begin 2009 bestaat het ouderenteam 2/3 naast de 'Osse' medewerkers uit medewerkers die zijn overgekomen met de sluiting van de kliniek in Veghel. De samenwerking tussen de medewerkers en het werken in één team GP kan worden verbeterd. - Opstellen gemeenschappelijke visie en beleid - Intervisie team GP	PL/TL TL	Kwartaal 2 Kwartaal 1,2,3,4		
2. Strategie en beleid						
Profileren	Zorggroep ouderen binnen de GGZ Oost Brabant	Ouderenzorg is een sterkstijgende doelgroep met een eigen extern netwerk Na de 'kanteling' zijn de lijnen met de LGGZ verwaterd. Inhoudelijke ontwikkelingen vinden parallel plaats. - Verbinding leggen met de LGGZ ten aanzien vervolgzorg klinisch, dagbehandeling/dagopvang - Onderzoeken mogelijkheden FACT en afstemmen met LGGZ	PL/TL/ZM PL/ZM	Kwartaal 2 Kwartaal 4		
Bepalen middellange termijnvisie	Positie GGZ t.o.v. (keten)partners is gericht op samenwerking	- Analyse eigen kracht en innovatiemogelijkheden - Bepalen positie GGZ t.o.v. ketenpartners (met name de V&V en Novadic) en verwijzers (geriatrie in de huisartsenpraktijk) - Samenwerking klinische geriatrie en psychiatrie Bernhoven vormgeven	PL/ZM PL/ZM PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	2x p.j. op agenda MO-dagen (breed)	2x per jaar uitgebreid op agenda

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
	Zorgpaden zijn beschreven en regionale keuzes zijn gemaakt	- Bepalen accenten binnen zorgprogramma OPS: diagnostiek en behandeling gedragsstoornissen of breder. - Profilieren op diagnostiek (OPS) en persoonlijkheidstoornissen (GP). - Bepalen ontwikkeling lithiumpoli (Veghel), paniek-en angstpoli, exelonpoli. - Bepalen visie en werkwijze PIT voor beide locaties samen	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	2x p.j. op agenda MO-dagen (breed)	2x per jaar uitgebreid op agenda
	Keuze ten aanzien van topklinische OPS is gemaakt	In 2010 is een startnotitie geschreven ten aanzien van topklinische OPS. Financiële doorrekeningen hebben nog niet plaatsgevonden. - Doorrekenen startnotitie - Besluitvorming RvB/Directie - Afhankelijk van besluitvorming: starten traject topklinische OPS	F&B RvB/Directeur PL/ZM	Kw. 4 (2010) Kw. 4 (2010) Kwartaal 1,2,3,4	Notitie traject tot topklinische OPS	
	Ouderenzorg 1 functioneert als somatische afdeling voor de KGGZ Noord	- De haalbaarheid onderzoeken van een subafdeling op ouderen 1 voor de somatische zorg - Besluitvorming RvB/Directie - Afhankelijk van besluitvorming starten met subafdeling	PL/TL/ZM RvB/Directeur PL/ZM	K2 K2 K3 en K4	Notitie traject tot topklinische OPS	
	Bepalen visie en beleid van ouderen zorg 2/3	- Opstellen visie op zorg voor ouderen 2 en 3 - In afwachting programmaad, maken (tijdelijk) zorgpad klinische diagnostiek en behandeling	PI/TL PL/TL/ZM			
3. Management van medewerkers						
<i>Goed werkgeverschap</i>	Iedereen heeft een jaargesprek	Elke leidinggevende in KGGZ maakt een rooster voor jaargesprekken en zorgt voor uitvoering van planning.	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	In kwartaalrapportages wordt % dat gehaald is voor 2011 aangegeven	90 % (vanwege ziekte, zwangerschap, vacatures)
<i>Investeren in medewerkers</i>	Verbeteren overlegstructuur en informatieverstrekking	- Nieuwsbrief voor medewerkers KGGZ verschijnt na elk MO op intranet. - De overlegstructuur binnen de ouderen zorg wordt vastgelegd en gevolgd. - Bij de beleidsmiddagen zijn de programmaleider en zorgmanager aanwezig. Er zijn twee specifieke beleidsmiddagen per jaar waarbij één van de middagen een gezamenlijke is van de klinische afdeling OPS en GP. De andere middag is gereserveerd voor de zorgprogramma's afzonderlijk maar waarbij de ambulante setting aansluit. - Waardering in woord en daad voor medewerkers die het goede doen in of voor de zorg.	Directeur PL/ZM/TL	Kwartaal 1,2,3,4	- Rubriek max. 10 dagen na MO - Rubriek vestigt (ook) aandacht op medewerkers die bovengemiddeld hebben gepresteerd - A4 met overlegstructuur ouderen zorg	
	Een opleidingsplan voor KGGZ	Er is een opleidingsplan voor de ouderen zorg waarin in ieder geval opgenomen zijn de DDG-trainingen, de cursus Familie als	ZM/TL/PL			

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
		bondgenoot, en de opleiding tot geriatrisch verpleegkundige. ▪ Deskundigheidsbevordering op het gebied van somatisch-verpleegtechnisch handelen en het werken met screeningslijsten/protocollen etc. ▪ Binnen de ouderenzorg is er een opleidingsplek voor een AIOS klinische geriatrie ▪ Binnen de ouderenzorg is er een opleidingsplek voor een AIOS ouderenpsychiatrie				
	Im/exporteren van 'best practices'	▪ Er is aandacht voor het opsporen van 'best practices bij anderen'. Jaarlijks wordt een 'excellente' afdeling bezocht. ▪ Deskundigheid en ervaringen worden gedeeld met derden en worden actief geëxporteerd.	TL/PL TL/PL			
	Wetenschappelijk onderzoek binnen de klinische OPS	▪ Genereren van haalbare onderzoeks ideeën ▪ Voorbereiden onderzoeks idee	PL/KG/TL PL/KG	K1 K2		
	Verbeteren kwaliteit van zorg	▪ Onderzoeken hoe functiedifferentiatie een bijdrage kan leveren aan het verhogen van de kwaliteit van zorg (meer handen aan het bed) en de tevredenheid van medewerkers ▪ Implementeren van de adviezen opgesteld naar aanleiding van het voorgaande punt	TL/ZM	K2 K3		
Vrijwilligers in de zorg	Vrijwilligers betrekken in de zorg voor klinische patiënten	▪ Opstellen notitie inzake taken vrijwilligers ▪ Onderzoeken samenwerking Bernhoven (m.n. wat betreft de organisatie en de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis op vrijwilligers)	TL TL/ZM	K2 K3		
4. Management van middelen						
Financiële gezondheid	Productieafspraken worden gehaald	Zorggroep KGGZ haalt zijn productieafspraken ambulant, deeltijd en klinisch	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Medische administratie en kwartaalrapportage	100%
	Exploitatie kleiner of gelijk aan begroting	Zorggroep KGGZ, en elk onderdeel daarvan, blijft binnen de exploitatiebegroting	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Financiële administratie	Neutraal of onderschrijding
Middelen en voorwaarden op orde	Verbeteren secretariële ondersteuning	Vastleggen administratieve processen en wie/waarvoor verantwoordelijk is.	TL/LGS/ZM	K1		
	Centrale planner kliniek	▪ Onderzoeken van het aanstellen van een centrale planner voor de klinieken ouderenzorg en volwassenenzorg	TL	K2		▪
	Creëren van een comfortroom	▪ Programma van eisen wordt opgesteld ▪ Besluitvorming ▪ Realisatie comfortroom	TL PL/ZM	K1 K1 K2		▪
	Verbeteren	▪ Programma van eisen wordt opgesteld	TL	K4-2010		▪

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
	huisvesting ouderen 3	- Onderzoeken mogelijkheden - Besluitvorming - Realisatie	TL PL/ZM	K4-2010 K1 K2		
5. Management van processen						
Zorg en Kwaliteit	Snellere diagnostiek op de afdeling	- Analyseren huidig protocol en capaciteit afdeling - Waar nodig besluitvorming t.a.v. aanvullende middelen	PL/TL PL/ZM	K1 K2	Notitie analyse	
	Verbeteren samenwerking tussen settings	- Afspraken maken over de taken/verwachtingen ten aanzien van klinische behandeling en het ambulante team. - Opstellen criteria instroom/doorstroom/uitstroom	PL/TL PL/TL	K1 K1		
	Verbeteren protocollair en methodisch werken	- Protocollen zijn beschreven en eenvoudig toegankelijk - Protocollen worden systematisch gebruikt en waar nodig aangepast - Protocollair werken is een vast agendapunt op het werkoverleg	TI TI TI			
	Meer aandacht voor somatiek	Somatische screening bij klinische opname	TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	AO/IC score	100% bij klinische opname
	Verminderen fixatie en andere VBM	Uitvoeren van het projectplan 'Vermindering fixatie'	TL/PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4		
	Meer inbreng van cliënten en familie in de afspraken rond de zorgverlening	Wij bevorderen de medezeggenschap van cliënten en de betrokkenheid van familie bij de behandeling en zorgverlening. - De familieraad wordt betrokken bij de beleidsmiddagen van de ouderenzorg en is deelnemer aan de familieavonden bij ouderen 2/3. - Opzetten spiegelgesprekken met mantelzorgers bij ouderen I - Cliënten ontvangen het behandelplanboekje en ontvangen het behandelplan op schrift. - Opstellen familiebeleid op ouderen 2/3	PL/ZM/TL TL PL/ZM/TL PL/TL	Kwartaal 1,2,3,4		
	Verbeteren transparantie naar de cliënt	- Overnemen en aanpassen project 'transparantie naar de cliënt' van intensieve zorg Oss - Verbeteren verpleegkundige rapportage door het maken van afspraken onderling door het verbeteren van de ondersteuning vanuit het EPD	TL/PL TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4		
	Evalueren en leren van MIPmeldingen	- Opzetten van een lokale MIPcommissie - Bespreken incidenten en verbetermaatregelen in het team - Periodiek rapporteren van de commissie	TL TL/PL TL			
	Implementatie van Prestatie-indicatoren	Verplichte indicatoren worden in kwartaalrapportage (en jaardocument) verwerkt (zie rubriek 6,8, 9).	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Kwartaalrapportages c.q. Jaardocument	Zie Normen PI (rubriek9)

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
		Met name nadruk op: behandelresultaten, wachttijden en wachtlijsten en tevredenheid cliënten			www.kiesbeter.nl	
6. Waardering van cliënten						
<i>Zorg en Kwaliteit</i>	Goed presteren betreffende de tevredenheid van cliënten	- Afname GGZ thermometer bij cliënten < 1 jaar - Afname lijst klinische patiënten bij ontslag uit kliniek	ZM/TL/PL TL	Afsluiting behandeling	GGZ-thermometer (Volwassenen- of Ouderenversie)	Gelijk aan of beter dan landelijk gemiddelde
	Evaluatie zorg behandelingen verblijf	Minimaal 1x per jaar	PL/TL	Kwartaal 1,2,3,4	AO/IC	100%
7. Waardering van medewerkers						
<i>Goed werkgeverschap</i>	Ziekteverzuim onder het landelijk GGZ-gemiddelde	Protocol omgaan met ziekteverzuim uitvoeren	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	% ziekteverzuim excl. zwangerschap	Max. 5%
	Iedere medewerker heeft een jaargesprek	- Uitvoeren van jaargesprek door leidinggevende en hiervan verslag maken - Afspraken nakomen uit jaargesprek	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Kwartaalrapportage: stand van zaken per organisatorische eenheid	90%
8. Waardering van de maatschappij						
<i>Zorg en Kwaliteit</i>	Wachttijden en wachtlijsten	- Wachttijden ambulant en klinisch worden geregistreerd conform eisen. - Wachttijden worden waar mogelijk bekort door verbetering in logistieke processen	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	Medische administratie: administratie. Kwartaalrapportage: stand van zaken.	100% korter dan nom/vereiste: zie rubriek 9
<i>Externe gerichtheid</i>	Relatiebeheer huisartsen	Huisartsen: tussenrapportage bij kortdurende behandeling 1 x 4 maanden	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	Prioriteit bij relatie met verwijzers: AO/IC meet. Afspraken in agenda Vaste contactpersonen	80%
	Relatiebeheer naar zorgpartners	Taakverdeling rond gesprekken met zorgpartners tussen directeur, managers en medewerkers.	Directeur/ZM/PL	Kwartaal 1	Afspraken verwoord in beleidsnotitie	Beschikbaarheid notitie
<i>Profilieren OPS-afdeling</i>	Verwijzers en (familie) van patiënten zijn op de hoogte van de specifieke mogelijkheden van de OPS-afdeling in Oss	- Communiceren aanbod naar verwijzers en GGZ profileren ten opzichte van een GAAZ-afdeling - Publiceren ervaringen van patiënten in media	BCO/PL BCO/PL			

Jaarplan 2011 Ouderenzorg Oss/Veghel ambulant

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
1. Leiderschap						
Ziel en zakelijkheid	Afstemmen TVB van ZM/PL/TL/Directeur KGGZ	In 2010 zijn de directeuren KGGZ verdeeld over beide regio's. De rol van de programmaleider (PL) in de klinische setting is onduidelijk. De zorgmanager (ZM) is leidinggevende van de teamleider (TL) in de kliniek. - Het is helder wie/waarvoor verantwoordelijk is in de lijn directeur/ZM/PL - De TVB van de PL/ZM/TL/psychiater/klinisch geriater zijn vastgelegd	Directeur/PL/ZM PL/ZM/TL	Kwartaal 1 Kwartaal 2	Afspraken beschikbaar	
Dienend leiderschap	Kernwaarden in de zorg handen en voeten geven	- Management zorgt voor voorbeeldgedrag en volgt het MD-programma - Medewerkers en management spreken elkaar aan op de kernwaarden - Kernwaarden zijn onderwerp in het jaargesprek en minimaal 2 keer per jaar in het werkoverleg	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	Verslagen jaargesprekken Notulen beleidsmiddagen	
2. Strategie en beleid						
Organisatieontwikkeling	Integreren ouderenzorg Oss/Uden/Veghel met als doel verhogen kwaliteit behandelaanbod	In 2010 is gestart met het integreren van de aanmeldingen voor de ambulante zorg en zijn er twee programmaleiders en een zorgmanager die werkzaam zijn over de locaties heen. - Integreren behandelaanbod ambulante zorg (groepen) - Integreren behandelaanbod intensieve ambulante zorg (dagbehandeling)	PL/ZM PL/ZM	Kwartaal 1 Kwartaal 2	Notitie beschikbaar met productaanbod/locatie/medewerker Notitie beschikbaar met productaanbod/locatie/medewerker	
Profileren	Zorggroep ouderen binnen de GGZ Oost Brabant	Ouderenzorg is een sterkstijgende doelgroep met een eigen extern netwerk Na de 'kanteling' zijn de lijnen met de LGGZ verwaterd. Inhoudelijke ontwikkelingen vinden parallel plaats. - Verbinding leggen met de LGGZ ten aanzien vervolgzorg klinisch, dagbehandeling/dagopvang - Onderzoeken mogelijkheden FACT en afstemmen met LGGZ	PL/TL/ZM PL/ZM	Kwartaal 2 Kwartaal 4		
Bepalen middellange termijnvisie	Positie GGZ t.o.v. (keten)partners is gericht op samenwerking	- Analyse eigen kracht en innovatiemogelijkheden - Bepalen positie GGZ t.o.v. ketenpartners (met name de V&V en Novadic) en verwijzers (geriatrie in de huisartsenpraktijk) - Samenwerking klinische geriatrie en psychiatrie Bernhoven vormgeven	PL/ZM PL/ZM PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	2x p.j. op agenda MO-dagen (breed)	2x per jaar uitgebreid op agenda

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
	Zorgpaden zijn beschreven en regionale keuzes zijn gemaakt	- Bepalen accenten binnen zorgprogramma OPS: diagnostiek en behandeling gedragsstoornissen of breder. - Profilieren op diagnostiek (OPS) en persoonlijkheidstoornissen (GP). - Bepalen ontwikkeling lithiumpoli (Veghel), paniek- en angstpoli, exelonpoli. - Bepalen visie en werkwijze PIT voor beide locaties samen	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	2x p.j. op agenda MO-dagen (breed)	2x per jaar uitgebreid op agenda
	Keuze ten aanzien van topklinische OPS is gemaakt	In 2010 is een startnotitie geschreven ten aanzien van topklinische OPS. Financiële doorrekeningen hebben nog niet plaatsgevonden. - Doorrekenen startnotitie - Besluitvorming RvB/Directie - Afhankelijk van besluitvorming: starten traject topklinische OPS	F&B RvB/Directeur PL/ZM	Kw. 4 (2010) Kw. 4 (2010) Kwartaal 1,2,3,4	Notitie traject tot topklinische OPS	
3. Management van medewerkers						
<i>Goed werkgeverschap</i>	Iedereen heeft een jaargesprek	Elke leidinggevende in KGGZ maakt een rooster voor jaargesprekken en zorgt voor uitvoering van planning.	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	In kwartaalrapportages wordt % dat gehaald is voor 2011 aangegeven	90 % (vanwege ziekte, zwangerschap, vacatures)
	Actueel overzicht vakantiedagen	Met behulp van Rostarflex krijgen medewerkers periodiek een overzicht van het aantal opgenomen vakantie/compensatie/leefijdsuren	ZM	Kwartaal 1,2,3,4		
	Verhogen veiligheidsbeleving medewerkers	Analyse veiligheid in Veghel (m.n. in de crisisdiensten tijdens huisbezoeken)	PL/ZM	Kwartaal 1		
<i>Investeren in medewerkers</i>	Verbeteren overlegstructuur en informatieverstrekking	- Nieuwsbrief voor medewerkers KGGZ verschijnt na elk MO op intranet. - De overlegstructuur binnen de ouderenzorg wordt vastgelegd en gevolgd. - Er zijn twee beleidsmiddagen per jaar waarbij één van de middagen een gezamenlijke is met zowel OPS als GP. De andere middag is gereserveerd voor de zorgprogramma's afzonderlijk maar waarbij de klinische setting aansluit. - Waardering in woord en daad voor medewerkers die het goede doen in of voor de zorg.	Directeur PL/ZM/TL	Kwartaal 1,2,3,4	- Rubriek max. 10 dagen na MO - Rubriek vestigt (ook) aandacht op medewerkers die bovengemiddeld hebben gepresteerd - A4 met overlegstructuur ouderenzorg	
	Een opleidingsplan voor KGGZ	Er is een opleidingsplan voor de ouderenzorg waarin in ieder geval opgenomen zijn de DDG-trainingen, de basis cursus cognitieve gedragstherapie, de cursus farmacologie en de cursus Familie als bondgenoot.	ZM/TL/PL			

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
		- Binnen de ouderenzorg is er een opleidingsplek voor een AIOS klinische geriatrie - Binnen de ouderenzorg is er een opleidingsplek voor een AIOS ouderenpsychiatrie				
4. Management van middelen						
<i>Financiële gezondheid</i>	Productieafspraken worden gehaald	Zorggroep KGGZ haalt zijn productieafspraken ambulant, deeltijd en klinisch	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Medische administratie en kwartaalrapportage	100%
	Exploitatie kleiner of gelijkaan begroting	Zorggroep KGGZ, en elk onderdeel daarvan, blijft binnen de exploitatiebegroting	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Financiële administratie	Neutraal of onderschrijding
	Productienormering per medewerker	- Evalueren normtijden en productieafspraken 2010 - Productienormering per medewerker CONO beroep (60-15-25). - Tweemaandelijke terugkoppeling aan individuele medewerkers over hun productiviteit.	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4 K1	Uitdraai Productienormering Waar nodig gesprekken met direct leidinggevende	Normering halen
<i>Middelen en voorwaarden op orde</i>	Verbeteren secretariële ondersteuning	- Vastleggen administratieve processen en wie/waarvoor verantwoordelijk is - Periodieke afspraken behandelaar met secretaresse voor opschonen administratie	ZM/LGS ZM/PL	K1 Kwartaal 1,2,3,4		- Alle geopende DBC's hebben een hoofdbehandelaar - Medewerkers KGGZ sluiten tijdig hun DBC's af
5. Management van processen						
<i>Zorg en Kwaliteit</i>	Implementatie van Prestatie-indicatoren	- Verplichte indicatoren worden in kwartaalrapportage (en jaardocument) verwerkt (zie rubriek 6,8, 9). - Met name nadruk op: behandelresultaten, wachttijden en wachtlijsten en tevredenheid cliënten	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	- Kwartaalrapportages c.q. Jaardocument - www.kiesbeter.nl	Zie Normen PI (rubriek 9)
	Meer aandacht voor somatiek	- Somatische screening bij klinische opname - Jaarlijkse somatische screening bij (ambulante) cliënten met schizofrenie. - Gerichte psychofarmacacontroles.	ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	AO/IC score	100% bij klinische opname 70% ambulante cliënten Geen weigering van medium care patiënten in Helmond
	Meer inbreng van cliënten en familie in de afspraken rond de	Wij bevorderen de medezeggenschap van cliënten en de betrokkenheid van familie bij de behandeling en zorgverlening.				

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
	zorgverlening	- De familieraad wordt betrokken bij de beleidsmiddagen van de ouderenzorgen is deelnemer aan de familieavonden. - Clënten ontvangen het behandelplanboekje het behandelplan op schrift. Daarnaast is van al het aanbod schriftelijk voorlichtingsmateriaal aanwezig. - Jaarlijks wordt het behandelplan geëvalueerd.	PL/ZM/TL	Kwartaal 1,2,3,4		
	Verbeteren EPD	Evalueren en aanreiken van verbetermogelijkheden ten aanzien van het EPD en ICT (labkoppeling, thuiswerken etc)	ZM/PL	Kwartaal 1,2,3,4		
<i>Efficiency</i>	Verbeteren logistieke processen en hierdoor verminderen van wachttijden en verbeteren kwaliteit van zorg	- Evalueren en bijstellen van de planagenda - Introduceren van een afsprakenbalie voor de medici en psychologen	ZM/PL ZM	K1 K1		
6. Waardering van cliënten						
<i>Zorg en Kwaliteit</i>	Goed presteren betreffende de tevredenheid van cliënten	- Afname GGZ thermometer bij cliënten < 1 jaar - Afname lijst klinische patiënten bij ontslag uit kliniek	ZM/TL/PL TL	Afsluiting behandeling	GGZ-thermometer (Volwassenen- of Ouderenversie)	Gelijk aan of beter dan landelijk gemiddelde
	Evaluatie zorg behandelingen verblijf	Minimaal 1x per jaar	PL/TL	Kwartaal 1,2,3,4	AO/IC	100%
7. Waardering van medewerkers						
<i>Goed werkgeverschap</i>	Ziekteverzuim onder het landelijk GGZ-gemiddelde	Protocol omgaan met ziekteverzuim uitvoeren	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	% ziekteverzuim excl. zwangerschap	Max. 5%
	Iedere medewerker heeft een jaargesprek	- Uitvoeren van jaargesprek door leidinggevende en hiervan verslag maken - Afspraken nakomen uit jaargesprek	Directeur ZM/TL/PL	Kwartaal 1,2,3,4	Kwartaalrapportage: stand van zaken per organisatorische eenheid	90%
8. Waardering van de maatschappij						
<i>Zorg en Kwaliteit</i>	Wachttijden en wachtlijsten	- Wachttijden ambulante en klinisch worden geregistreerd conform eisen. - Wachttijden worden waar mogelijk bekort door verbetering in logistieke processen	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	Medische administratie: administratie. Kwartaalrapportage: stand van zaken.	100% korter dan norm/vereiste: zie rubriek 9
<i>Externe gerichtheid</i>	Relatiebeheer huisartsen	Huisartsen: tussenrapportage bij kortdurende behandeling 1 x 4 maanden	PL/ZM	Kwartaal 1,2,3,4	Prioriteit bij relatie met verwijzers: AO/IC meet. Afspraken in agenda Vaste contactpersonen	80%

Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
	Relatiebeheer naar zorgpartners	Taakverdeling rond gesprekken met zorgpartners tussen directeur, managers en medewerkers.	Directeur/ZM/PL	Kwartaal 1	Afspraken verwoord in beleidsnotitie	Beschikbaarheid notitie

9. Eindresultaten: set van prestatie-indicatoren						
Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
<i>Effectiviteit behandeling cliënten</i>	- Metten van <i>verandering in ernst problematiek</i> kortdurende zorg (ambulant en klinisch < 1 jaar) (Hulpverlenerperspectief) - Metten mening diënt omtrent verbetering of stabilisatie (Cliëntperspectief)	Voor- en na meting hulpverlener	Hulpverlener	Start en afsluiting zorg	BSI voor hulpverlenerperspectief GGZ thermometer voor mening cliënt	80% voor- en na meting 30% respons van cliënten
	<i>Somatische screening:</i> - Volgens afgesproken procedure - Iedereen jaarlijks die > 1 jaar is opgenomen en bij elke nieuwe opname.		Specialist Arts Nurse Pr.	Jaarlijks Nieuwe opname	Volgens Standaardprocedure Meting door AO/IC steekproef	100% In kwartaalrapportage
<i>Veiligheid cliënten</i>	Een <i>actueel medicatieoverzicht</i> bij ambulante en klinisch opgenomen patiënten		Medisch specialist	Actueel	Meting door AO/IC steekproef	In kwartaalrapportage
	<i>Registratie van insluiting en dwangmedicatie</i> (BOPZ) en dwangmaatregelen verlagen	- Aantal insluitingen en aantal dwangmedicatie - Gem. duur insluitingen en dwangmedicatie - Evaluatie met diënt - Aanwezigheid preventieprogramma	Medisch specialist	Bij insluiting en dwang	Argus registratie (voor afdelingen die participeren in project Dwang en drang)	In kwartaalrapportage
	<i>Registratie van incidenten</i> en hieruit lering trekken	Melding incidenten bij MIP/MIM commissie	Hulpverlener		Volgens procedure	In kwartaalrapportage
<i>Cliëntgerichtheid</i>	Het meten van <i>wachttijden</i> met het doel ze te verlagen	- Gem. wachttijd tot intake (W1) - Gem. wachttijd tot start behandeling (W2) % diënten waarbij totale wachttijd (W3) wordt gemeten	Medische administratie	Aanmelding	Medische administratie Kwartaalrapportage c.q. Jaar document	% diënten waarbij W3: < 98 dagen (ambulant) < 105 dagen (klinisch)
	Cliënt ambulant geeft toestemming voor behandeling na informatie van hulpverlener	Vraag 6 in onderzoek cliënttevredenheid	Hulpverlener BZO	Afsluiting zorg	GGZ thermometer	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk

9. Eindresultaten: set van prestatie-indicatoren						
Ambitie / pijler	Doel	Acties			Meetinstrument / indicator (hoe meten)	Meet- / streefwaarde
		Wat	Wie	Wanneer		
						gem.
	Cliënt heeft <i>keuzevrijheid</i> in behandeling	Vraag 4 in onderzoek cliënttevredenheid	Hulpverlener BZO	Afsluiting zorg	GGZ thermometer Kwartalrapportage c.q. Jaar document	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk gem.
	Er wordt rekening gehouden met de <i>zorgwensen</i> van de cliënt	Vraag 11 en 12 in onderzoek cliënttevredenheid	Hulpverlener BZO	Afsluiting zorg	GGZ thermometer Kwartalrapportage c.q. Jaar document	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk gem.
	Het oordeel van diënten (> 1 jaar verblijf) over hun <i>woon- en leefomstandigheden</i> is bekend	Vraag 17 in onderzoek cliënttevredenheid GGZ thermometer RIBW versie	Hulpverlener BZO	Jaarlijks	GGZ thermometer RIBW Kwartalrapportage c.q. Jaar document	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk gem.
	<i>Bejegening</i> van diënten door hulpverleners is goed	Vraag 9 en 10 in onderzoek cliënttevredenheid	Hulpverlener BZO	Afsluiting zorg	GGZ thermometer Kwartalrapportage c.q. Jaar document	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk gem.
	Aan diënten wordt adequaat <i>informatie</i> verstrekt	Vraag 1,2 en 3 in onderzoek cliënttevredenheid	Hulpverlener BZO	Afsluiting zorg	GGZ thermometer Kwartalrapportage c.q. Jaar document	% dat vraag pos. beantwoord is beter dan landelijk gem.
<i>Waardering medewerkers</i>	Het weet hebben van de <i>tevredenheid</i> van <i>medewerkers</i> en acties ondernemen om die tevredenheid te verhogen	3 jaarlijks onderzoek in 2010	PZO	2010	Resultaten onderzoek	Gelijk of beter dan branchegemiddelde
	<i>Ziekteverzuim</i> onder het landelijk GGZ-gemiddelde	Protocol omgaan met ziekteverzuim uitvoeren	ZM/PL	2010	Minder of 5% ziekteverzuim ex d. zwangerschap	Max. 5%
	Iedere medewerker heeft een <i>jaargesprek</i>	- Uitvoeren van jaargesprek door leidinggevende en hiervan verslag maken - Afspraken nakomen uit jaargesprek	ZM/PL	2010	Kwartalrapportage: stand van zaken per organisatorische eenheid	100%
<i>Eindresultaten financieel</i>	Het realiseren van de <i>productie</i> door de Zorggroep KGGZ	Zorggroep KGGZ haalt zijn productieafspraken	Directeur	2010	Medische administratie en kwartalrapportage	100%
	Een goede <i>exploitatie</i> van de Zorggroep KGGZ	In onze begroting zit 2% afdracht aan concern om reserve verder op te bouwen	Directeur	2010	Maandrapportage en kwartalrapportage	Begroting KGGZ is neutraal
	GGZOB is lid van het <i>waarborgfonds</i> en heeft een gezonde <i>budgetratio</i>	Concerniveau			Jaar rapportage	Budgetratio is 11%
<i>Eindresultaten zorggroep</i>	Geplande acties zijn gehaald		Directeur	2010	Kwartalrapportages	80% in januari 2011

Met de onderstaande PowerPoint presentatie werd de start gegeven voor het afstudeerproject Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant, Regio Oss.
De presentatie vond plaats op 16 februari 2011.

Projectgroep Medicatieveiligheid



Medicijn Controle

Wat zit er bij jullie in je doosje?



Even Voorstellen

Wie zijn wij?

In het kader van ons afstuderen binnen de opleiding 4 naar 5, starten wij met een afstudeerproject Medicatieveiligheid.



Projectgroep Medicatieveiligheid

Projectleiders

Thea van den Boom
Hanny Leijten
Conny Slegers
Mariëlle Craane



Wat willen wij bereiken?

Onder het motto "Wij slikken geen medicatiefouten!" gaan we voor een betere medicatieveiligheid!



Vragenlijst

Invullen



Waarom Ouderenzorg 1?

- Verschillende soorten medicatie: psychofarmaca en somatiek.
- Verschillende toedieningsvormen.
- Verantwoordelijkheid noodkast.
- Verantwoordelijkheid opiatenkast.



Wat levert jullie deelname op?

- Een verbetering van de medicatieveiligheid voor cliënten.
- Bewustwording van eigen handelen.
- Kwaliteitsverbetering van het medicatieproces.
- Efficiënter en effectiever medicatieproces.



Wat kunnen jullie verwachten?

- Invullen van vragenlijst
- Deelname geeltjesmeting
- Tussentijdse evaluatie
- Verbeterpunten
- Implementatie
- Eind evaluatie
- Nieuwsbrieven
- Meedenken
- Collega contactpersoon ZALV betrekken



Geeltjesmeting

- De Geeltjesmeting is een toegankelijke methode om medicatiefouten inzichtelijk te maken.
- Gedurende twee weken worden alle fouten en bijna - fouten geregistreerd door geeltjes op een speciale poster te plakken, anoniem met een korte beschrijving van het (bijna)incident.
- Hierdoor wordt direct zichtbaar waar het mis gaat of had kunnen gaan.



Wat wordt er nu verwacht?

- 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 op een grote poster 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)
- Aan het eind van de week kunnen de geeltjes geanalyseerd worden. Hierdoor wordt duidelijk welke (bijna)fouten het meest voorkomen of op welke momenten de meeste fouten worden gemaakt. Op basis hiervan kunnen verbeteracties worden ingezet.
- Enkele weken/maanden later wordt de geeltjesmeting nogmaals op dezelfde wijze uitgevoerd, om te zien of de verbeteracties het gewenste effect hebben gehad en of er nog andere verbeteringen nodig zijn.



Tot slot

- Voor meer duidelijkheid over het schrijven van een geeltje zal er op de afdeling een *instructie geeltjesmeting medicatieveiligheid* hangen.
- Bij onduidelijkheden kunnen jullie altijd contact opnemen met de projectgroep medicatieveiligheid.



Vragen?



**VRAGENLIJST
VERBETERTRAJECT MEDICATIEVEILIGHEID
OUDERENZORG 1, GGZ Oss**

Hieronder vindt u een aantal vragen over het medicatieproces.

Door een keuze te maken in *ja/nee/?* wordt inzicht gekregen op het medicatieproces zoals dat op dit moment op Ouderzorg 1 plaatsvindt. Op basis hiervan kunnen verbeteracties in gang gezet worden.

NB: waar staat *cliënt* kan ook *diens naasten* gelezen worden.

Naam invuller:

Functie:

Datum:

1	Medicatiebeheer	Ja	Nee	?
1.1	Er is een actuele lijst van medicatie die de cliënt thuis slikte aanwezig op de afdeling als hij/zij wordt opgenomen			
1.2	Een van de collega's coördineert de farmaceutische zorg, zij is aanspreekpunt van de afdeling/ apotheek betreffende het afleveren en toedienen van medicatie			
1.3	Er is een standaard formulier waarmee de cliënt /diens naasten de afdeling machtigt om het medicatieproces over te nemen			
2	Informatie aan de cliënt en diens naasten	Ja	Nee	?
2.1	Tijdens het toedienen van medicatie geeft de verpleegkundige informatie aan de cliënt			
2.2	De cliënt en diens naasten hebben toegang tot gebruikersvriendelijke geneesmiddeleninformatie over de middelen die de cliënt slikt			
2.3	Bij een bezoek aan het ziekenhuis wordt altijd zowel een volledig en actueel medicatieoverzicht als de toedieningregistratie meegegeven			
3	Voorschrijven	Ja	Nee	?
3.1	Het starten, wijzigen of stoppen van medicatie gebeurt aan de hand van een door de geriater of ander behandelend arts geautoriseerde medicatieopdracht			
3.2	De geriater toetst bij het voorschrijven van medicatie reeds eerder geneesmiddelengebruik op geen effect en eerdere complicaties			
3.3	Medicatieopdrachten worden door de geriater op dezelfde manier aangeboden aan de apotheek			
3.4	Er is een centrale plaats op de afdeling waar de geriater de medicatieopdrachten afgeeft			
3.5	Bij opname schrijft de geriater een actueel en volledig medicatieoverzicht uit, inclusief de doseertijdstippen			
3.6	Na elke wijziging van de medicatie wordt de medicatie deellijst per direct aangepast (op de deellijst is duidelijk aangegeven wat de cliënt de volgende deelronde behoort te krijgen)			
3.7	Voor medicatie die wordt voorgeschreven door een specialist schrijft de geriater een medicatieopdracht en autoriseert deze			
3.8	Als mondelinge medicatieopdrachten moeten worden geaccepteerd noteert de verpleegkundige de opdracht en leest deze voor aan de voorschrijver ter bevestiging			
3.9	Als mondelinge medicatieopdrachten moeten worden geaccepteerd noteert de verpleegkundige de opdracht en spelt deze aan de voorschrijver ter bevestiging			

		Ja	Nee	?
3.10	Mondelinge medicatieopdrachten worden zo snel mogelijk door de voorschrijver geautoriseerd			
3.11	Een medicatieopdracht bevat altijd: de datum van de opdracht			
3.12	de naam van de voorschrijver			
3.13	de naam, voorletters en locatie van de cliënt			
3.14	de naam, sterkte en toedieningsvorm			
3.15	de frequentie en tijdstip van toediening			
3.16	de instructie ten aanzien van wijze van toediening			
3.17	de datum waarop de medicatie moet worden begonnen			
3.18	Indien mogelijk de datum waarop medicatie moet worden beëindigd			
4	Medicatie uitzetten en toedienen	Ja	Nee	?
4.1	Er is een actuele medicatie deellijst			
4.2	Het uitzetten en het toedienen van medicijnen gebeurt aan de hand van een actuele medicatie deellijst			
4.3	Het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen wordt uitgevoerd door twee verschillende bevoegde personen			
4.4	De medicatielijst wordt aangepast zodra er veranderingen optreden en vermeld in het elektronisch patiëntendossier			
4.5	In de ruimte waar de medicatie wordt uitgezet kan ongestoord gewerkt worden en is vrij van lawaai			
4.6	De medicatie wordt uitgezet voor 2.00 uur s' nachts			
4.7	Per dienst is er een verpleegkundige verantwoordelijk voor het totale medicatieproces (controle, toediening ,contact apotheek faxen etc)			
4.8	Voor het uitzetten van medicatie wordt een paraaf gezet			
4.9	Tot aan het moment van toedienen van de geneesmiddelen bij de cliënt is op eenvoudige wijze te traceren welk geneesmiddel het betreft			
4.10	De geneesmiddelen worden pas op het moment van toedienen uit de verpakking gehaald			
4.11	Per gegeven geneesmiddel wordt een paraaf gezet voor toedienen			
4.12	Als een cliënt een geneesmiddel weigert, uitbraakt of iets dergelijks wordt dit vermeld op de medicatie deellijst			
4.13	Als een cliënt een geneesmiddel weigert, uitbraakt of iets dergelijks wordt dit gemeld aan de arts			
4.14	Medicatie deellijsten worden regelmatig gecontroleerd op volledigheid, inclusief parafen			
4.15	Er wordt gecontroleerd of de cliënt het geneesmiddel daadwerkelijk slikt			
4.16	Geneesmiddelen worden alleen gemalen als dit op de medicatieopdracht vermeld staat of als dit vooraf geverifieerd is of dit geen problemen oplevert			
4.17	Het toedienen van geneesmiddelen wordt uitgevoerd door professionele medewerkers die hiervoor een opleiding hebben gehad			
4.18	Speciale medicatie zoals depot, inhalatoren of insuline wordt alleen gegeven door collega's die hiervoor bevoegd en bekwaam zijn			
4.19	De dosering van insuline/ depot/ i.m injectie wordt altijd door 2 verpleegkundige gecontroleerd voor toediening			

5	Scholing en opleiding	Ja	Nee	?
5.1	Alle nieuwe medewerkers in de uitvoerende zorg worden getoetst op hun basiskennis voordat ze zelfstandig werkzaamheden mogen uitoefenen die verband houden met medicatie			
5.2	Apothekers verzorgen minimaal 2 scholingsmomenten per jaar voor verpleegkundigen en artsen waarbij met name ook wordt ingegaan op de wijze van toediening			
5.3	Eenmaal per jaar wordt gecontroleerd of de wijze van toediening van met name de wat lastigere toedieningsvormen (inhalatoren, insulinepennen) gebeurt volgens de richtlijnen			
5.4	Collega's zijn op de hoogte van de werking en bijwerking van de geneesmiddelen die ze verstrekken aan de cliënt			
6	VIM (veilig incident melden) /MIP (melding incident patiënt)	ja	nee	?
6.1	De afdeling registreert inzichtelijk de medicatie-incidenten			
6.2	De afdeling treft op basis van deze registratie maatregelen die het plaatsvinden van incidenten kan voorkomen of verminderen			
6.3	De afdeling is actief in de terugkoppeling van de bevindingen naar de interne organisatie			
6.4	Alle betrokkenen (cliënt /diens naasten, geriater) worden geïnformeerd over de mogelijke gevolgen en afhandeling van een medicatiefout			
6.5	De VIM/MIP meldingen zijn een onderwerp op het afdelingsoverleg			
6.6	De afdeling heeft een cultuur van blame-free melden van incidenten en is transparant over de resultaten en te ondernemen acties			
6.7	De medicatie-incidenten worden vastgelegd en periodiek geëvalueerd. Er worden maatregelen genomen om herhaling te voorkomen			
6.8	Na een incidentenmelding volgt feedback naar de melder			
6.9	Indien bijwerkingen worden gesignaleerd worden deze gemeld aan de geriater			
6.10	In GGZ Oost-Brabant functioneert een geneesmiddelencommissie			
7	Beleid en verantwoordelijkheden	Ja	Nee	?
7.1	De taken en bevoegdheden van de uitvoerende collega's voor het toedienen van medicatie zijn beschreven			
7.2	De beschikbaarheid van algemene informatie over geneesmiddelen en de toepassing daarvan zijn beschreven			
7.3	Er is een beschreven kwaliteitssysteem farmaceutische zorg met als onderdelen: kwaliteitshandboek, procedures, voorschriften, protocollen en werkinstructies			
7.4	De verantwoordelijkheden van de apotheek voor het ontwerpen, invoeren en onderhouden van het geneesmiddelen distributiesysteem zijn beschreven			
8	Veiligheid en controle	Ja	Nee	?
8.1	De apotheker, geriater en verantwoordelijk verpleegkundige voeren voldoende frequent of indien tussentijds nodig overleg, over het gehanteerde farmacotherapie			
8.2	De resultaten van dit overleg worden vastgelegd en ter kennis aan de collega's overgebracht			
8.3	De procedure voor regelmatige evaluatie van de medicatie van cliënten door de apotheker is samen met de geriater vastgesteld			
8.4	De geriater bespreekt maandelijks de medicatie van cliënten met de verpleegkundige			

9	Medicatie overdracht bij ontslag	Ja	Nee	?
9.1	Bij ontslag wordt aan de cliënt/diens naasten uitleg gegeven over gebruik medicatie			
9.2	Medicatiegegevens worden overgedragen aan de cliënt/diens naasten			
9.3	Gegevens die voor de farmaceutische zorgverlening relevant zijn worden door de geriater overgedragen aan de daarvoor verantwoordelijke zorgverleners			

Wat zou jij verbeterd willen zien in het huidige medicatieproces op Ouderenzorg 1?

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

De projectgroep medicatieveiligheid Ouderen 1



VRAGENLIJST
VERBETERTRAJECT MEDICATIEVEILIGHEID
OUDERENZORG 1, GGZ Oss

Een aantal maanden geleden heeft u een vragenlijst ingevuld om inzicht te krijgen in het medicatieproces op ouderenzorg 1. Wij vragen u om onderstaande vragenlijst nogmaals in te vullen. De vragenlijst is uitgebreid met enkele vragen over het stroomschema. Doel hiervan is om, ter afsluiting van het project, zicht te hebben op de huidige stand van zaken in het medicatieproces op O1. Bedankt voor uw medewerking.

Naam invuller:

Functie:

Datum:

1	Medicatiebeheer	Ja	Nee	?
1.1	Er is een actuele lijst van medicatie die de cliënt thuis slikte aanwezig op de afdeling als hij/zij wordt opgenomen			
1.2	Een van de collega's coördineert de farmaceutische zorg, zij is aanspreekpunt van de afdeling/ apotheek betreffende het afleveren en toedienen van medicatie			
1.3	Er is een standaard formulier waarmee de cliënt /diens naasten de afdeling machtigt om het medicatieproces over te nemen			
2	Informatie aan de cliënt en diens naasten	Ja	Nee	?
2.1	Tijdens het toedienen van medicatie geeft de verpleegkundige informatie aan de cliënt			
2.2	De cliënt en diens naasten hebben toegang tot gebruikersvriendelijke geneesmiddeleninformatie over de middelen die de cliënt slikt			
2.3	Bij een bezoek aan het ziekenhuis wordt altijd zowel een volledig en actueel medicatieoverzicht als de toedieningregistratie meegegeven			
2.4	Als cliënt niet in staat is om toestemming te geven voor het malen van medicatie, dan is er overleg met wettelijke vertegenwoordiging, of naasten			
2.5	Het malen van medicatie wordt opgenomen in het behandelplan			
2.6	Het behandelplan besproken wordt met cliënt, wettelijke vertegenwoordiging of naasten			
3	Voorschrijven	Ja	Nee	?
3.1	Het starten, wijzigen of stoppen van medicatie gebeurt aan de hand van een door de geriater of ander behandelend arts geautoriseerde medicatieopdracht			
3.2	De geriater toetst bij het voorschrijven van medicatie reeds eerder geneesmiddelengebruik op geen effect en eerdere complicaties			
3.3	Medicatieopdrachten worden door de geriater op dezelfde manier aangeboden aan de apotheek			
3.4	Er is een centrale plaats op de afdeling waar de geriater de medicatieopdrachten afgeeft			
3.5	Bij opname schrijft de geriater een actueel en volledig medicatieoverzicht uit, inclusief de doseertijdstippen			
3.6	Na elke wijziging van de medicatie wordt de medicatie deellijst per direct aangepast (op de deellijst is duidelijk aangegeven wat de cliënt de volgende deelronde behoort te krijgen)			

		Ja	Nee	?
3.7	Voor medicatie die wordt voorgeschreven door een specialist schrijft de geriater een medicatieopdracht en autoriseert deze			
3.8	Als mondelinge medicatieopdrachten moeten worden geaccepteerd noteert de verpleegkundige de opdracht en leest deze voor aan de voorschrijver ter bevestiging			
3.9	Als mondelinge medicatieopdrachten moeten worden geaccepteerd noteert de verpleegkundige de opdracht en spelt deze aan de voorschrijver ter bevestiging			
3.10	Mondelinge medicatieopdrachten worden zo snel mogelijk door de voorschrijver geautoriseerd			
3.11	Een medicatieopdracht bevat altijd: de datum van de opdracht			
3.12	de naam van de voorschrijver			
3.13	de naam, voorletters en locatie van de cliënt			
3.14	de naam, sterkte en toedieningsvorm			
3.15	de frequentie en tijdstip van toediening			
3.16	de instructie ten aanzien van wijze van toediening			
3.17	de datum waarop de medicatie moet worden begonnen			
3.18	indien mogelijk de datum waarop medicatie moet worden beëindigd			
4	Medicatie uitzetten en toedienen	Ja	Nee	?
4.1	Er is een actuele medicatie deellijst			
4.2	Het uitzetten en het toedienen van medicijnen gebeurt aan de hand van een actuele medicatiedeellijst			
4.3	Het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen wordt uitgevoerd door twee verschillende bevoegde personen			
4.4	De medicatielijst wordt aangepast zodra er veranderingen optreden en vermeld in het elektronisch patiëntendossier			
4.5	In de ruimte waar de medicatie wordt uitgezet kan ongestoord gewerkt worden en is vrij van lawaai			
4.6	De medicatie wordt uitgezet voor 2.00 uur s' nachts			
4.7	Per dienst is er een verpleegkundige verantwoordelijk voor het totale medicatieproces (controle, toediening ,contact apotheek faxen etc)			
4.8	Voor het uitzetten van medicatie wordt een paraaf gezet			
4.9	Tot aan het moment van toedienen van de geneesmiddelen bij de cliënt is op eenvoudige wijze te traceren welk geneesmiddel het betreft			
4.10	De geneesmiddelen worden pas op het moment van toedienen uit de verpakking gehaald			
4.11	Per gegeven geneesmiddel wordt een paraaf gezet voor toedienen			
4.12	Als een cliënt een geneesmiddel weigert, uitbraakt of iets dergelijks wordt dit vermeld op de medicatie deellijst			
4.13	Bij slikproblemen wordt gekeken naar een alternatieve toedieningsvorm			
4.14	Als een cliënt een geneesmiddel weigert, uitbraakt of iets dergelijks wordt dit gemeld aan de arts			
4.15	Medicatie deellijsten worden regelmatig gecontroleerd op volledigheid, inclusief parafen			

		Ja	Nee	?
4.16	Er wordt gecontroleerd of de cliënt het geneesmiddel daadwerkelijk slikt			
4.17	Geneesmiddelen worden alleen gemalen als dit A: op de medicatiedeellijst is vermeld			
4.17	B: vooraf geverifieerd is			
4.17	C: als dit geen problemen oplevert			
4.18	Het toedienen van geneesmiddelen wordt uitgevoerd door professionele medewerkers die hiervoor een opleiding hebben gehad			
4.19	De cliënt wordt op de hoogte gesteld dat de medicatie wordt gemalen			
4.20	Speciale medicatie zoals depot, inhalatoren of insuline wordt alleen gegeven door collega's die hiervoor bevoegd en bekwaam zijn			
4.21	De dosering van insuline/ depot/ i.m injectie wordt altijd door 2 verpleegkundige gecontroleerd voor toediening			
5	Scholing en opleiding	Ja	Nee	?
5.1	Alle nieuwe medewerkers in de uitvoerende zorg worden getoetst op hun basiskennis voordat ze zelfstandig werkzaamheden mogen uitoefenen die verband houden met medicatie			
5.2	Apothekers verzorgen minimaal 2 scholingsmomenten per jaar voor verpleegkundigen en artsen waarbij met name ook wordt ingegaan op de wijze van toediening			
5.3	Eenmaal per jaar wordt gecontroleerd of de wijze van toediening van met name de wat lastigere toedieningsvormen (inhalatoren, insulinepenen) gebeurt volgens de richtlijnen			
5.4	Collega's zijn op de hoogte van de werking en bijwerking van de geneesmiddelen die ze verstrekken aan de cliënt			
6	VIM (veilig incident melden) /MIP (melding incident patiënt)	Ja	Nee	?
6.1	De afdeling registreert inzichtelijk de medicatie-incidenten			
6.2	De afdeling treft op basis van deze registratie maatregelen die het plaatsvinden van incidenten kan voorkomen of verminderen			
6.3	De afdeling is actief in de terugkoppeling van de bevindingen naar de interne organisatie			
6.4	Alle betrokkenen (cliënt /diens naasten, geriater) worden geïnformeerd over de mogelijke gevolgen en afhandeling van een medicatiefout			
6.5	De VIM/MIP meldingen zijn een onderwerp op het afdelingsoverleg			
6.6	De afdeling heeft een cultuur van blame-free melden van incidenten en is transparant over de resultaten en te ondernemen acties			
6.7	De medicatie-incidenten worden vastgelegd en periodiek geëvalueerd. Er worden maatregelen genomen om herhaling te voorkomen			
6.8	Na een incidentenmelding volgt feedback naar de melder			
6.9	Indien bijwerkingen worden gesignaleerd worden deze gemeld aan de geriater			
6.10	In GGZ Oost-Brabant functioneert een geneesmiddelencommissie			
7	Beleid en verantwoordelijkheden	Ja	Nee	?
7.1	De taken en bevoegdheden van de uitvoerende collega's voor het toedienen van medicatie zijn beschreven			
7.2	De beschikbaarheid van algemene informatie over geneesmiddelen en de toepassing daarvan zijn beschreven			

7.3	Er is een beschreven kwaliteitssysteem farmaceutische zorg met als onderdelen: kwaliteitshandboek, procedures, voorschriften, protocollen en werkinstructies			
7.4	De verantwoordelijkheden van de apotheek voor het ontwerpen, invoeren en onderhouden van het geneesmiddelen distributiesysteem zijn beschreven			
8	Veiligheid en controle	Ja	Nee	?
8.1	De apotheker, geriater en verantwoordelijk verpleegkundige voeren voldoende frequent of indien tussentijds nodig overleg, over het gehanteerde farmacotherapie			
8.2	De resultaten van dit overleg worden vastgelegd en ter kennis aan de collega's overgebracht			
8.3	De procedure voor regelmatige evaluatie van de medicatie van cliënten door de apotheker is samen met de geriater vastgesteld			
8.4	De geriater bespreekt maandelijks de medicatie van cliënten met de verpleegkundige			
9	Medicatie overdracht bij ontslag	Ja	Nee	?
9.1	Bij ontslag wordt aan de cliënt/diens naasten uitleg gegeven over gebruik medicatie			
9.2	Medicatiegegevens worden overgedragen aan de cliënt/diens naasten			
9.3	Gegevens die voor de farmaceutische zorgverlening relevant zijn worden door de geriater overgedragen aan de daarvoor verantwoordelijke zorgverleners			

**VRAGENLIJST
VERBETERTRAJECT MEDICATIEVEILIGHEID
OUDERENZORG 1, GGZ Oss**

Hieronder vindt u een aantal vragen over het medicatieproces.

Door een keuze te maken in *ja/nee/?* wordt inzicht gekregen op het medicatieproces zoals dat op dit moment op Ouderzorg 1 plaatsvindt. Op basis hiervan kunnen verbeteracties in gang gezet worden.

	Medicatieproces Ouderenzorg 1	Ja	nee	?
1.	Er wordt bij opname door de geriater gevraagd of U de afdeling machtigt om het medicatieproces over te nemen.			
2.	U hebt een medicatieoverzicht van de huisarts of specialist bij opname van Uw familielid overhandigd aan de geriater of verpleegkundige.			
3.	U wordt door de geriater op de hoogte gehouden van medicatie veranderingen.			
4.	U wordt door de verpleegkundige op de hoogte gebracht van medicatieveranderingen.			
5.	U krijgt uitleg van de geriater over de werking van medicijnen.			
6.	U krijgt uitleg van de verpleegkundige over uitleg van het medicijnen.			
7.	U krijgt uitleg van de geriater over de bijwerking van medicijnen.			
8.	U krijgt uitleg van de verpleegkundige over bijwerkingen van medicijnen.			
9.	De geriater vraagt bij het voorschrijven van medicatie of deze medicatie al eerder door Uw familielid is gebruikt en of deze bijwerkingen gaven.			
10.	Bij een medicatiefout wordt U geïnformeerd.			
11.	Bij ontslag wordt uitleg aan U gegeven over het gebruik van de voorgeschreven medicatie.			
12.	Medicatiegegevens worden bij ontslag schriftelijk aan U overgedragen.			

Ruimte voor evt. aanvullingen:

.....

.....

Organisatieonderdeel	Kortdurende GGZ
Afdeling	KZ Oss Ouderenzorg1
Correspondentieadres	Postbus 632, 5340 AP Oss
Bezoekadres	Joannes Zwijssenlaan 123, 5342 BT Oss
Telefoon	0412 - 84 70 00
Fax	0412 - 84 71 99
Datum	22-02-2011
Onderwerp	medicatieveiligheid

Geachte familieleden/eerste contactpersonen,

In het kader van een afstudeeropdracht in het kader van de opleiding HBO-Verpleegkunde, is er op afdeling Ouderenzorg 1 een project gestart om de medicatieveiligheid op deze afdeling te verbeteren. Hierbij wordt het huidige medicatieproces op Ouderenzorg 1 geanalyseerd.

De ervaringen van de cliënten zijn in dit project van groot belang. Omdat echter de cliënten van Ouderenzorg 1 dit veelal niet zelf kunnen verwoorden, leggen we dit voor aan U als direct betrokkenen.

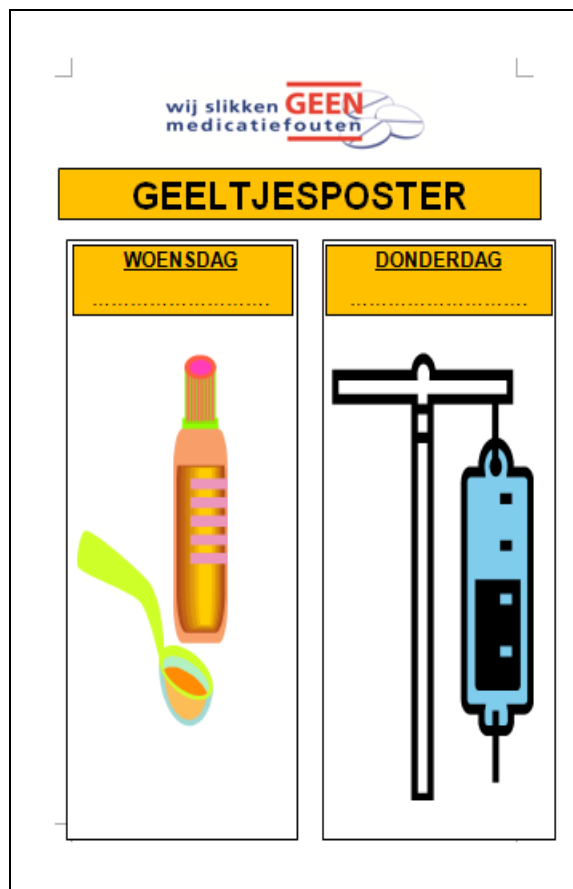
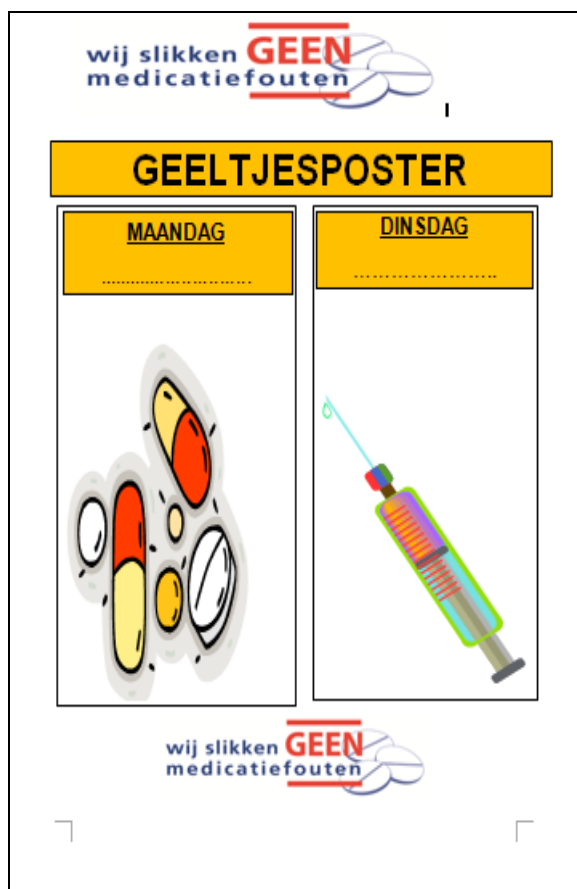
Daarom vragen wij Uw medewerking om de volgende vragenlijst in te vullen, zodat er een zo compleet mogelijk beeld ontstaat over de huidige situatie en eventuele verbeterpunten.

De ingevulde vragenlijst kunt U terugsturen in de bijgesloten enveloppe.

Bij voorbaat hartelijk dank voor U medewerking,

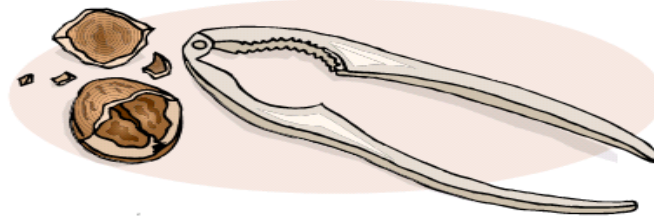
Namens de projectgroep HBO-V,

Thea van den Boom
Verpleegkundige Ouderenzorg 1
GGZ Oost Brabant, locatie Oss.



Reminderposters geeltjesmeting: maart 2011





Al een NOOT gekraakt vandaag???

(denk je aan de geeltjesmeting?!)



We hebben nog een paar NOTEN te kraken!!!

(HBO-V projectgroep Medicatieveiligheid)

Label voor om de noten-snoep-pot

STOP!

Niets vergeten?



Geeltjes plakken!!!



INSTRUCTIE GEELTJESMETING MEDICATIEVEILIGHEID

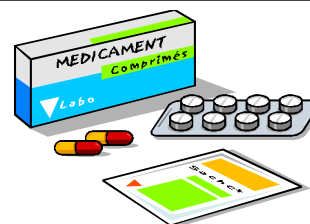
- Plak per medicatie-incident (fout of bijna-fout) een geeltje.
- Er kunnen meerdere incidenten per persoon per dag worden geplakt.
- De geeltjes plak je boven elkaar op de juiste dag van de week.

Noteer op het geeltje:

1. datum
2. wat is het soort incident
3. wat is de oorzaak van het incident (indien bekend)

Met betrekking tot de **PIL**:

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



Met betrekking tot het **PROCES**:

Voorschriftfouten:

- administratieve en procedurele fouten:
- algemeen (bijvoorbeeld leesbaarheid)
- cliëntgegevens kloppen niet
- gegevens voorschrijver en afdeling
- geneesmiddelen naam
- geneesmiddelvorm of wijze van toedienen
- wijzigingen niet (goed) doorgevoerd

Toedienfouten:

- niet toegediend
- niet afgetekend
- 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
- medicijn doos niet of verkeerd gevuld
- signaal gemist (bv blauwe plekken bij bloedverdunders)

Doseerfouten:

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

Therapeutische fouten:

- onterechte monotherapie
- (pseudo)dubbelmedicatie

Afleverfouten:

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

Anders in Proces,

- medicijnkar onbeheerd aangetroffen
- fouten bij overdracht tussen afdelingen of instellingen



Fouten in gebruik door de **PATIËNT**

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



De membercheck vond plaats op 1 maart 2011, met het verpleegkundig team en de teamleider van afdeling Ouderenzorg 1.

Zwarte tekst: projectgroep

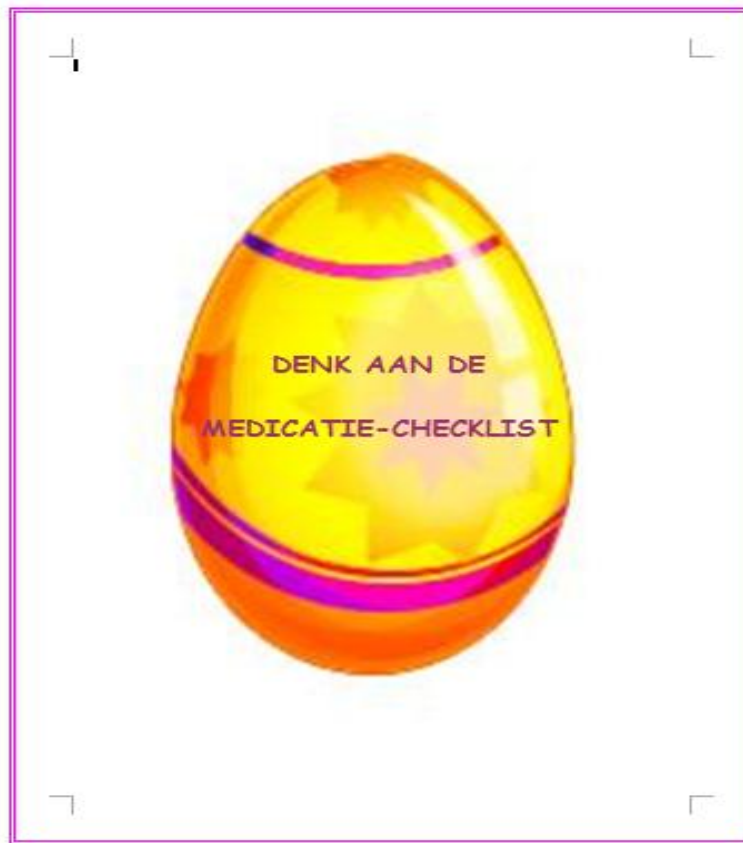
Rode tekst: verpleegkundig team Ouderenzorg 1

We willen even kijken want de geeltjes meting is morgen officieel dan voorbij, wij willen graag weten wat jullie ervaringen zijn tijdens het doen met de geeltjesmeting. Ik weet niet of iemand iets wil zeggen? **Het viel wel op dat elke dag er heel veel geeltjes geplakt worden. Oké Het maakt je wel bewust van Oja, dit klopt eigenlijk niet, of dat is eigenlijk niet de bedoeling? Ja je wordt er wel bewust van.** En heb je ook gekeken wat voor geeltjes het zijn, wat voor geeltjes je plakt? Iets wat me opvalt, daar plakken we heel veel geeltjes over? **Ja het verkeerd uitzetten, het verkeerd medicatie uitzetten en ook wel veel van die verneveling dat dat niet goed gaat. Ja die patiënt, die haalt het elke keer van zijn neus af, ja ja dat is ook een fout, een bijna-fout. Die cliënt heeft een vernevelapparaat, die laat hij de helft van de tijd maar op zijn mond zitten, met zo'n kapje. En heel veel fouten bij het uitzetten. De arts ook niet goed uitschrijft. Afgesloten met data of geen handtekening.** Oke ja ja het is meer het organisatorisch gedeelte wat eigenlijk niet soepel loopt, dat er fouten gemaakt worden met het toedienen. Zijn er dingen waar jullie tegen aan gelopen zijn? Of is het vervelend geweest het geeltjes plakken? Of is het heel veel werk geweest? **Ja het is extra werk en het kost extra tijd, we hebben er niet zo veel tijd voor en ik wil het ook wel aftekenen. Volgens mij zijn wij er wel serieus mee bezig zijn,** ja dat hebben wij ook wel ervaren hoor, die geeltjes die we al gezien hebben en de hoeveelheid geeltjes die al geplakt zijn, denken wij o fijn dat het team zo enthousiast is om er aan mee te werken en er ook wel achter staat dat er een verandering plaats gaat vinden. Want zijn er vanuit jullie punten die, door het bewust worden, die je hebt gedaan, die jullie denken wat wij als team willen veranderen? **Ik zou van het faxen af willen zijn, het is allemaal dubbel werk, dan weer naar voren lopen, dat er een makkelijker systeem moet zijn, waar je zo aangeleverd moet krijgen, dat de arts rechtstreeks een recept uit schrijft en dat dan ook kan versturen, ja ja dat zou heel mooi zijn, een heel nieuw systeem. De controle op de nieuwe medicijn bladen die geeft ook weer fouten, want als je niet goed oplet, die de mutatie is gedaan en die heb je niet gezien, dan gaan er weer een paar dagen over heen, waarneer de fouten pas worden ontdekt, ja, elke keer als er vernieuwing, want die bladen zijn erg fout gevoelig, het systeem zorgt er nu voor dat het niet werkt? Jaja de doordruk lijsten, die gele gaan naar de fax naar de apotheek, en we hebben veel wisseldagen, als er nieuwe lijsten binnen komen, want wisselen de dagen hier op een vaste dag? Op zaterdag wisselen die altijd, alle lijsten wisselen op zaterdag, wij hebben van jullie in het begin van het project een vragenlijst in laten vullen, ik heb de uitslag van de vragenlijst, en uh ik zal ze niet alle maal doornemen maar waar we, wat ons opviel is dat de melding incidenten patiënten de MIP formulieren, de VIM tegenwoordig, dat de vragen bijvoorbeeld, de afdeling registreert inzichtelijk de medicatie incidenten? 4 van jullie hebben ja ingevuld en 6 hebben nee geantwoord, van de 14 dus dat is, was bij ons zo van hey, het gaat over medicatieveiligheid en de ene helft zegt ja en de andere helft zegt nee, hoe kan dat? En hopelijk komt het inzichtelijk door de geeltjesmeting die we gedaan hebben dat we ook door krijgen oke we hebben een geeltjesmeting geplakt maar daarvoor moet ook nog een mip melding achter. Maar hoeveel MIP meldingen hebben jullie de afgelopen 14 dgn gedaan? **Mippen, geen voor medicatie veiligheid, maar eigenlijk zou je voor elk geeltje wat je meet een melding van moeten maken, dat wordt wel omslachtig, ja dat is echt niet te doen,** ja maar als je kijkt naar de registratie van VIM als het gaat over medicatieveiligheid, dan zal je moeten mippen. En dan is het mooi dat de helft zegt ja en de andere helft zegt nee. Nee **dat weet ik ook niet, als je kijkt naar verkeerd toedienen of zo dan zou ik wel mippen of een verkeerde patiënt,****

maar verkeerd uitgezet, nee dat vind ik zo veel werk om dat elke dag te gaan melden, ja dat snap ik hoor, en dat dan elke dienst. Maar ook wat je net zegt het verkeerd voorschrijven, het handschrift niet leesbaar door een arts en dat soort dingen zou je eigenlijk moeten mippen. In praktijk werkt dat natuurlijk niet zo, maar alles is heel mooi theoretisch, van dat zou je moeten doen, en wellicht is dat ook een punt wat we als team zeggen, oké we willen best registreren maar aan de andere kant moet dat wel makkelijker. En dan was er nog eentje, wat ons opviel was de afdeling trekt de basis van deze registratie maatregelen die het plaats vinden van incidenten kan voorkomen of verminderen, de ene helft zegt ja we treffen maatregelen en de andere helft zegt nee dat doen we niet. 5 zeggen ja en 6 zeggen er nee. Dat is heel opvallend, ja dat viel ons erg op, oké we hebben het over medicatieveiligheid en dan de ene helft zegt als er iets voorvalt dan gaan we veranderen, en gaan we kijken hoe we dat kunnen voorkomen en de andere zegt nee dat doen we niet, daar doen we niks aan. Is dat jullie zelf opgevallen? Dat je zo denkt? Wat hebben we dan veranderd? Ja dat staat er helaas niet bij, ik had gehoopt dat dat er bij stond, want dan had die daar antwoord op kunnen geven, want inderdaad als er staat van ja we doen er iets aan dan ben ik ook benieuwd naar wat er dan aan gedaan word want ik weet het niet. Ik had gehoopt dat jullie daar antwoord op hadden kunnen geven, maar dat is leuk om dat ook te gaan onderzoeken op de afdeling. Want nou hé de ene helft zegt we treffen wel maatregelen en de anderen zegt nee dat doen we niet. Is er vanuit zelf geen registratie mogelijk? Nou daar hebben we het over gehad maar op de afdeling zodat we richtlijnen hebben maar die zijn er niet, er is dan wel telefonisch contact met de apotheek en dan wordt er gemeld, maar verder niets. Maar we hebben het over twee verschillende meldingen de mip en zij hebben een fout meldingsformulier die van de apotheek. Wij hebben een formulier voor zelf, een in de computer, ja maar dat zijn twee verschillende formulieren, ja en ik zou twee samen voegen want anders wordt het nog omslachtiger dan het al is. Jullie doen morgen de laatste geeltjes meting dan gaan wij de geeltjesmeting meenemen en analyseren wat er door jullie allemaal gemeld is. En vanuit daar komen we terug bij jullie om een aanbeveling te doen met wat wij denken daar kan een verbetermogelijkheden in zitten, en hopelijk kunnen we dan als team zeggen oké daar staan we achter en daar willen we inderdaad aan mee werken om te veranderen, daar gaan we mee aan de slag. Dan wordt er een vervolg traject door ons opgezet. Die zal dan uitgelegd worden en geïntroduceerd worden, jullie horen dan wat we dan verwachten. Maar we zijn heel blij dat we met het project begonnen is, en dat jullie allemaal enthousiast waren om hier aan mee te werken, jullie hebben al heel veel voor ons gedaan want door de enthousiasme van jullie, dus dank je wel daarvoor en dan nog tot morgen middag dan gaan we die geeltjes meting eraf halen, dan zijn jullie verlost van als die plakkertjes maar ik hoop wel dat je bewust blijft van wat er allemaal kan mislopen en niet denkt o die geeltjesmeting is voorbij we gaan door zoals het was want dat is zonde van de twee weken energie die je erin gestopt hebt, ik denk dat het positief is voor de nachtdienst want die zagen als die geeltjes van het uitzetten zitten en die gingen denken dat heb ik niet goed uitgezet, die zij wij vergeten uit te zetten., want het nadeel die zetten vaak voor twee, drie dagen uit, en als er dan wijzigingen zijn, dan wordt er niet de moeite genomen om dit te veranderen, daar kijken ze niet meer na, nee want ze zijn dan al uitgezet. Wat is dan de reden dat er voor meerdere dagen uitgezet wordt? Er zijn twee bakken en ooit zijn er allebei de bakken gevuld, omdat de nachtdienst er twee dagen inzit. Als je voor drie dagen uitzet verhoog je de kans op fouten omdat die niet meer gecontroleerd worden, ja dan heb je dus de meeste kans om fouten te maken, eigenlijk moet je 1 blad weg halen, dan hebben ze de mogelijkheid niet meer, dat is een keuze die je kan maken. en als ik dan hoor dat regelmatig die bladen veranderd worden dan maakt het de kans alleen maar groter, jammer dat die al gelijk verbeterpunten bij hun eigen hebben ingebracht want dan zouden hun mooi aandachtspunt voor ons kunnen zijn om dat al te doen, het zou jammer zijn als de meting voorbij is en de geeltjes hangen er niet meer dat je die bewustwording meteen weer laat vallen, dan komt het nooit tot een verbeterpunt. Het is toch wel het team dat we hierbij nodig hebben, zullen we een bak weg halen dan? Want jullie doen niet met de nachtdienst hierover, we hebben de nachtdienst wel gevraagd

om hieraan mee te werken maar we hebben maar 1 nachtdienst collega die heeft 7 van de 28 vragen beantwoord dus ja daar kan je als nul meting helemaal niets aan. Ja er is maar 1 nachtdienst collega die maar 7 vragen heeft ingevuld en misschien dat er nog iemand is, misschien dat die daar in het vak ligt, maar van de gene die wij terug hebben gekregen is er 1 met 7 vragen ingevuld, met 7 vragen? Er hebben maar twee verschillende nachtdienst collega's ingezeten. Dat is wel heel weinig, maar ja goed dan hadden we toch twee volledig ingevulde formulieren kunnen hebben. 7 vragen ingevuld en de rest maar open gelaten dus ja, dat is niet voldoende om daar een nulmeting uit te halen, daar kunnen we niks mee. Maar we gaan er mee verder dus nog een avond en een dag plakken door jullie en dan gaan wij analyseren, ja gun ons even de tijd om dat te doen, ik vond ook wel dat jullie het leuk hadden geïntroduceerd, met die doosjes, dan dacht je gelijk van o ja, je moet wel even een ludiek iets hebben om mee te beginnen en ook perfect gedaan, dank je wel. Wij hebben nog een kleinigheidje voor jullie, weer iets ludieks, het gaat ook weer over medicatieveiligheid. Zal ik hem maar geven aan de contactpersoon van de apotheek, het zal mij benieuwen, ik word nieuwsgierig, dit is een geeltjes hesje, als je dus het traject van geeltjes meting hebt door lopen en het medicatie uitzetten, ga je medicatie uitdelen en dan wordt je door heel veel mensen aangeklampt als je medicijnen aan het uitdelen bent, en dan loop je kans dat je daarin fouten worden gemaakt, let ik wel genoeg op, heb ik wel de juiste medicijnen gegeven en dat hesje is heel ludiek van als ik het hesje aan heb dan weten heel veel mensen al van oké ik zal even moeten wachten, maar bij jullie zal het waarschijnlijk niet werken, want daar werkt het als een rode lap op een stier, van hupatee die moet ik hebben, het is bewezen dat het op verschillende afdelingen niet werkt omdat familieleden die binnen komen meteen denken hey die heeft een hesje aan die moeten we hebben. wij hebben op internet gezocht dat het binnen andere instellingen wel heel goed werkt, maar wij dachten oké het is ludiek dus dat doen we, hier is het gewoon ludiek, het is gewoon in de handel voor medicatieveiligheid, is die in de handel of hebben jullie die zo gemaakt? Nee die is in de handel en die is officieel zo te bestellen, nogmaals allemaal bedankt en tot de volgende keer.

BIJLAGE 9.A		TRIPLE CHECK : CHECKLIST																			
		25-03		26-03		27-03		28-03		29-03		30-03		31-03		01-04		02-04		03-04	
1.	Medicatie is vóór 08.00 uitgezet	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
2.	Voor het uitzetten is een pers./goed	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
3.	Per dienst was één verpleegkundige verantwoordelijk voor het totale medicatieproces: controle, toediening, contact met/voor/naast c.d.)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	vraag																				
	late																				
4.	Medicatie is gemalen (bij 1 of meer patiënten)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
5.	Capsules zijn opengemaakt om innamc te vergemakkelijken (bij 1 of meer patiënten)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
6.	Medicatie is opgelost in water (bij 1 of meer patiënten)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
7.	Medicatie wordt gegeven met appelmoc/yoghurt/toetje c.d. (bij 1 of meer patiënten)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
8.	Medicatie is verslopt in verband (tussen brood, door yoghurt, in water/reisje) (bij 1 of meer patiënten)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
9.	Dagene die de medicatie verstakt heeft gecontroleerd of patiënt de medicatie daadwerkelijk heeft doorgeslikt (gecontroleerd via mondinspectie en/of in bijzijn van toedienaar opgedronken)	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
10.	Dagene die de medicatie verstakt heeft een dordien (bijv. voedingssistentie) gevraagd te letten op innamc van medicatie door patiënt	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
11.	Medicatie is bij betreffende patiënt uit de verpakking gehaald	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
12.	Er is vormd op medicatiedag dat medicatie is govoigend, uitgebrekt c.d.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
13.	Er is gemeld aan arts dat medicatie is govoigend, uitgebrekt c.d.	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
	08.00																				
	12.00																				
	16.00																				
	22.00																				
14.	Er is gebruik gemaakt van de op de afdeling aanwezige algemene informatie over geneesmiddelen en de toepassing daarvan	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee



Nieuwsbrief 1Even voorstellen:**De projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID"**

Leden: HBO-V studenten 'van 4 naar 5', GGZ Oss, locatie Arsis:
Thea v.d. Boom (O1), Hanny Leijten (O2), Marielle Craane (FACT) en Conny Slegers (OV).

Afstudeeropdracht: Verbeteren van de medicatie veiligheid op Ouderenzorg 1, GGZ Oss.

Projectperiode: Februari 2011 tot medio November 2011.

Informatievoorziening:

Gedurende de projectperiode zullen we u regelmatig via een digitale nieuwsbrief op de hoogte houden over het verloop van het project.

Daarnaast kunt u mogelijk door de projectgroep benaderd worden om hen vanuit u eigen specialisme van specifieke informatie m.b.t. Medicatieveiligheid te voorzien.

Voor vragen en opmerkingen kunt u contact opnemen met Thea v.d. Boom, tel. 7144.

Met vriendelijke groet,
Thea, Hanny, Mariëlle en Conny

Nieuwsbrief 2**Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID"****NIEUWSBRIEF 2 dd. 02-03-2011**

Op 16 februari jl. was de kick-off voor het project Medicatieveiligheid en heeft de projectgroep het project gepresenteerd aan het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1. Hierbij waren ook de teamleiders, en tevens opdrachtgevers van het project, Jan van de wagenberg en Sandra Petersen aanwezig.

Voor een eerste analyse van de medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1, is er op die dag ook gestart met een nulmeting in de vorm van een zgn. 'Geeltjes meting'. Gedurende twee weken heeft het verpleegkundig team alle fouten die men tegen kwam op het gebied van medicatie zoals fouten bij voorschrijven, levering, uitzetten en toediening genoteerd op een Post-it Geeltje en op een speciale poster geplakt.

Daarnaast is er door verpleegkundigen en behandelaren een ook een vragenlijst over dit onderwerp ingevuld.

De gegevens van beide metingen worden nu geanalyseerd en zal mede leidend zijn voor het formuleren van de verbeterdoelen.

De projectgroep bedankt iedereen heel hartelijk voor hun grote inzet en medewerking tot nu toe!

We houden u via de nieuwsbrieven op de hoogte over het verloop van het project!

Voor vragen en opmerkingen kunt u contact opnemen met Thea v.d. Boom, tel. 7144.

Met vriendelijke groet, de projectgroep Medicatieveiligheid, Thea, Hanny, Mariëlle en Conny

Nieuwsbrief extra: Triple check

Verzonden: 23 maart 2011 13:47

Onderwerp: project Medicatieveiligheid.meting

Beste collega's van Ouderen 1,

In het kader van het project MEDICATIEVEILIGHEID hebben we jullie hulp weer nodig!
We gaan nog een meting doen om een nóg beter beeld te krijgen van de Medicatie veiligheid op Ouderenzorg 1.

Vanaf vrijdag 25 maart a.s. willen we jullie daarom vragen om per dienst (vroeg/late) een checklist in te vullen t.a.v. de medicijnverstrekking van die dienst.

De checklist hangt in de medicijnkamer en het is de bedoeling dat je een streepje zet bij het gewenste antwoord. Dit voor gedurende 10 dagen, t.m. 3 april.

Wanneer er vragen zijn kun je die voorleggen aan Thea of een van de andere projectgroepleden.

Alvast bedankt voor jullie medewerking!



met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Marielle Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

Verzonden: 04 april 2011 17:39

Onderwerp: RE: project Medicatieveiligheid.meting

Vandaag is de meting met de checklist afgesloten!

We bedanken jullie hartelijk voor jullie inzet en medewerking en hopen dat de paaseitjes hebben gesmaakt!

Binnenkort komt er weer een nieuwsbrief uit waarin we je weer informeren over de stand van zaken rondom het project.

Nogmaals bedankt en...Vrolijk Pasen!



met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Marielle Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

Nieuwsbrief 3

Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID" **NIEUWSBRIEF 3 dd. 28-04-2011**

Middels deze nieuwsbrief willen wij als projectgroep Medicatieveiligheid jullie informeren over waar we de afgelopen tijd mee bezig zijn geweest en over de huidige stand van zaken.

Na de zgn. "Geeltjesmeting" is er nóg een onderzoek naar het medicatieproces op Ouderenzorg 1 uitgevoerd. Dit was in de vorm van een Checklist waarbij gedurende 10 dagen door de verpleegkundigen bij iedere dienst een aantal vragen geturfd is.

Deze vragen hadden betrekking op de wijze, de verantwoordelijkheden en het vastleggen van gegevens van/bij medicatietoediening.

Ook hier is door het verpleegkundigteam weer hard aan meegewerkt, waarvoor natuurlijk onze hartelijke dank! Op dit moment zijn we alle gegevens die bij de onderzoeken zijn verzameld aan het analyseren, en zijn we bezig de afgelopen oriëntatiefase vast te leggen in het projectverslag. Hieruit zullen uiteindelijk een aantal verbeterpunten komen. Met deze verbeterpunten gaan we ná de zomervakantie aan de slag.

Dus... rust in de zomervakantie extra goed uit zodat we er daarna met z'n allen flink tegenaan kunnen gaan!!!
Fijne vakantie!



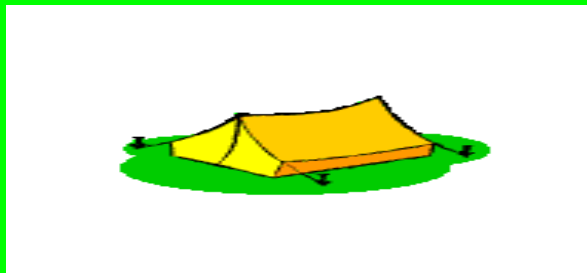
met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Nieuwsbrief 4

Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID" **NIEUWSBRIEF 4 dd. 20-07-2011**

Middels deze nieuwsbrief willen wij als projectgroep Medicatieveiligheid jullie informeren over waar we de afgelopen tijd mee bezig zijn geweest en over de huidige stand van zaken.



Achter de schermen wordt door de projectgroep Medicatieveiligheid hard gewerkt...

met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Mariëtte Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID"



NIEUWSBRIEF 5 dd. 15-08-2011

Middels deze nieuwsbrief willen wij als projectgroep Medicatieveiligheid, jullie informeren over waar we de afgelopen tijd mee bezig zijn geweest en over de huidige stand van zaken.

Nu de zomervakantie bijna voorbij is, willen we je middels deze nieuwsbrief weer bijpraten over de stand van zaken van het project.

Uit de oriëntatiefase van de afgelopen maanden, waarin we verschillende onderzoeken hebben gedaan zoals de geeltjesmeting, de checklist en literatuuronderzoek, zijn een aantal verbeterpunten naar voren gekomen.

Uit deze verbeterpunten zijn er, in overleg met de teamleiders Jan van Wagenberg en Sandra Petersen, twee verbeterpunten geselecteerd om te gaan implementeren op Ouderenzorg 1. Deze verbeterpunten zijn:

1. Een klinische les t.b.v. deskundigheidsbevordering en bewustwording bij het team van Ouderenzorg 1 t.a.v. medicatietoediening.
2. Een stroomschema t.b.v. het malen van medicatie.

Het doel van de implementatie van deze verbeterpunten is om de toedieningsfouten op Ouderenzorg 1 te verminderen.

Hiermee zijn we gestart met het tweede deel van ons afstudeerproject, namelijk de Implementatiefase. In deze implementatiefase zullen de bovengenoemde verbeterpunten op Ouderenzorg 1 worden geïmplementeerd.

We zijn nu bezig met de verdere uitwerking van deze verbeterpunten in het implementatieplan.

We houden je op de hoogte over de implementatie-activiteiten van de komende periode. We zullen de hulp van het team van Ouderenzorg 1 bij deze activiteiten weer hard nodig hebben!

We hopen het project op Ouderenzorg 1 medio november af te ronden.

De projectgroep hoopt op net zo veel inzet en enthousiasme van het team van Ouderenzorg 1 en andere betrokkenen, als we in de afgelopen oriëntatiefase hebben mogen ervaren!

Alvast bedankt!



met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Mariëlle Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID"



NIEUWSBRIEF 6 dd. 16-09-2011

Middels deze nieuwsbrief willen wij als projectgroep Medicatieveiligheid, jullie informeren over waar we de afgelopen tijd mee bezig zijn geweest en over de huidige stand van zaken.

Op 13 september jl. heeft het team van Ouderenzorg 1 een klinische les bijgewoond over medicatietoediening en over het malen van medicatie in het bijzonder. Hierin kwamen o.a. de richtlijnen voor toediening en de wetgeving met betrekking tot medicatietoediening aan de orde. Tijdens de klinische les werd ook een stroomschema voor het malen van medicatie geïntroduceerd. Dit stroomschema is door de HBO-V projectgroep zelf ontwikkeld. Het is door drie artsen van Ouderenzorg 1 en door een apotheker van ZALV goedgekeurd.

In dit papieren document zijn de stroomschema's voor de meest voorkomende medicatie op Ouderenzorg 1 gebundeld. Hierbij wordt per medicijn aangegeven of de medicatie wel of niet gemalen mag worden. Het document bevat ook een beslisboom of er aan alle voorwaarden voor het mogen malen van de medicatie is voldaan.

Na de klinische les is het team gestart met een geeltjesmeting en krijgt men ter afsluiting en evaluatie van het project nog een vragenlijst voorgelegd.

Op 1 november wordt tijdens het verpleegkundig werkoverleg de projectperiode op Ouderenzorg 1 afgesloten.

Hierna gaat de projectgroep zich verder richten op het completeren van het afstudeerverslag.

Over de eindresultaten van het afstudeerproject Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 wordt u op een later tijdstip middels een nieuwsbrief geïnformeerd.

Wij bedanken het team van Ouderenzorg 1 wederom voor hun actieve deelname aan het project!

met vriendelijke groet,

HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

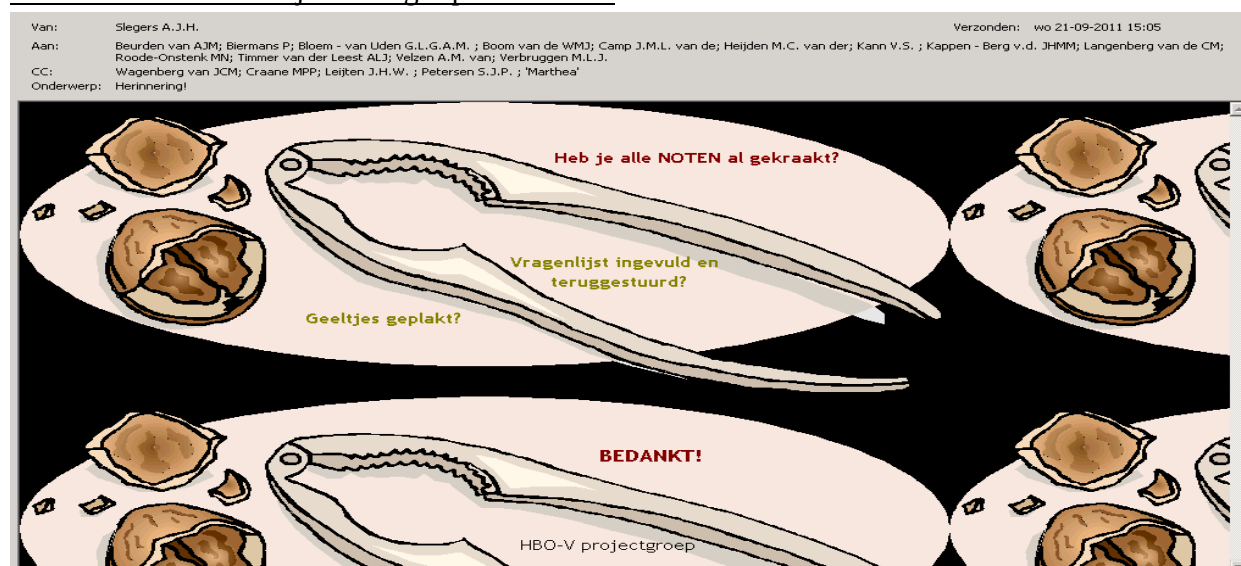
Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Mariëlle Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

Nieuwsbrief Extra: Geeltjesmeting september 2011



Projectgroep "MEDICATIE VEILIGHEID"



NIEUWSBRIEF 7 dd. 01-11-2011

Middels deze nieuwsbrief willen wij als projectgroep Medicatieveiligheid, jullie informeren over waar we de afgelopen tijd mee bezig zijn geweest en over de huidige stand van zaken.

Met deze brief wordt het afstudeerproject Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 afgesloten.

Het project is voorspoedig verlopen, mede door de enthousiaste inzet van het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1!

De onderzoeksvraag was in eerste instantie gericht op de vraag hoe de stand van zaken m.b.t. Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 aan het begin van het project was, en hoe deze zo nodig verbeterd kon worden.

Middels literatuuronderzoek en het toepassen van verschillende onderzoeksmethoden (o.a. geeltjesmetingen en vragenlijsten), heeft het project zich uiteindelijk gericht op het verbeteren van de medicatietoediening en met name het malen van medicatie.

Hiertoe heeft de projectgroep een tweetal kwaliteitsverbeteringen op de afdeling geïmplementeerd namelijk,

- 1.een klinische les voor het team van Ouderenzorg 1 ten behoeve van de deskundigheidsbevordering en bewustwording ten aanzien van de medicatietoediening
- 2.maken van een stroomschema t.b.v. het malen van medicatie, ter naslagwerk voor ondersteuning in de dagelijkse praktijk

Uit onderzoek naar de resultaten van de implementatie van deze twee kwaliteitsverbeteringen, blijkt een duidelijke daling in medicatiefouten en een toename van de deskundigheid en bewustwording bij de verpleegkundigen op Ouderenzorg 1 t.o.v. de situatie bij de start van het project in februari jl.

De borging van de resultaten van het project en de verdere verbetering van de medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1, is gewaarborgd middels het installeren van een werkgroep Medicatieveiligheid. Deze werkgroep bestaat uit een aantal verpleegkundigen van Ouderenzorg 1.

Hiermee kunnen we concluderen dat de doelstelling van ons afstudeerproject ruimschoots is behaald, en het afstudeerproject succesvol is verlopen!

Wij willen hierbij iedereen hartelijk bedanken voor de getoonde belangstelling voor ons afstudeerproject!

Met vriendelijke groet,



HBO-V projectgroep Medicatie veiligheid:

Thea v.d. Boom: tel: 7144 / mail: BoomWMJ

Hanny Leijten: tel: 7143 / mail: LeijtJHW

Mariëlle Craane: tel: 7210 / mail: CraaMPP

Conny Slegers: tel: 7147 / mail: SlegAJH

PowerPoint presentatie van de klinische les.

KLINISCHE LES
MEDICATIETOEDIENING
(in het bijzonder: het malen van medicatie)



13 september 2011
13.30-16.00 uur
Voor: team Ouderenzorg 1, GGZ Regio Oss
Door: HBO-V afstudeergroep



Hanny Leijten
Mariëtte Craane
Thea van den Boom
Conny Slegers



AGENDA

- Introductie
- Medicatie
- Medicatieproces: →voorschrijven
 - levering
 - uitzetten
 - toedienen

Pauze: 14.30 - 14.45

- Malen van medicatie
- Stroomschema
- Afsluiting: ca. 16.00 u

INTRODUCTIE

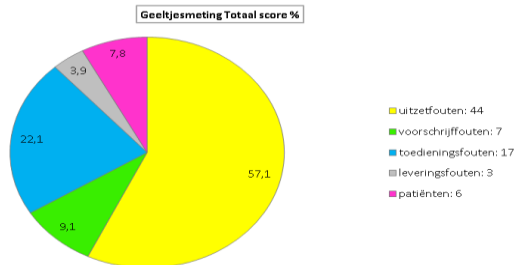
Waarom een klinische les over medicatietoediening?

1. resultaten onderzoeken op Ouderenzorg 1: o.a. geeltjesmeting, vragenlijst
2. literatuuronderzoek:
 - patiëntveiligheid – medicatieveiligheid
 - richtlijnen IGZ/GGZ Nederland
 - richtlijnen toediening
 - wetgeving



Deskundigheidsbevordering en Bewustwording

Introductie: RESULTATEN ONDERZOEK



Introductie: LITERATUURONDERZOEK

Literatuur:

- Richtlijnen toediening: verderop in klinische les
- Wetgeving: WGBB / BOPZ / BIG: verderop in klinische les
- Patiëntenveiligheid / medicatieveiligheid
- Richtlijnen IGZ/GGZ Nederland: inspectierapporten en doelen, veilige zorg, betere zorg

Definities:

Patiëntenveiligheid:

- betekent dat de patiënt geen kans loopt om onbedoeld schade op te lopen wanneer hij zorg krijgt in, of door, een zorginstelling.

Medicatieveiligheid:

- alle activiteiten die zijn gericht op het juist voorschrijven en afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen.
- medicatieveiligheid is onderdeel van patiëntenveiligheid.
- medicatiefouten: Elke fout in het proces van voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen ongeacht of hierbij schade is opgetreden.

Introductie: LITERATUURONDERZOEK

Medicatieveiligheid

- In het medicatieproces kan veel fout gaan – of bijna fout gaan.
- Meeste fouten worden gemaakt tijdens het voorschrijven en het toedienen van medicijnen.
- Door verkeerd medicijngebruik belanden er jaarlijks 19.000 mensen in het ziekenhuis.
- Elk jaar komen er zelfs 1.250 mensen door om het leven.
- Eén van de grootste problemen is dat de kans op fouten én de gevolgen ervan worden onderschat.
- Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uit 2006, blijkt dat er binnen de psychiatrie ook veel medicatiefouten op de werkvloer worden gemaakt...



Introductie: LITERATUURONDERZOEK

IGZ en Medicatieveiligheid

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt onder meer toezicht op de veiligheid van het geneesmiddel en op de veilige toepassing ervan: de medicatieveiligheid.
- De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van normen voor medicatieveiligheid ligt bij het veld; zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten moeten samen uitmaken wat verantwoorde zorg is.
- Een doelstelling van de IGZ in 2010 was o.a. dat de patiëntveiligheid binnen de GGZ hoge prioriteit zou krijgen en verbeterd werd
- De inspectie gaat GGZ-instellingen en verslavingszorginstellingen bezoeken om te bekijken wat de belangrijkste risicofactoren en knelpunten in de medicatieketen zijn.
- De inspectie zal aangeven welke interventies nodig zijn om het aantal fouten te verminderen.

Introductie: LITERATUURONDERZOEK

Vervolg IGZ:

- Verbeteren patiëntveiligheid in het actieplan “voorkom schade, werk veilig”: afspraken om vanaf 2008, in vijf jaar tijd het aantal gevallen van onbedoelde, vermijdbare schade en overlijden met 50 procent te verminderen.
 - Dit moet worden bereikt door in alle ziekenhuizen een Veiligheidsmanagementsysteem en verbeteracties te introduceren. Er zijn 10 thema's geselecteerd waarop specifieke verbeteracties worden ingezet. Een hiervan is het voorkomen van medicatie gerelateerde fouten.
- **EVS: Elektronisch Voorschrift Systeem → verplicht per 1 januari 2012**

GGZ Nederland

- Patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008-2011.
 - Onderdeel is programma 'Veilige zorg, leders zorg': o.a. medicatieveiligheid
- ontwikkeling richtlijn 'Medicatieoverdracht'

MEDICATIE

- **Wat is Medicatie?**

→ 'Behandeling met, voorschrijving van geneesmiddelen' (van Dale).

- **Wat is een Geneesmiddel?**

→ 'Stoffelijk middel tot genezing van ziekten of kwalen' (van Dale).

→ 'Ieder middel om ziekte tegen te werken en genezing te bevorderen of te bewerken' (van Dale).

→ 'Chemisch middel met een therapeutische waarde voor een bepaalde indicatie' (Farmacotherapeutisch Kompas 2011).

MEDICATIEPROCES

- Voorschrijven
- Levering
- Uitzetten
- Toediening

Voorschrijven

- Richtlijn ZALV en GGZ Oost Brabant: Overdracht medicatiegegevens
- Per 1 januari 2012 Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) verplicht

Aandachtspunten voorschrijven o.a.:

- Medicatieopdrachten volledig invullen
- Toedieningsbijzonderheden vermelden op medicatieopdracht (bijv. malen)
- Toedieningsbijzonderheden bespreken met patiënt en vermelden in behandelplan.

Levering

▪ Leveringsprocedure GGZ Oost Brabant / ZALV

- na 12.00 gefaxt: die dag geen medicatie en geen nieuwe deellijsten
→ onoverzichtelijke deellijsten → toename medicatiefouten
- medicatiebakken staan bij receptie tot transport naar afdeling
→ verantwoordelijkheid receptioniste → veiligheid?

Recent opgericht: Commissie Farmadistributie:

- bewaken en bevorderen van de farmaceutische zorg en medicatieveiligheid in het algemeen en de farmaceutische distributie in het bijzonder; met name ten aanzien van alle aspecten van distributie, opslag, medicatiecontrole en verstrekking van medicatie voor geheel GGZ Oost Brabant.

Uitzetten

- Uitgezet door nachtdienst
- Voor 02.00 's nachts → concentratie
- Onoverzichtelijke deellijsten
- Nachtdienst niet bekend met dagelijkse gang van zaken medicatieproces
- Aansprekcultuur

Toediening

Medicatietoedieningswijzen:

- Oraal: via mond → tablet, dragee, capsule, drank, poeder
- Intraveneus: injectie in een ader
- Intramusculair: injectie in een spier
- Subcutaan: onderhuidse injectie
- Intracutaan: injectie in de huid → mantoux
- Rectaal: via de anus → zetpil, klysma
- Dermaal: op de huid → zalf, crème, lotion, pasta, gel)
- Transdermaal: door de huid → pleister
- via de longen: middelen voor inhalatie
- via de slijmvliezen
- Verstuiving → mondspray, neusspray
- Spoeling → gorgeldrank, mondspoeling, oogwater
- Indruppeling → oogdruppels, neusdruppels, oordruppels

Orale medicatietoediening

Aspecten Orale medicatietoediening:

- A. medicatievorm
- B. de medicatie zelf
- C. invloed van voedsel
- D. het toedientijdstip in relatie tot de maaltijd

A. De medicatie vorm:

- **Tabletten:**
Gewone tabletten vallen onmiddellijk uiteen in de maag en lossen in de maag meteen op, zodat de medicatie meteen vrij kan komen.
Deze tabletten kunnen fijngemalen worden en gemalen toegediend worden.
- **Capsules:**
Er zijn harde en zachte capsules. Harde capsules kunnen veelal gewoon geopend worden, waarna de inhoud gegeven kan worden.
Zachte capsules zijn volledig gesloten en bevatten een vloeistof. De capsule kan in warm water opgelost worden.
- **Vloeibare toedieningsvormen** (dranken en suspensies):
Vloeibare toedieningsvormen verdienen de voorkeur bij toepassing via de sonde.
Als medicatie niet geschikt is om fijngemalen te worden en er geen geschikt alternatief in de handel is, kan de apotheek in sommige gevallen een drank bereiden.
- **Medicatie met een gereguleerde afgifte:**
Medicatie met een gereguleerde afgifte geven de werkzame stof gedurende langere tijd gelijkmatig af. De tabletten bevatten soms het gelijkwaardige van twee à drie van de normale doses van de medicatie. Het aantal doseringen per dag kan zo aanzienlijk worden teruggebracht.
Wanneer deze tabletten of capsules fijngemalen worden, gaat het vertraagde afgiftesysteem verloren. De totale hoeveelheid medicatie komt dan in een keer beschikbaar voor absorptie in de bloedbaan en daardoor kunnen er toxische effecten ontstaan, en de duur van de werking van de medicatie neemt af.

- **Medicatie met een Maagsapresistente coating:**
Er zijn tabletten en capsules die een maagsapresistente coating hebben.
Deze tabletten en capsules zijn bedoeld om de maag te passeren zonder daar uiteen te vallen.

Dit kan twee verschillende redenen hebben:

1. de medicatie is niet bestand tegen maagzuur en de coating dient als bescherming tegen dit maagzuur.
 2. het maagslijmvlies kan geïrriteerd raken door de medicatie en de coating dient als bescherming van de maagwand.
- Maagsapresistente tabletten en capsules mogen niet fijngemalen worden omdat hier de volgende risico's aan zijn verbonden:
- kans op onderdosering
 - verhoogde kans op gastro-intestinale (maagdarmstelsel) bijwerkingen.

B. De medicatie zelf:

1. risicovolle eigenschappen
2. de smaak van de medicatie
3. gastro-intestinale bijwerkingen
4. binding aan voedingsbestanddelen
5. non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) (ontstekingsremmende medicatie)

1. Risicovolle eigenschappen:

De gezondheidsrisico's van een toxische (giftige) stof worden bepaald door de schadelijke eigenschappen van de stof en door de duur en mate van blootstelling.

Bij het toedienen en gereedmaken van een dergelijk geneesmiddel moet blootstelling zo veel mogelijk vermeden worden.

Er moeten voorzorgsmaatregelen genomen worden zoals het dragen van handschoenen en de poeder zo min mogelijk inademen.

Malen van toxische medicatie brengt dus risico's met zich mee.

Deze risicovolle medicijnen worden onderverdeeld in de volgende groepen:

- Reproductietoxische stoffen: voor de voortplanting giftige stoffen onder andere: antibiotica, benzodiazepinen, hormoonpreparaten, lithium en anti-epileptica.
- Kankerverwekkende stoffen: onder andere cytostatica
- Mutagene stoffen: stoffen die schade veroorzaken aan het erfelijk materiaal in de geslachtscellen
- Sensibiliserende stoffen: veroorzaken overgevoeligheid, d.w.z. een allergische reactie onder andere antibiotica

2. De smaak van de medicatie:

De slechte smaak van medicatie kan een probleem zijn bij het vermalen van tabletten en/of openen van capsules. Vaak betekent een slechte smaak een bittere smaak. Men kan deze bittere smaak verhullen in een zoet product bijvoorbeeld appelsap, appelmoes of een zoete siroop.

3. Gastro-intestinale bijwerkingen:

Verscheidene soorten medicatie kunnen aanleiding geven tot maagklachten. In sommige gevallen wordt dan medicatie voorgeschreven in een speciale maagsapresistente vorm en in andere gevallen wordt er een specifiek toedieningsadvies gegeven bijvoorbeeld "Tijdens de maaltijd innemen". Bij lichte maagklachten kan een niet lege maag voldoende zijn om gastro-intestinale bijwerkingen te voorkomen.

4. Binding aan voedingsbestanddelen:

Sommige soorten medicatie hebben een interactie met voedingsbestanddelen en worden daardoor minder goed opgenomen. Daarom is het belangrijk dat de apotheek vermeld "Niet tegelijkertijd toedienen met voeding".

5. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) (ontstekingsremmende medicatie):

Deze ontstekingsremmende medicatie geeft vaak aanleiding tot maagklachten, zowel door directe inwerking op de maagwand als door systemische (via de bloedbaan) effecten (ook zetpillen kunnen aanleiding geven tot maagklachten). Om het effect van de directe inwerking op het maagslijmvlies te voorkomen kan men gebruik maken van de volgende mogelijkheden;

- een tablet met een maagsap resistente coating,
- kiezen voor een andere toedieningsweg,
- inname tijdens of vlak na de maaltijd,
- inname met voldoende water waardoor snellere maagpassage en opname,
- inname als bruistablet op lege maag om een goede en snellere absorptie en een korte contacttijd van het geneesmiddel met het maagslijmvlies.

C. Invloed van voedsel:

Voedsel kan op verschillende manieren de opname van medicatie beïnvloeden.

Voedsel vertraagt de opnamesnelheid van medicatie. Het effect van voedsel op de beschikbaarheid van medicatie varieert, dit is afhankelijk van de eigenschappen van de medicatie.

Hoe meer water er gedronken wordt, hoe sneller en beter de medicatie wordt opgenomen.

D. Het toedientijdstip in relatie tot de maaltijd:

Het juiste toedientijdstip ten opzichte van de maaltijd is afhankelijk van:

- het effect van voedsel en vloeistof op opname en opnamesnelheid van het geneesmiddel in het maag-darmkanaal
- de eventuele bijwerkingen van het medicijn, zoals misselijkheid, irritatie of beschadiging van het maagdarmslijmvlies.

In de praktijk wordt medicatie vaak tijdens de maaltijd ingenomen. Redenen hiervoor kunnen zijn

- het verminderen op het risico van maag-darmklachten,
- een vermindering van het first-pass effect, een langzame, geleidelijke opname van de medicatie.
- Daarnaast is het tijdstip van inname makkelijk te onthouden.

➤ Er is ook medicatie die op nuchtere maag ingenomen moeten worden, omdat de opnamesnelheid van groot belang is. Het betreft hier onder andere: sotalol, penicilline en levothyroxine. Het innemen van dit soort medicatie op nuchtere maag kan maagdarmproblemen veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is acetylsalicylzuur, dat in water opgelost moet worden en een half uur voor de maaltijd ingenomen moet worden.

➤ Er is ook medicatie die niet tegelijkertijd met voedsel ingenomen mag worden. Dit moet dan expliciet vermeld worden.

Vragen?

MALEN VAN MEDICATIE: STOF TOT NADENKEN...

- Het malen van medicatie is niet altijd verantwoord.
- In zorginstellingen ontstaat gemakkelijk een “maalcultuur” waarbij onbewust risico’s voor medicatieveiligheid ontstaan.
Een “maalcultuur” uit zich in het op grotere schaal dan nodig is - en vaak zonder goede toetsing – verstrekken van gemalen medicatie.
- Uit Nederlands onderzoek blijkt dat zestig procent van de tabletten in een verpleeghuis wordt gemalen. Uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2010) blijkt dat in dertien van de zesenvoertig onderzochte verpleeghuizen de medicatie wordt gemalen zonder schriftelijke opdracht of instemming van de arts.
- Voor een goede farmacotherapie kan malen van medicatie noodzakelijk zijn. Belangrijk is dat medicatie alleen gemalen wordt wanneer er geen alternatieven mogelijk zijn. Daarbij moeten de mogelijke risico’s voor patiënt en toediener geminimaliseerd worden. De manier van malen verdient dan grote aandacht. Een goede procedure van medicatie malen kan de medicatieveiligheid verbeteren.
- Gemalen medicatie mag nooit toegediend worden zonder dat de patiënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger) daarover is geïnformeerd.

PAUZE



MALEN VAN MEDICATIE

- Malen van medicatie gebeurt in situaties waarin de patiënt de medicatie niet meer kan of wil slikken.
- Na malen wordt medicatie gemengd met halfvaste voeding
- Risico's bij het malen van medicatie zijn:
 - verminderde beschermende werking van medicatie
 - veranderde werking van medicatie
 - verontreiniging door niet goed schoongemaakte hulpmiddelen
 - kans op verwisselen van medicatie
 - interacties met voedingsmiddelen
 - gevaren voor maler zelf
 - het veranderen van smaak van voeding

Richtlijn: Landelijke instructie VTGM

VTGM: Voor Toediening Gereed Maken

(opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) in samenwerking met de Werkgroep Infectiepreventie (WIP))

Richtlijnen voor:

1. Voorwaarden fijnmalen van tabletten
2. Medicatieopdracht door arts/voorschrijver
3. Apotheek
4. Uitvoering

1. Voorwaarden fijnmalen van tabletten:

- Arts schrijft het fijnmalen van tabletten alleen voor indien er geen alternatieven zijn
- Uitvoerder maalt alleen tabletten fijn indien hiervoor een schriftelijke opdracht is
- Management stelt eisen op waaraan de tablettenvermaler moet voldoen en controleert jaarlijks of het apparaat nog voldoet aan deze eisen
- Management zorgt voor een procedure voor het periodiek schoonmaken van de tablettenvermaler
- Management en apotheker zorgen voor een naslagwerk waarin informatie is opgenomen over de meest gebruikte tabletten, waaronder de mogelijkheid tot fijnmalen.
- Tabletten mogen per patiënt per deelronde tegelijkertijd worden fijngemalen, tenzij de apotheek anders aangeeft
- Apotheek zorgt dat tabletten die niet fijngemalen mogen worden te identificeren zijn.
- Management maakt in overleg met de apotheek keuze voor halfvaste voeding (bijvoorbeeld appelmoes) die standaard bij elke patiënt wordt gebruikt voor de toediening van fijngemalen tabletten. Bij voorkeur wordt geen gebruik gemaakt van zuivelproducten in verband met mogelijke interactie.
- Eerstverantwoordelijke verzorgende vermeldt voedselallergieën en smaakvoorkeur patiënt in het dossier.

4. Uitvoering:

▪ Benodigdheden:

- medicatieopdracht of medicatie- deellijst
- voorgeschreven tablet(ten) die fijngemalen mag/mogen worden
- tablettenvermaler: vijzel, Pill Mill, verpulveraar
- eventueel medicijnbekertje
- appelmoes

▪ Voorbereiding:

- Lees op medicatie-deellijst dat medicatie fijngemalen moet worden
- Overleg met de apotheek indien er twijfel is of een tablet fijngemalen mag worden
- Pak benodigdheden
- Pak juiste tablet(ten)
- Controleer of elke tablet overeenkomt met opdracht op medicatie-deellijst

▪ Handeling:

- Pas handhygiëne toe.
- Haal tablet(ten) uit verpakking. Let op: als een tablet op de grond is gevallen mag deze niet meer gebruikt worden
- Doe tablet(ten) in tablettenvermaler
- Maat tablet(ten) fijn tot poedervorm
- Breng zo nodig totale hoeveelheid poeder over in medicijnbekertje
- Vermeng fijngemalen tablet(ten) met kleine hoeveelheden appelmoes in sandwich-vorm:
laagje voedsel- laagje fijngemalen medicatie - laagje voedsel (ter voorkoming van verslikken in de poeder)
- Bij voorkeur zou elke tablet apart gemalen moeten worden. Uit praktische overwegingen kan echter gekozen worden voor het gelijktijdig fijnmalen van tabletten
- Kleine hoeveelheden appelmoes om te voorkomen dat de patiënt de appelmoes en daarmee de medicatie niet meer wil innemen
- Spoel de tablettenvermaler goed schoon met water en droogt deze met een papieren handdoek of schone theedoek.

WETGEVING

- WGBO
- BOPZ
- EHRM
- BIG

WGBO

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO):

De rechten en plichten van patiënten en hulpverleners (bijvoorbeeld een huisarts, tandarts of specialist) zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). In de WGBO staan allerlei rechten en plichten die bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen zorgaanbieder en zorgvrager horen.

T.a.v. medicatie toediening betekent dit dat:

een patiënt expliciet toestemming moet geven voor een behandeling (dus ook voor het malen van medicatie) nadat hij daar goed door de arts over is geïnformeerd.

Een en ander wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst.

EHRM

Het recht op Autonomie

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft het recht op persoonlijke autonomie erkend (2007).

Het recht op autonomie is het recht of de mogelijkheid van een mens of patiënt om zelf te bepalen wat er met hem/haar gebeurt.

Autonomie en zelfbeschikking zijn volgens het Hof belangrijke aspecten van het privé-leven van personen, meer in het bijzonder met betrekking tot hun fysieke en sociale identiteit, en vormen ten aanzien van de gezondheidszorg de grondslag om een medische behandeling te weigeren.

De op de individuele zelfbeschikking gebaseerde Nederlandse patiëntenrechten gaan ervan uit dat iedere patiënt voor zichzelf bepaalt welke zorg bij hem past.

T.a.v. medicatie toediening betekent dit dat:

Deze keuzevrijheid ook inhoudt dat zorg mag worden geweigerd, dat mag worden gekozen voor alternatieve zorg en dat (reguliere) gezondheidsadviezen mogen worden genegeerd.

BIG

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

De Wet BIG richt zich op de individuele beroepsbeoefenaar die beroepsmatig handelt. Daar valt ook de verpleegkundige onder.

De Wet BIG is een kwaliteitswet. Dat wil zeggen dat de overheid zich middels deze wet bemoeit met de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Behalve het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening heeft de wet BIG ook als doel om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.

BIG

■ Voorbehouden handelingen

Verpleegkundigen zijn deskundig om een aantal 'voorbehouden handelingen' 'functioneel zelfstandig' uit te voeren. Het gaat hierbij om injecties, puncties en katheterisaties. De arts moet hiervoor wel opdracht aan een (bekwame) verpleegkundige geven (artikel 39).

De voorbehouden handelingen mogen alleen worden uitgevoerd door beroepsbeoefenaren die daartoe bekwaam zijn.

■ Bekwaam

De handeling is geleerd in een opleiding of een vervolgopleiding en de handeling is daarna regelmatig uitgevoerd opdat de bekwaamheid behouden kan worden. Verpleegkundigen bezitten op grond van hun opleiding dus de specifieke deskundigheid om deze handelingen te verrichten. Hiervoor is dan geen toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever (arts of verloskundige) meer nodig.

Dit is ook voor medicatietoediening van toepassing.

■ Bevoegd

Bevoegdheid (van een individueel beroepsbeoefenaar) betekent het bezitten van toestemming om een handeling te mogen verrichten, al dan niet in naam van een andere persoon (bijvoorbeeld een arts).

Wie deze toestemming niet heeft is onbevoegd. Wanneer hij of zij de handeling toch verricht, staan daar sancties op. Bevoegd wordt men door scholing en door het behalen van diploma's.

BIG: TUCHTRECHT

In de wet BIG is ook het tuchtrecht voor de gezondheidszorg geregeld.

In het tuchtrecht staat de kwaliteit van het handelen van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg centraal. Het doel van het tuchtrecht is dan ook de kwaliteit van het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar te bewaken.

Twee tuchtnormen:

1. heeft betrekking op het handelen of nalaten van handelen dat in strijd is met de zorg die een beroepsbeoefenaar in een bepaalde situatie tegenover een individuele patiënt behoort te betrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim.
2. heeft betrekking op handelen of nalaten van handelen door de hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneemregeling en onjuist optreden in de media

Het tuchtcollege kan tuchtrechtelijke maatregelen opleggen.

(waarschuwing, een berisping, een geldboete, een (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar, een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen en het doorhalen van de inschrijving in het register of een combinatie)

STROOMSCHEMA

Een stroomschema:

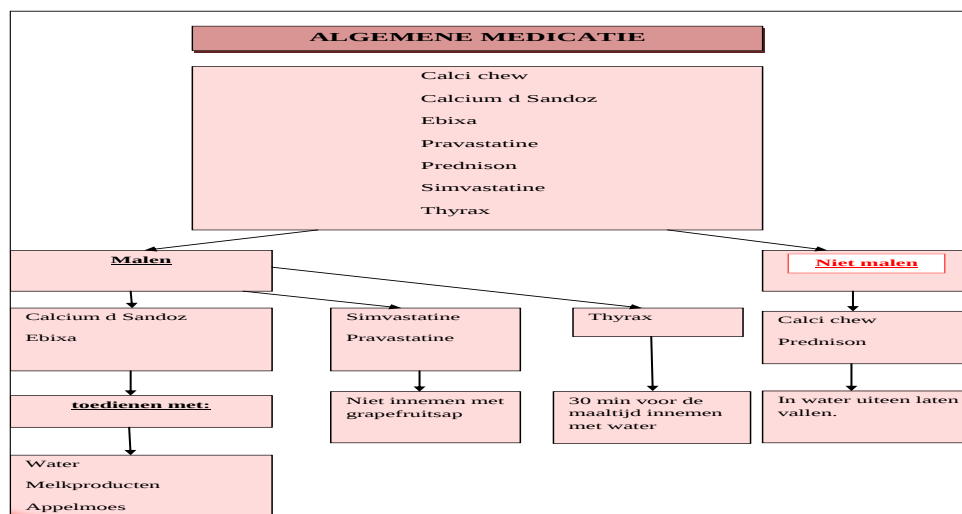
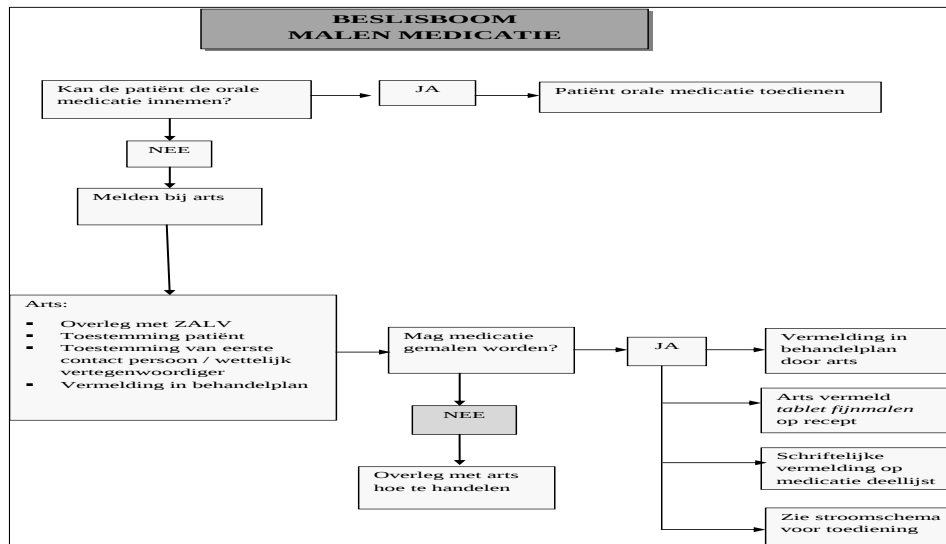
- is een schematische voorstelling van de verschillende fasen van een proces
- een weergave van de feitelijke volgorde waarin die fases plaatsvinden.
- een stroomschema kan ook alternatieven en keuzen inbouwen.

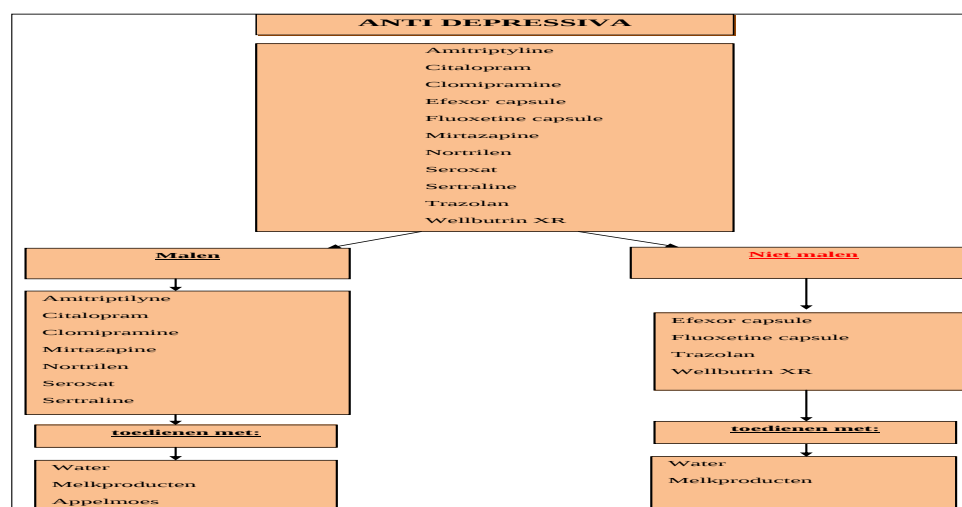
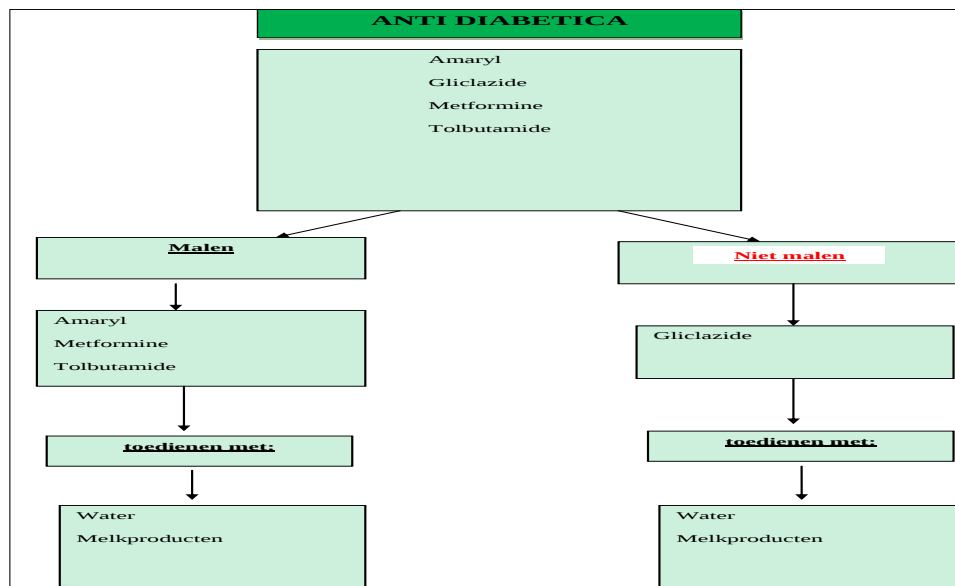
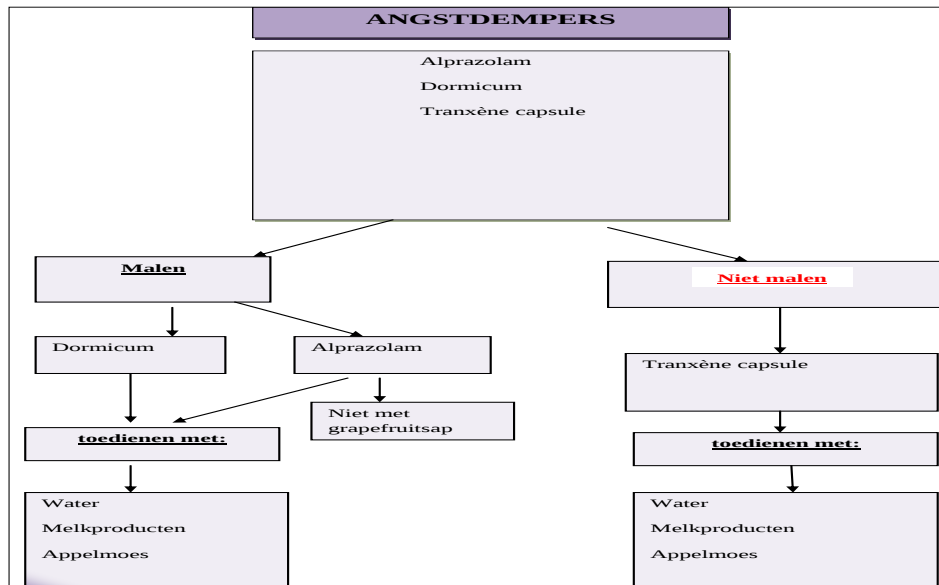
De voordelen van een stroomschema zijn:

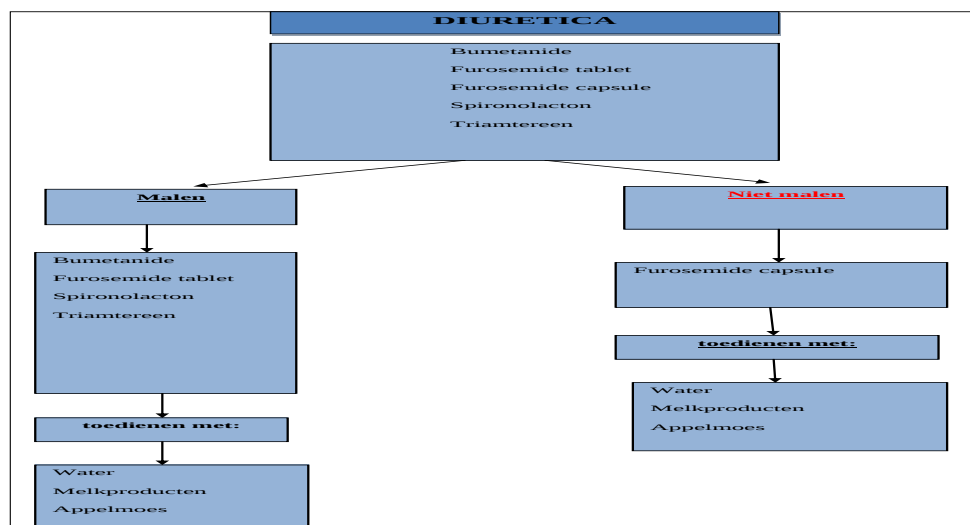
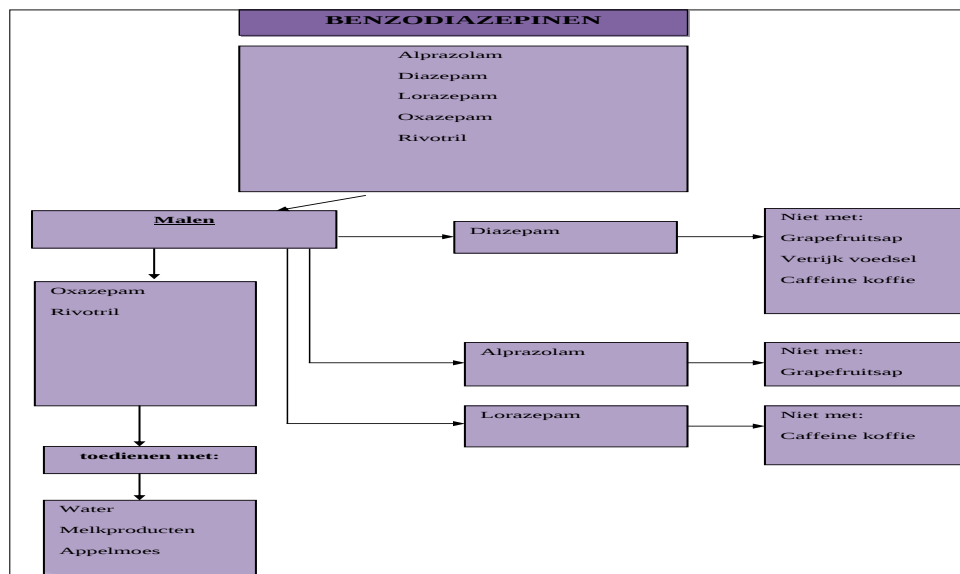
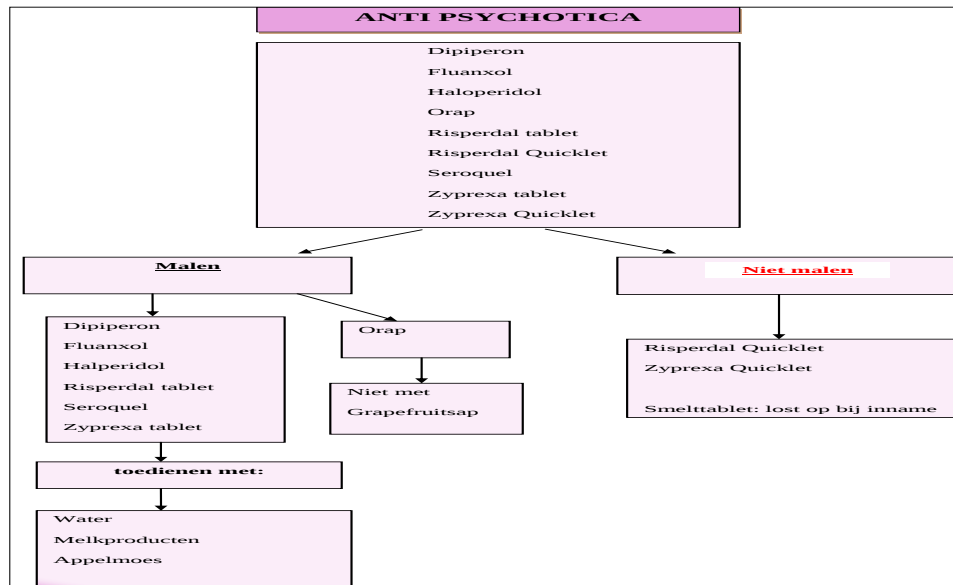
- Verschillende disciplines en verwijzers beschikken over een duidelijk begrippenkader, dat in een systematisch onderling verband is geplaatst.
- Communicatie kan effectiever worden (tussen de verschillende disciplines).

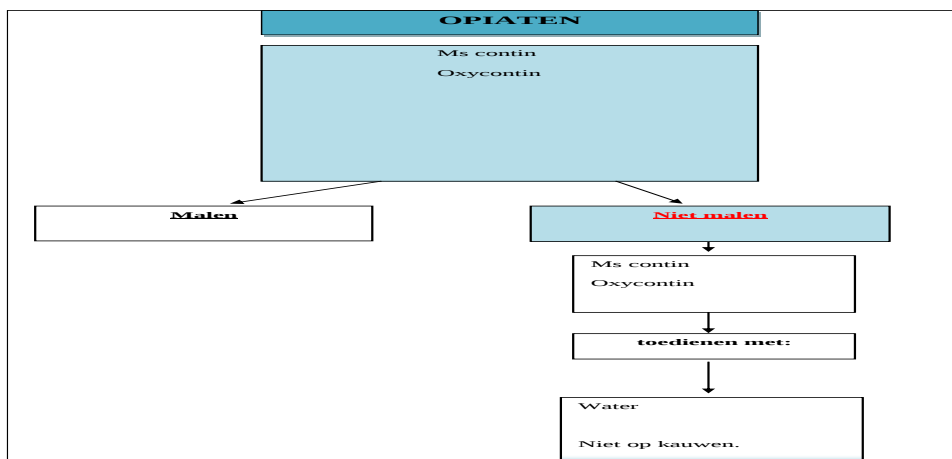
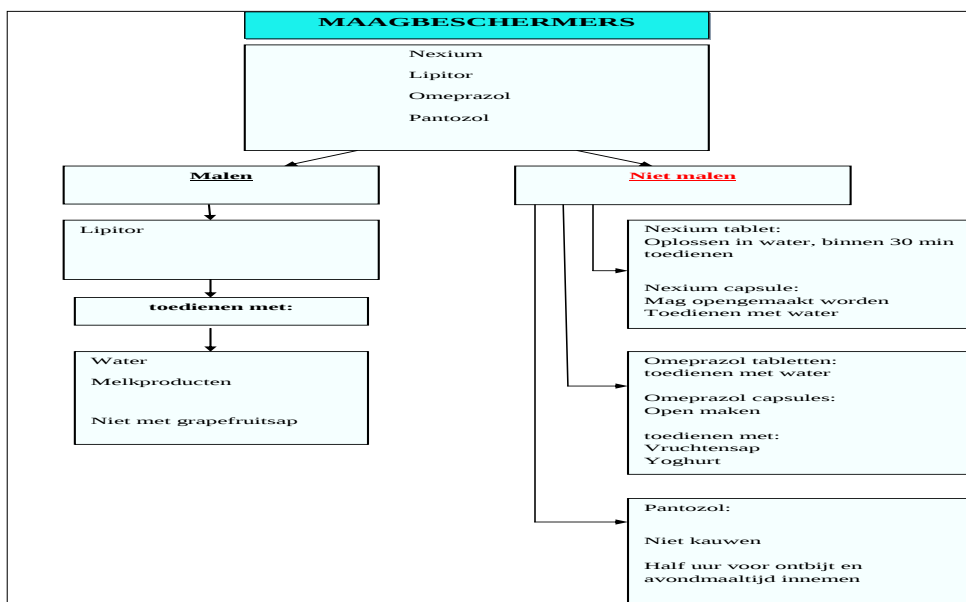
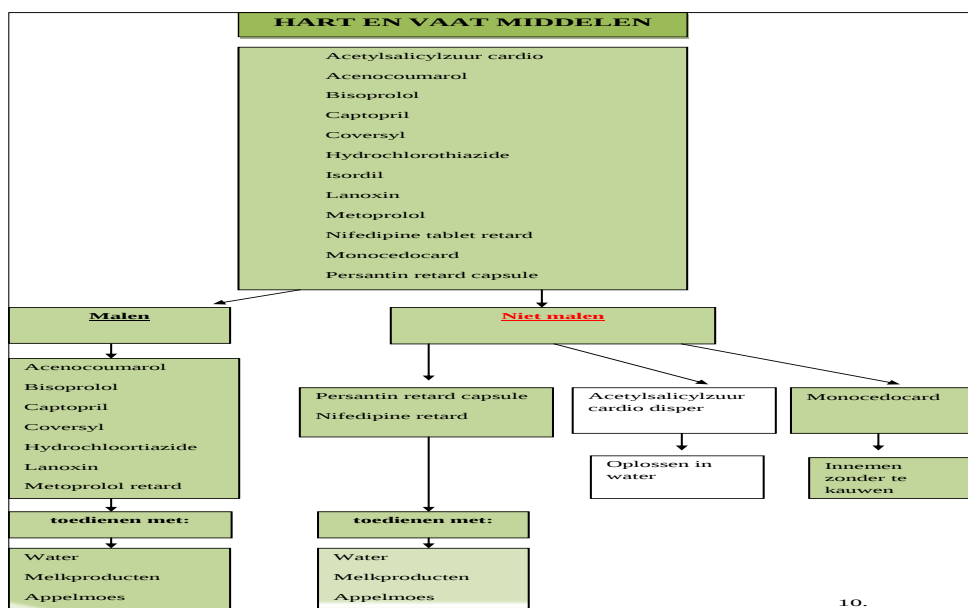
- In het proces van medicatieveiligheid kan een stroomschema gebruikt worden bij het *toedienen* van medicatie en het *malen* van medicatie in het bijzonder.

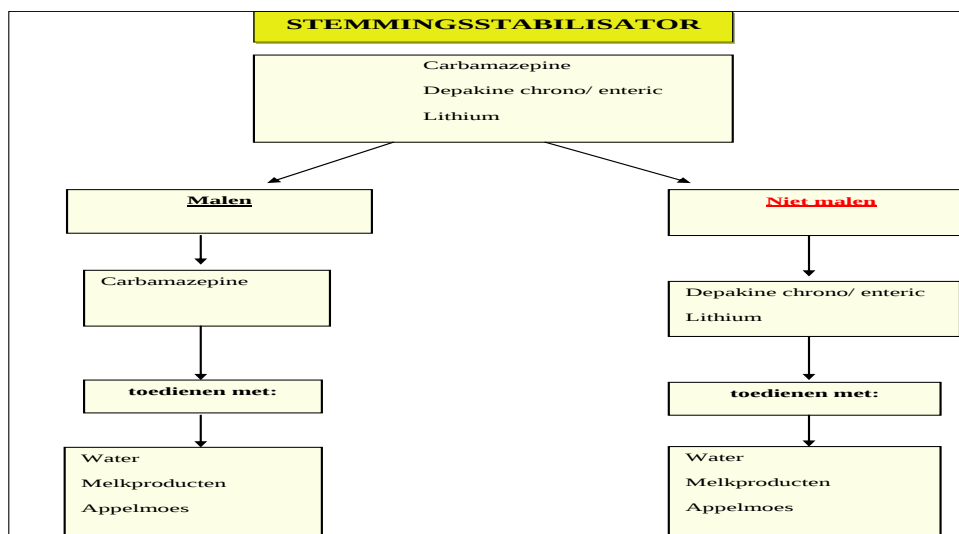
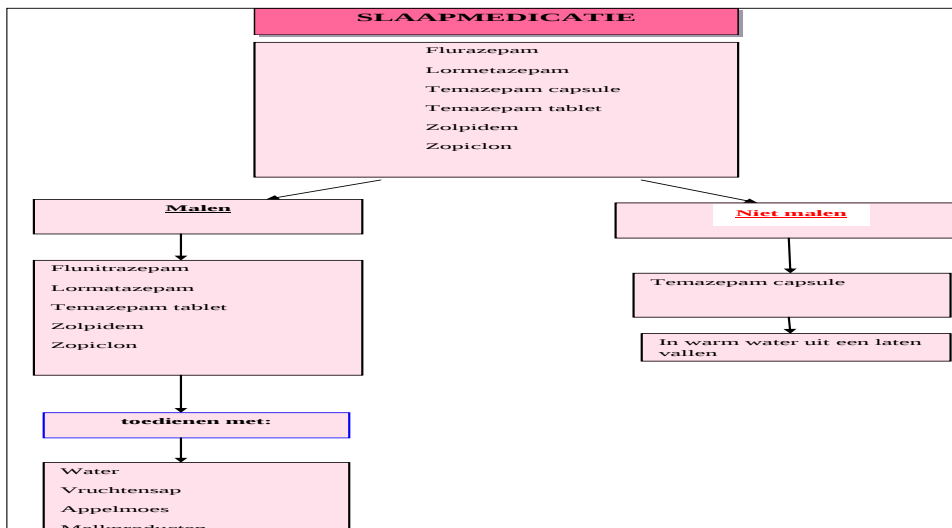
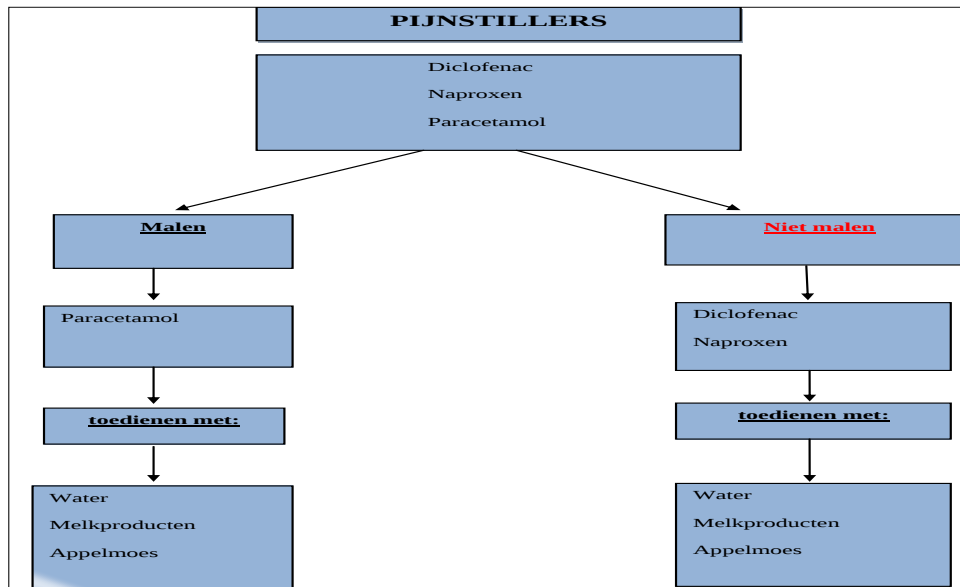
INHOUDSOPGAVE	MEDICIJNGROEP	PAGINA
Beslisboom malen van medicatie		1
MEDICIJNEN OP ALFABET		
Acenocoumarol	Hart en Vaatmiddelen	10
Acetylsalicylzuur cardio	Hart en Vaatmiddelen	10
Alprazolam	Angstdempers	3
Amaryl	Antidiabetica	4
Amitriptyline	Antidepressiva	6
Amoxicilline	Antibiotica	5
Amoxicilline-clavulaanzuur	Antibiotica	5
Azitromychine	Antibiotica	5
Bisoprolol	Hart en Vaatmiddelen	10
Bumetanide	Diuretica	9
Calci chew	Algemene medicatie	2
Calcium d	Algemene medicatie	2
Captopril	Hart en Vaatmiddelen	10
Carbamazepine	Stemmingstabilisator	15
Citalopram	Antidepressiva	6
Clomipramine	Antidepressiva	6
Co-trimoxazol forte	Antibiotica	5
Coversyl	Hart en Vaatmiddelen	10
Dalacin capsule	Antibiotica	5
Depakine chrono/ enteric	Stemmingstabilisator	15
Diazepam	Benzodiazepines	8

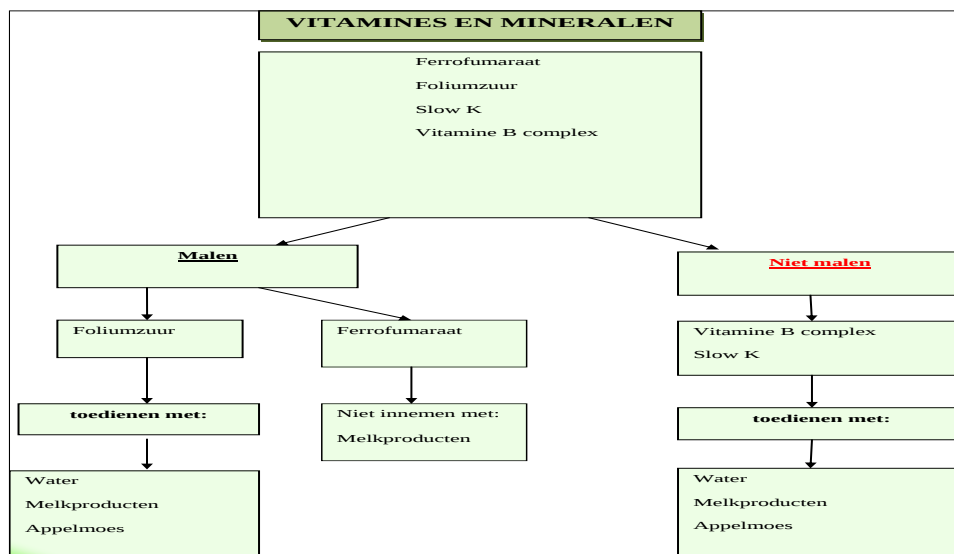












AFSLUITING

Dus nog in het kort:

- Er worden meer medicatiefouten gemaakt dan wij allemaal denken
- IGZ heeft aandacht voor verbetering Patiëntenveiligheid en Medicatieveiligheid
- Medicatie mag niet zomaar gemalen worden
- Er zijn risico's aan het malen van medicatie
- Gemalen medicatie mag nooit toegediend worden zonder dat de patiënt daarover is geïnformeerd
- Malen moet opgenomen zijn in behandelplan
- Verpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor het uitvoeren van hun taken
- Wetgeving: WGBO / BOPZ / EHRM / BIG

HOE VERDER?

14/9:

- Invoeren stroomschema: turflijst voor gebruik
- Start Geeltjesmeting: gedurende 10 dagen

28/9:

- Invullen vragenlijsten en terugsturen binnen één week

01/11

- Resultaat en Afsluiting afstudeerproject in werkoverleg

13/12

- Afstudeerpresentatie project Medicatieveiligheid, de Kluis, Huize Padua, Boekel

Vragen?

Bedankt voor de aandacht!



Oss, 15 augustus 2011

Beste collega,

Hierbij wordt je van harte uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische les op dinsdag 13 september a.s. De bijeenkomst is van 13.30 tot 16.00 uur in kamer 821, GGZ Oss, locatie Arsis.

Het onderwerp van de klinische les is ‘medicatioediening’.

Het doel van de klinische les is deskundigheidbevordering en bewustwording rondom het onderwerp medicatioediening.

De klinische les wordt gegeven door de leden van de projectgroep ‘medicatieveiligheid’, in het kader van hun HBO-V afstudeerproject.

De klinische les wordt in het dienstrooster ingepland en heeft daarom een verplichtend karakter.

Mocht je desondanks toch verhinderd zijn, dan kun je dit bespreken met de teamleider van Ouderenzorg 1, dhr. J. van Wagenberg.

We hopen je graag te ontmoeten op 13 september, want het zal zeker een zeer leerzame bijeenkomst worden!

Namens de afstudeergroep en de teamleiders Jan van Wagenberg en Sandra Petersen,

Met vriendelijke groet,

Conny Slegers

verpleegkundige kliniek volwassenenzorg, Oss

tel. 0412-847147

Stroomschema Medicatie Malen

Ten behoeve van de medicatietoediening op
Ouderenzorg 1, locatie Oss, GGZ Oost Brabant



November 2011

HBO-V Afstudeerproject:
Thea van den Boom
Mariëlle Craane
Hanny Leijten
Conny Slegers

INLEIDING

Dit stroomschema is een product van het HBO-V afstudeerproject Medicatieveiligheid.

Dit project heeft in de periode februari 2011 tot november 2011 plaatsgevonden op Ouderenzorg 1, locatie Oss van GGZ Oost Brabant.

Het doel van het stroomschema is om de verpleegkundigen van Ouderenzorg 1 te ondersteunen bij de juiste toediening van medicatie en bij het malen van medicatie in het bijzonder.

Dit kan de Medicatieveiligheid op Ouderenzorg 1 verbeteren.

We wensen het team van Ouderenzorg 1 veel succes met het verbeteren van de Medicatieveiligheid voor de patiënt en voor zichzelf als individuele professional!

Herziene versie

November 2011

HBO-V Afstudeergroep, traject van 4 naar 5,

Thea van den Boom

Mariëlle Craane

Hanny Leijten

Conny Slegers

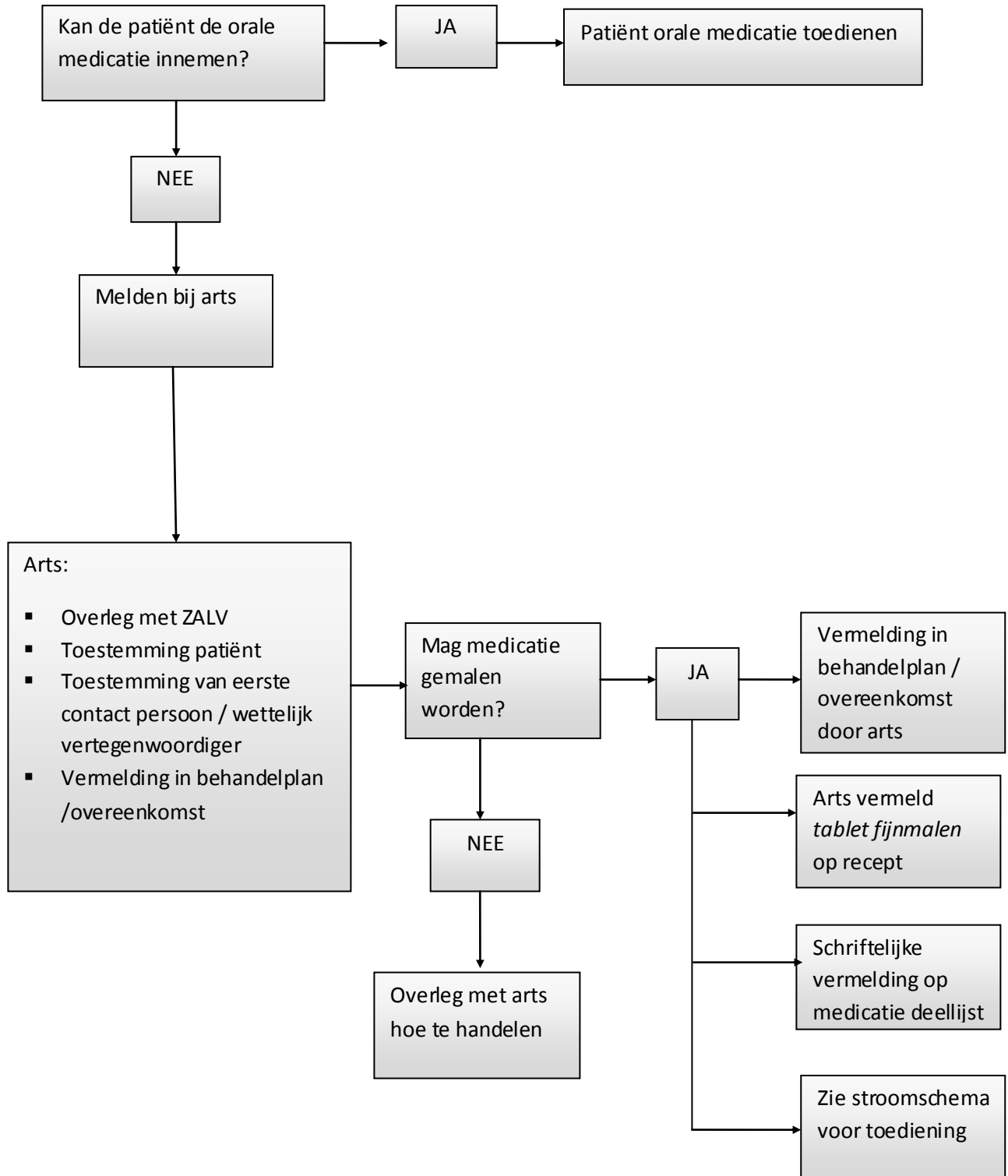
INHOUDSOPGAVE	MEDICIJNGROEP	PAGINA
Beslisboom malen van medicatie		1
MEDICIJNEN OP ALFABET		
Acenocoumarol	Hart en Vaatmiddelen	10
Acetylsalicylzuur cardio	Hart en Vaatmiddelen	10
Alprazolam	Angstdempers	3
Amaryl	Antidiabetica	4
Amitriptyline	Antidepressiva	6
Amoxicilline	Antibiotica	5
Amoxicilline-clavulaanzuur	Antibiotica	5
Azitromychine	Antibiotica	5
Bisoprolol	Hart en Vaatmiddelen	10
Bumetanide	Diuretica	9
Calci chew	Algemene medicatie	2
Calcium d	Algemene medicatie	2
Captopril	Hart en Vaatmiddelen	10
Carbamazepine	Stemmingstabilisator	15
Citalopram	Antidepressiva	6
Clomipramine	Antidepressiva	6
Co-trimoxazol forte	Antibiotica	5
Coversyl	Hart en Vaatmiddelen	10
Dalacin capsule	Antibiotica	5
Depakine chrono/ enteric	Stemmingstabilisator	15
Diazepam	Benzodiazepines	8

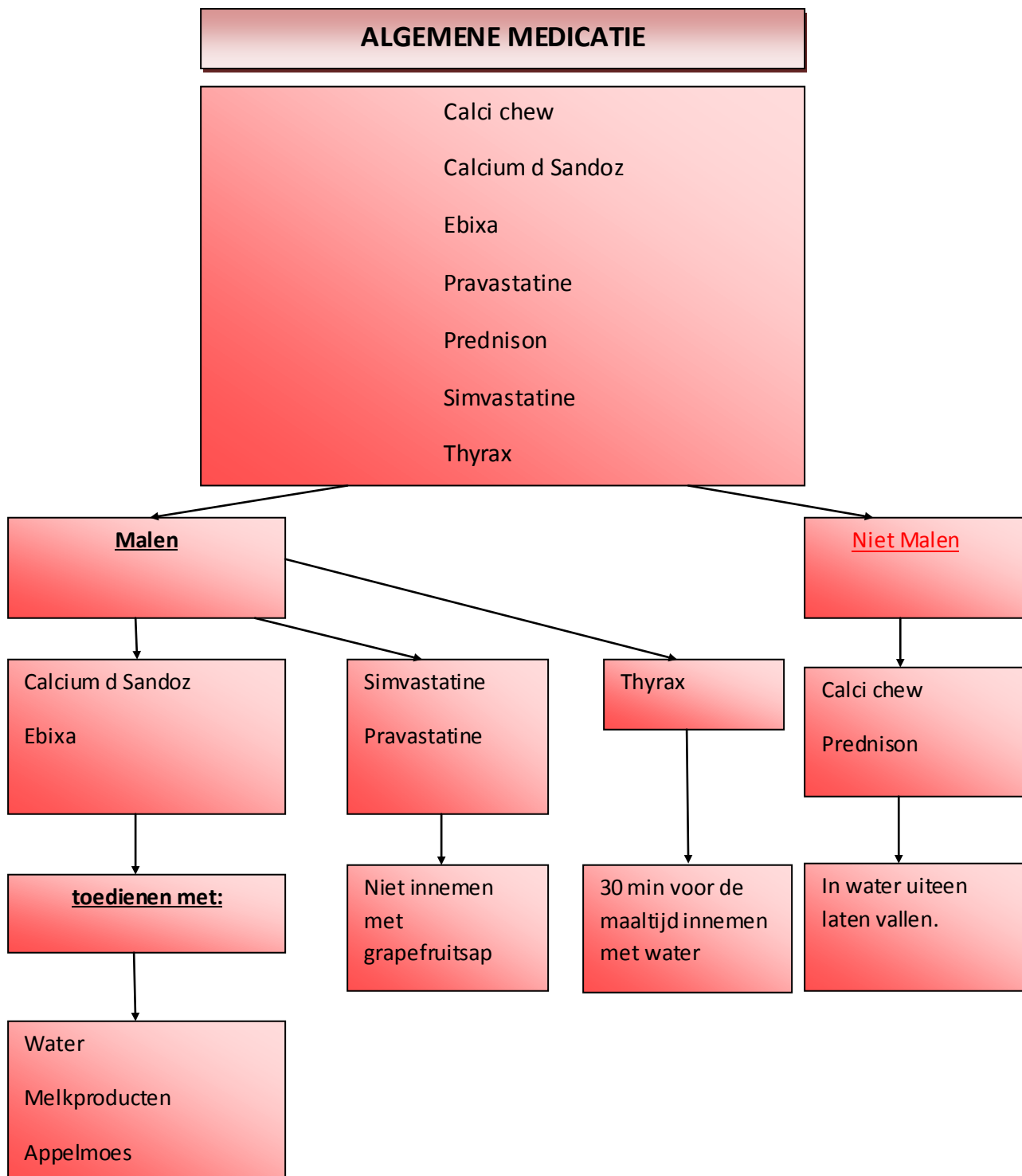
INHOUDOPGAVE	MEDICIJNGROEP	PAGINA
Diclofenac	Pijnstillers	13
Dipiperon	Antipsychotica	7
Dormicum	Angstdempers	3
Doxycycline disper	Antibiotica	5
Ebixa	Algemene medicatie	2
Efexor capsule	Antidepressiva	6
Ferrofumaraat	Vitamines en Mineralen	16
Fluanxol	Antipsychotica	7
Fluoxetine capsule	Antidepressiva	6
Flurazepam	Slaapmedicatie	14
Foliumzuur	Vitamines en Mineralen	16
Furosemide capsule	Diuretica	9
Furosemide tabl	Diuretica	9
Gliclazide	Antidiabetica	4
Haloperidol	Antipsychotica	7
Hydrochloorthiazide	Hart en Vaatmiddelen	10
Isordil	Hart en Vaatmiddelen	10
Lanoxin	Hart en Vaatmiddelen	10
Lipitor	Maagbeschermers	11
Lithium	Stemmingstabilisator	15
Lorazepam	Benzodiazepines	8
Lormetazepam	Slaapmedicatie	14

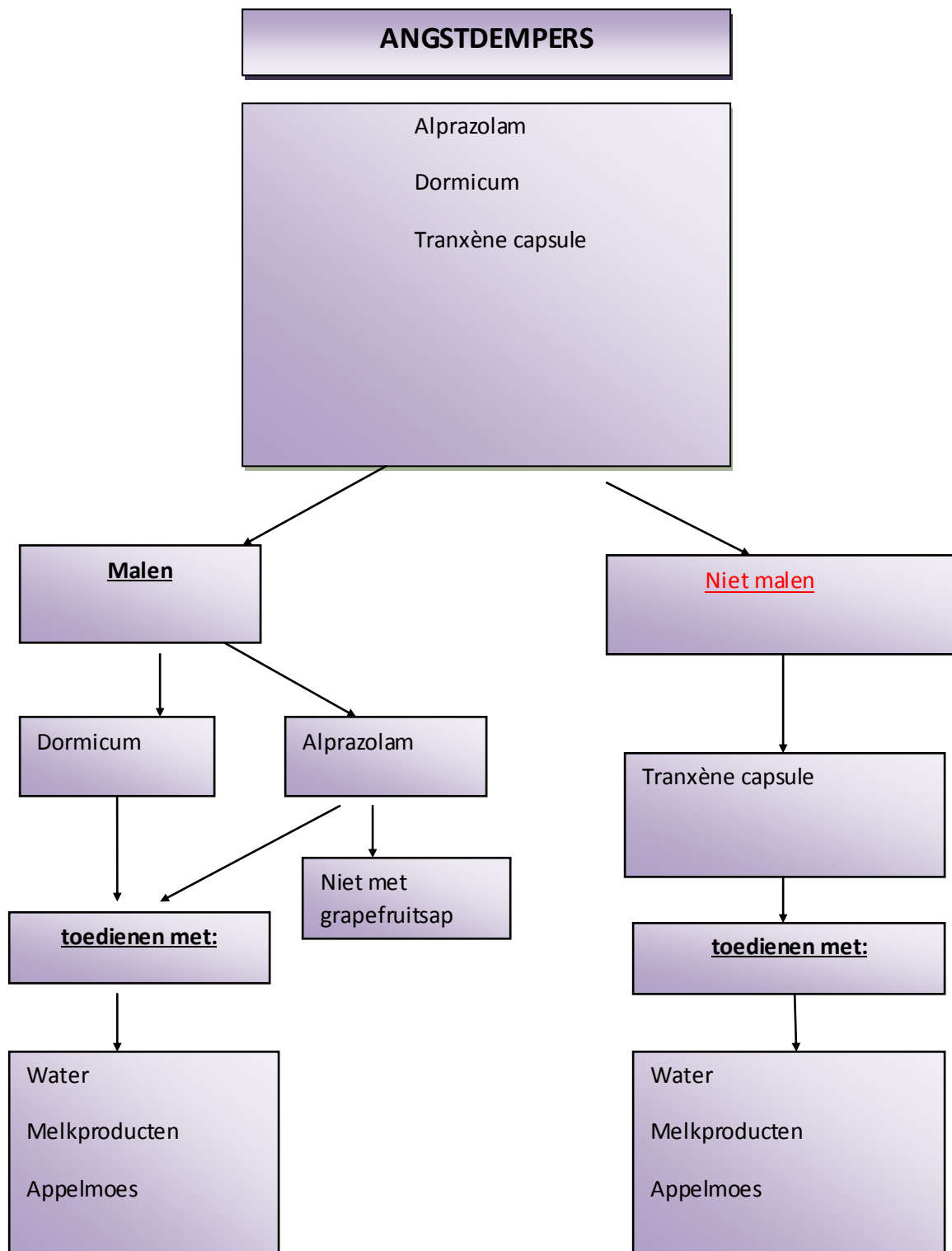
INHOUDOPGAVE	MEDICIJNGROEP	PAGINA
Metformine	Antidiabetica	4
Metoprolol	Hart en Vaatmiddelen	10
Mirtazapine	Antidepressiva	6
Monocedocard	Hart en Vaatmiddelen	10.
Naproxen	Pijnstillers	13
Nexium	Maagbeschermers	11
Nifedipine tabl retard	Hart en Vaatmiddelen	1
Nitrofurantoine furabid capsule	Antibiotica	5
Nitrofurantoine MC Capsule	Antibiotica	5
Nortrilen	Antidepressiva	6
Omeprazol	Maagbeschermers	11
Orap	Antipsychotica	7
Oxazepam	Benzodiazepines	8
Oxycontin	Opiaten	12
Pantozol	Maagbeschermers	11
Paracetamol	Pijnstillers	13
Persantin retard capule	Hart en Vaatmiddelen	10
Pravastatine	Algemene medicatie	2
Prednison	Algemene medicatie	2
Risperdal Quicklet	Antipsychotica	7
Risperdal tabl	Antipsychotica	7
Rivotril	Benzodiazepines	8

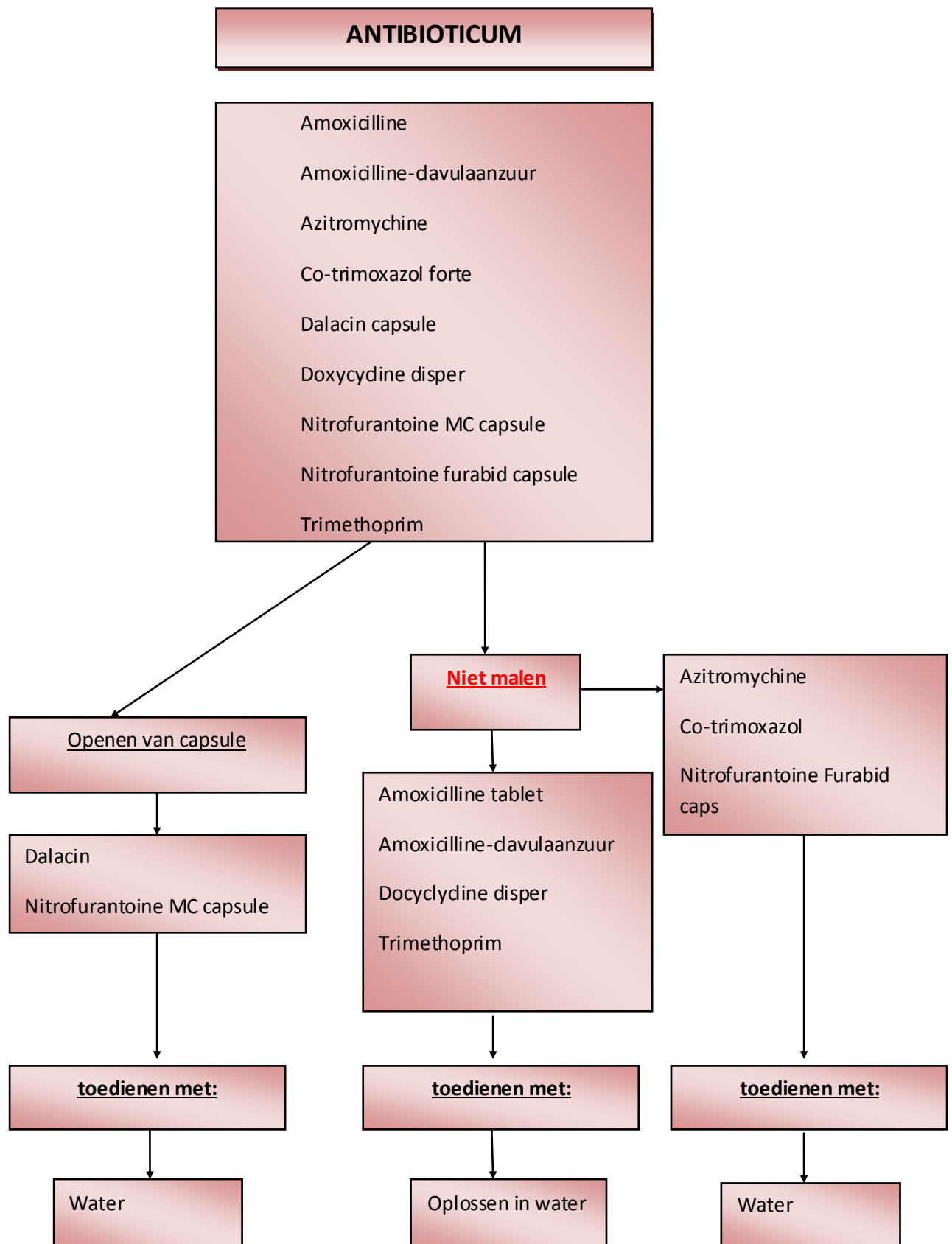
INHOUDOPGAVE	MEDICIJNGROEP	PAGINA
Seroquel	Antipsychotica	7
Seroxat	Antidepressiva	6
Sertraline	Antidepressiva	6
Simvastatine	Algemene medicatie	2
Slow K	Vitamines en Mineralen	16
Spironolacton	Diuretica	9
Temazepam capsule	Slaapmedicatie	14
Temazepam tablet	Slaapmedicatie	14
Thyrax	Algemene medicatie	2
Tolbutamide	Antidiabetica	4
Tranxène capsule	Angstdempers	3
Trazolan	Antidepressiva	6
Triamteren	Diuretica	9
Trimethoprim	Antibiotica	5
Vitamine B complex	Vitamines en Mineralen	16
Wellbutrin XR	Antidepressiva	6
Zolpidem	Slaapmedicatie	14
Zopiclon	Slaapmedicatie	14
Zyprexa	Antipsychotica	7
Zyprexa Quicklet	Antipsychotica	7

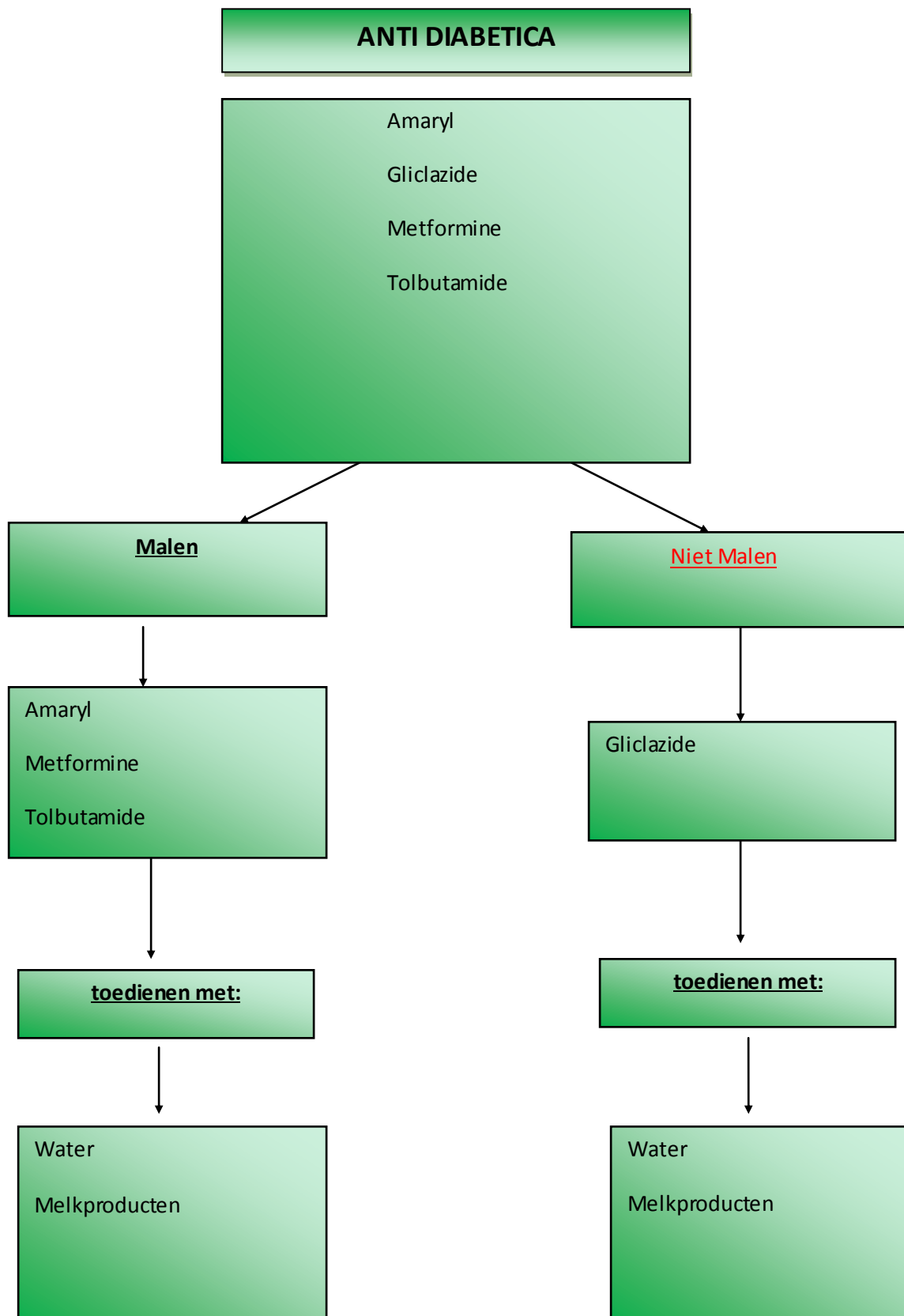
BESLISBOOM MALEN MEDICATIE

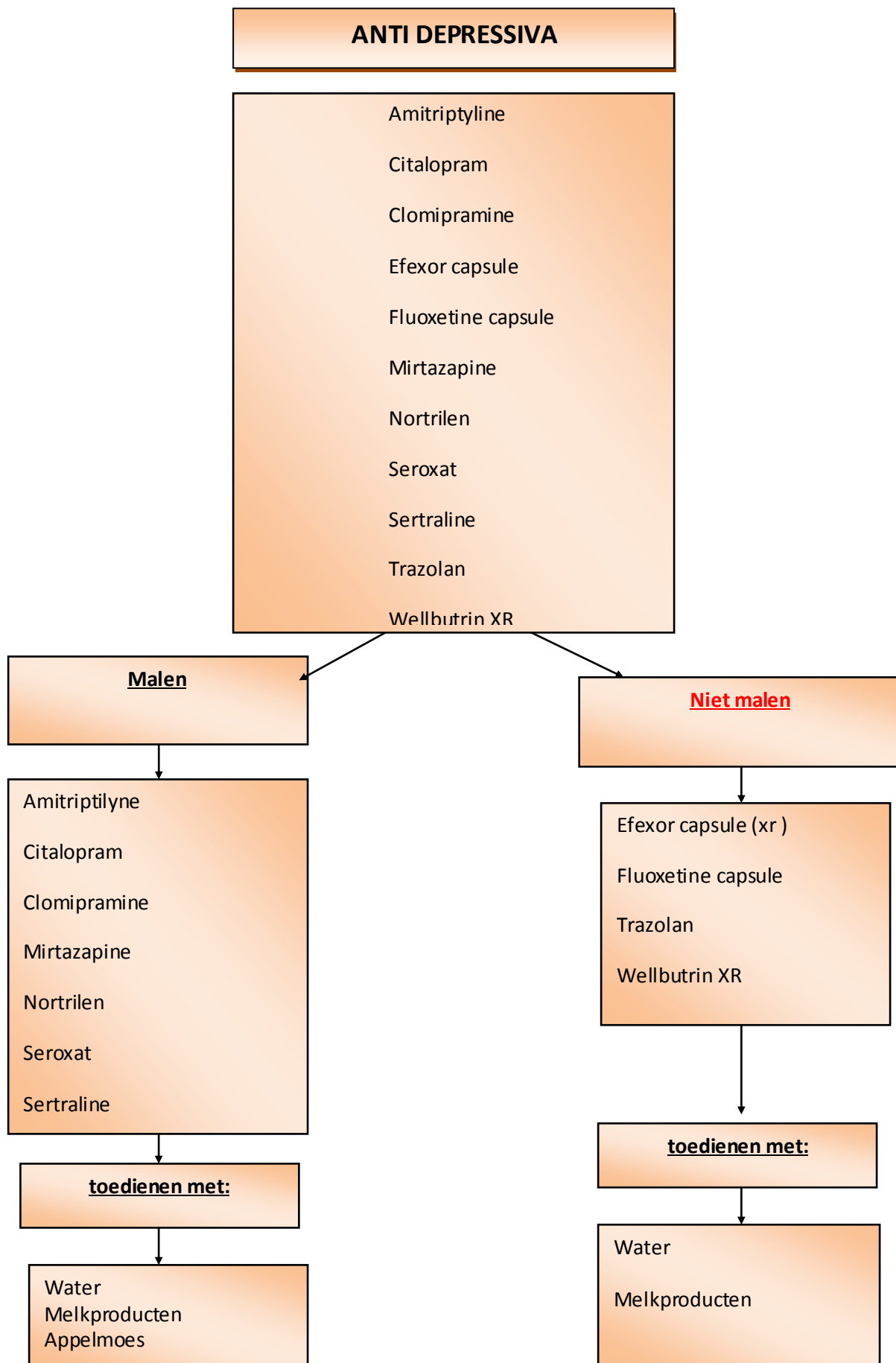


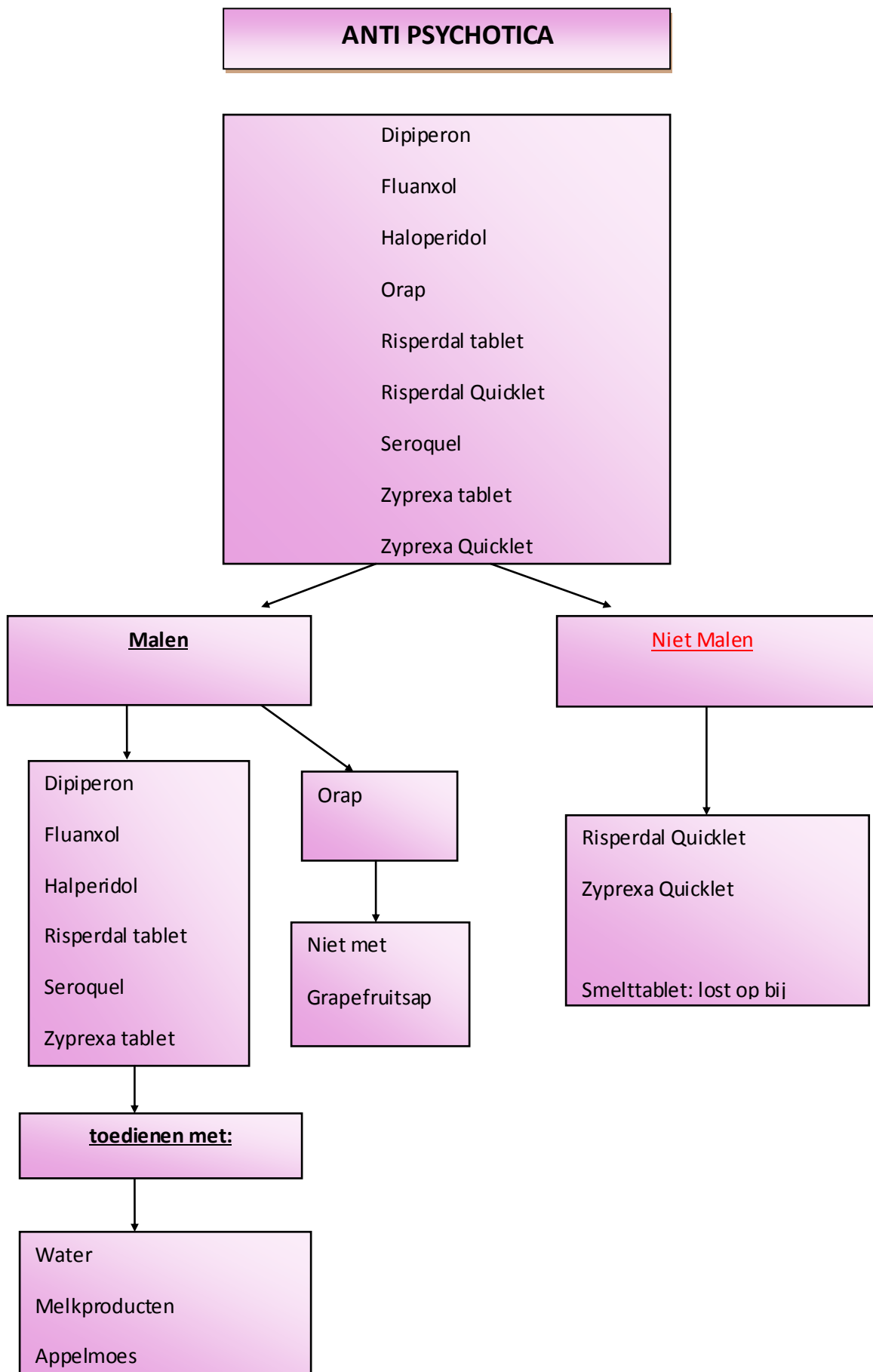


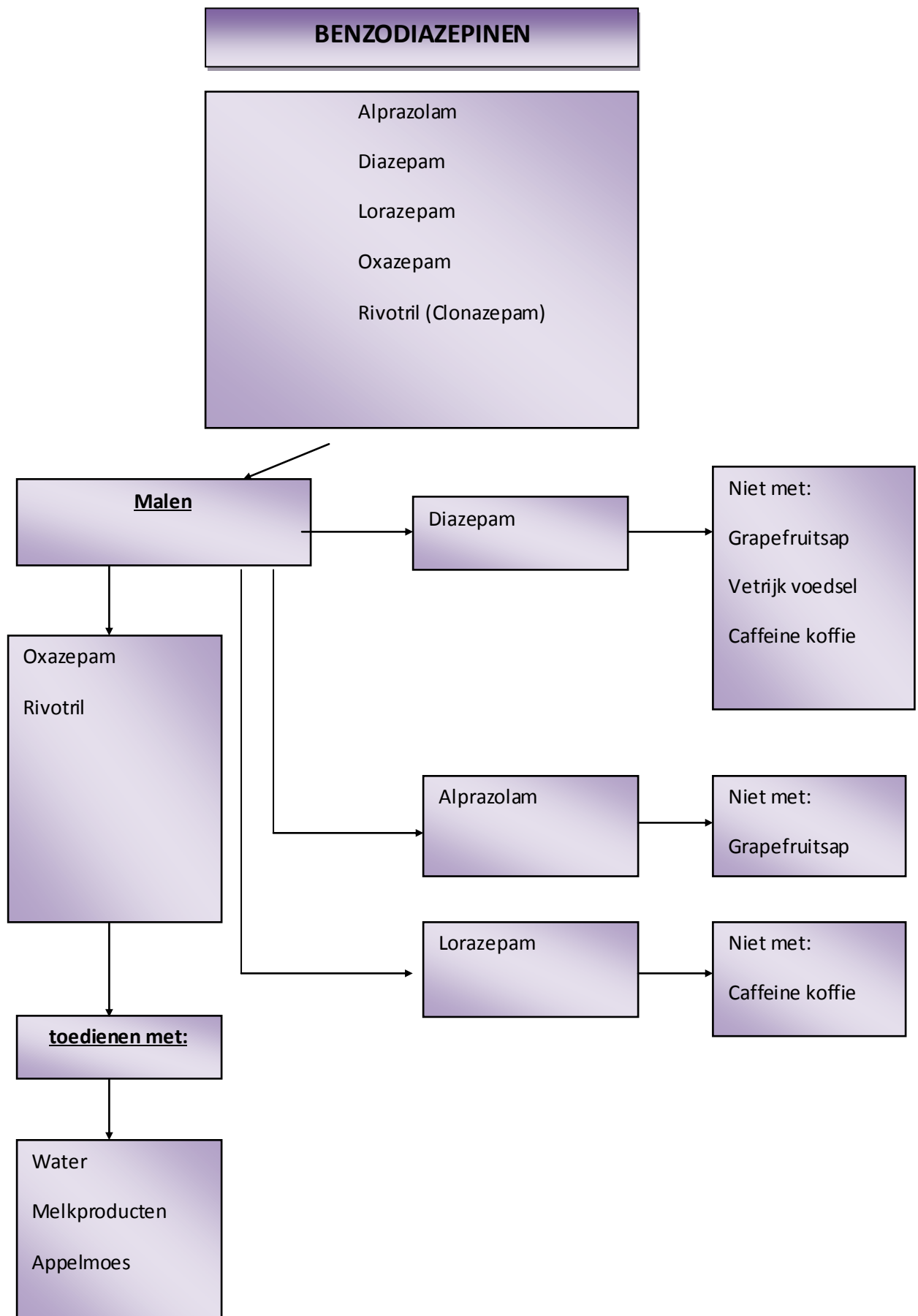


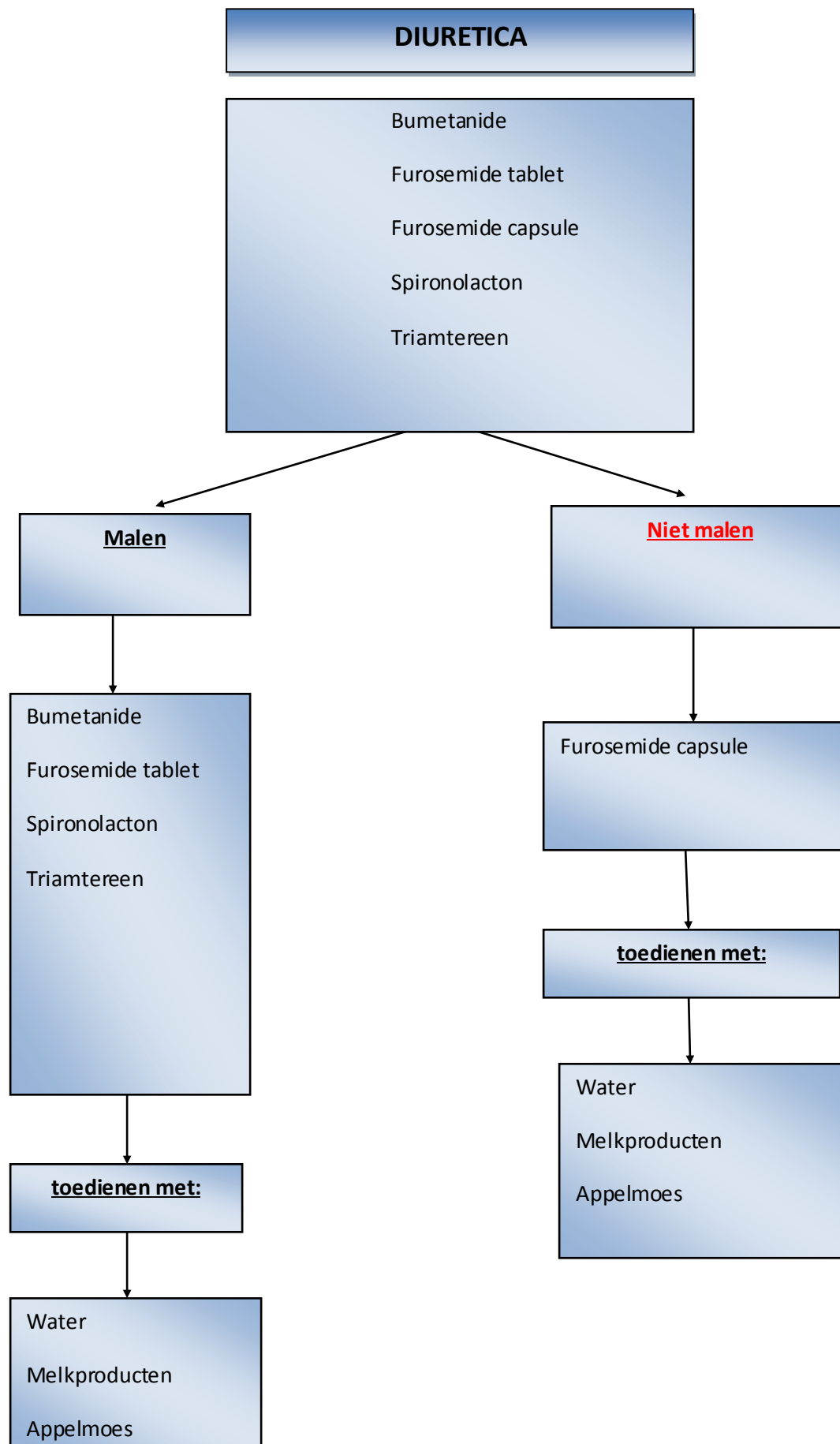












HART EN VAAT MIDDELEN

Acetylsalicylzuur cardio
Acenocoumarol
Bisoprolol
Captopril
Coversyl
Hydrochlorothiazide
Isordil
Lanoxin
Lipitor
Metoprolol (retard)
Nifedipine tablet (retard)
Monocedocard
Persantin capsule (retard)

Malen

Acenocoumarol
Bisoprolol
Captopril
Coversyl
Hydrochlorothiazide
Lanoxin
lipitor
Metoprolol

toedienen met:

Water
Melkproducten
Appelmoes

Niet malen

Persantin retard
/capsule
Metoprolol retard

toedienen met:

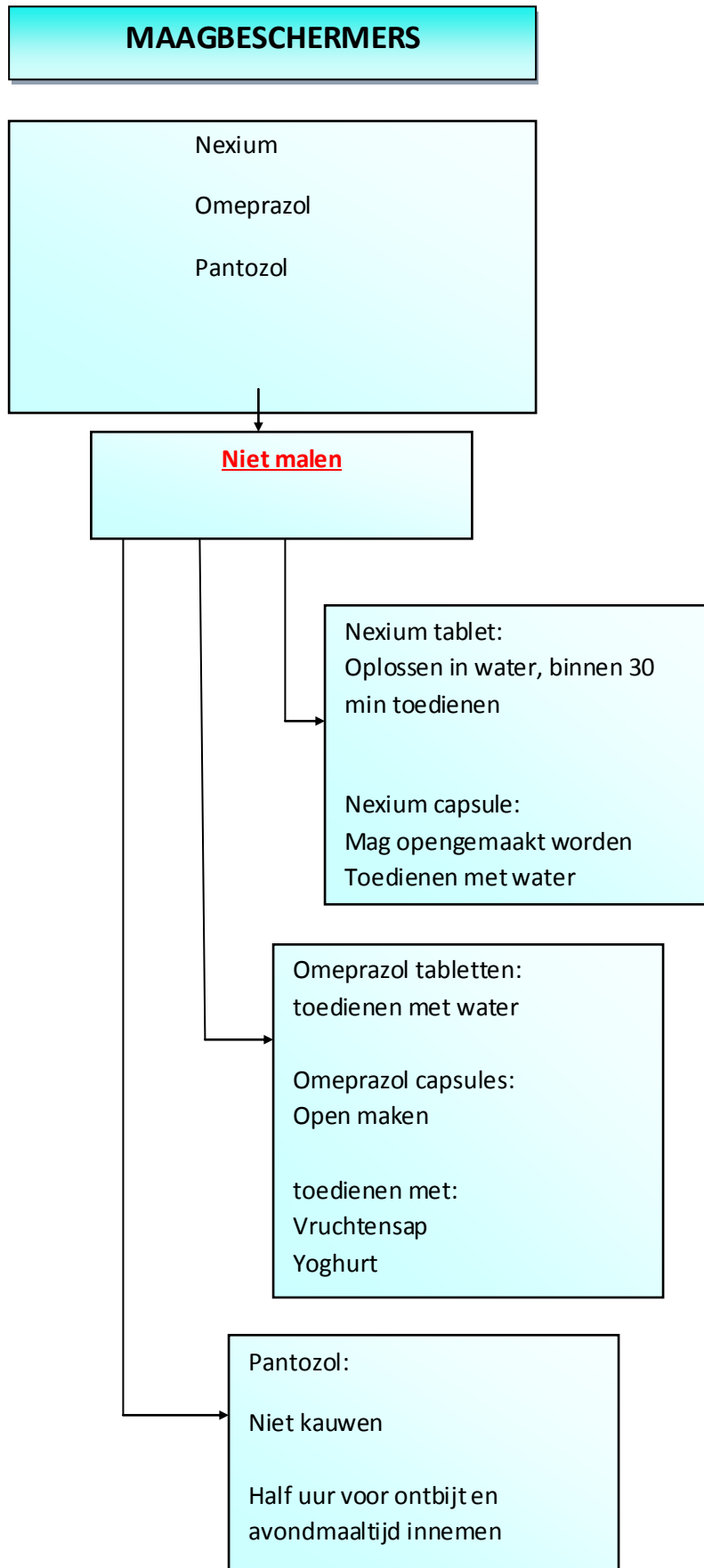
Water
Melkproducten
Appelmoes

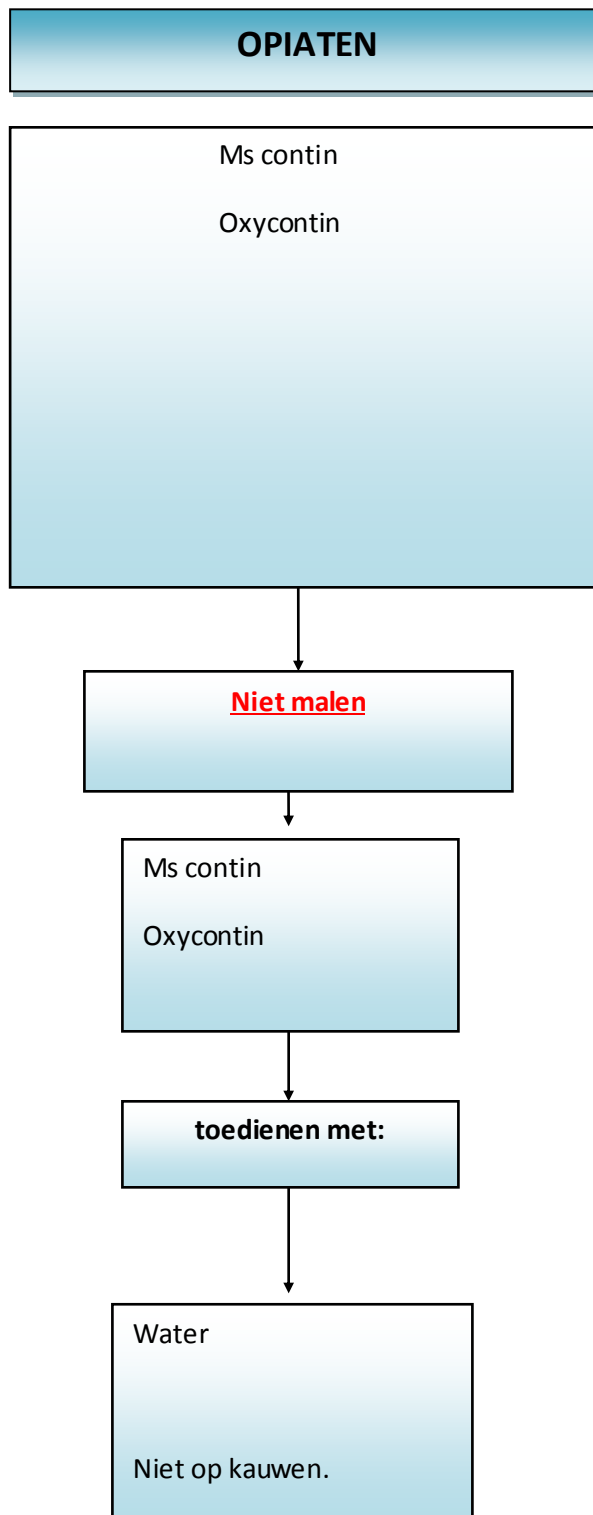
Acetylsalicylzuur
cardio disper

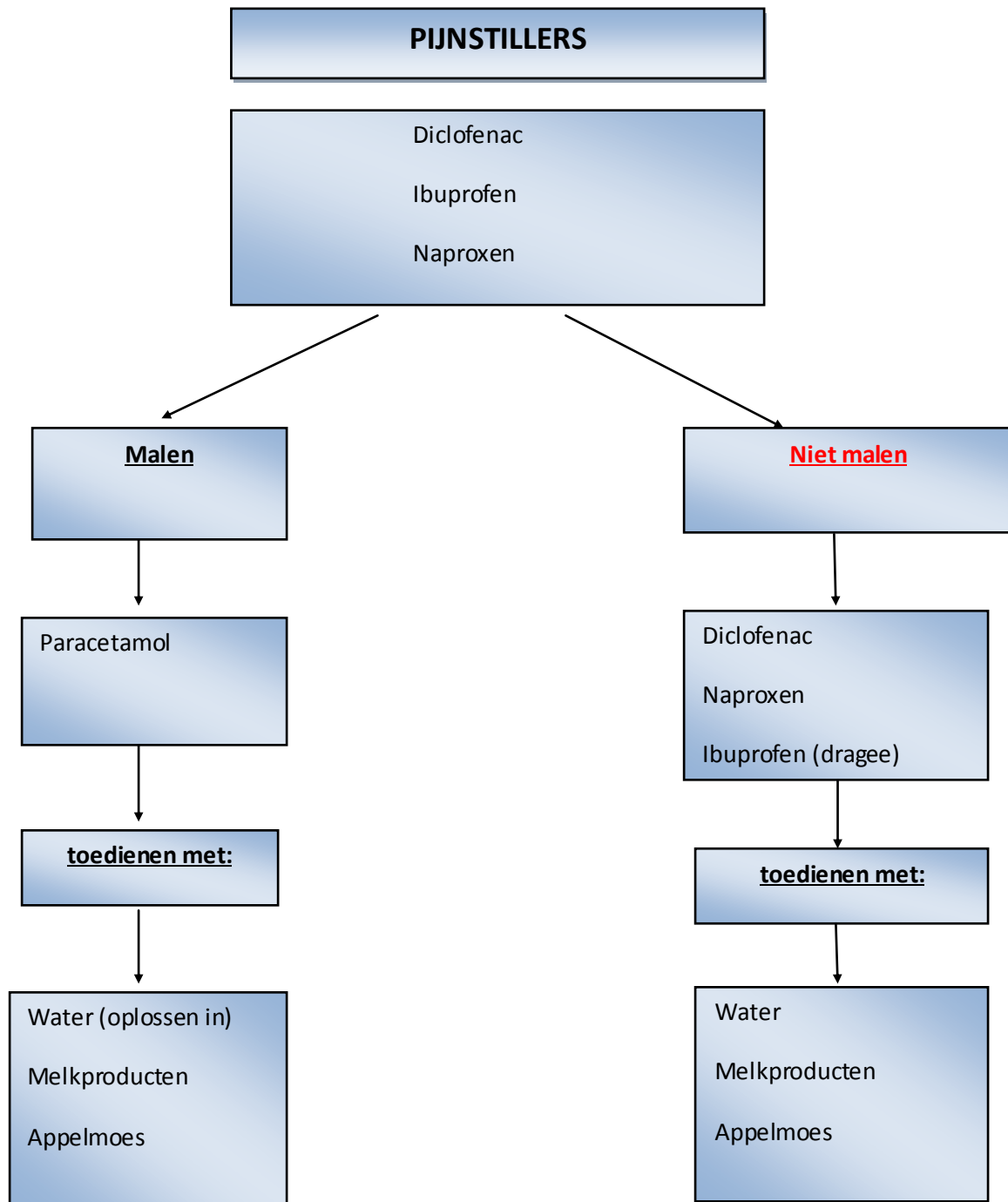
Oplossen in
water

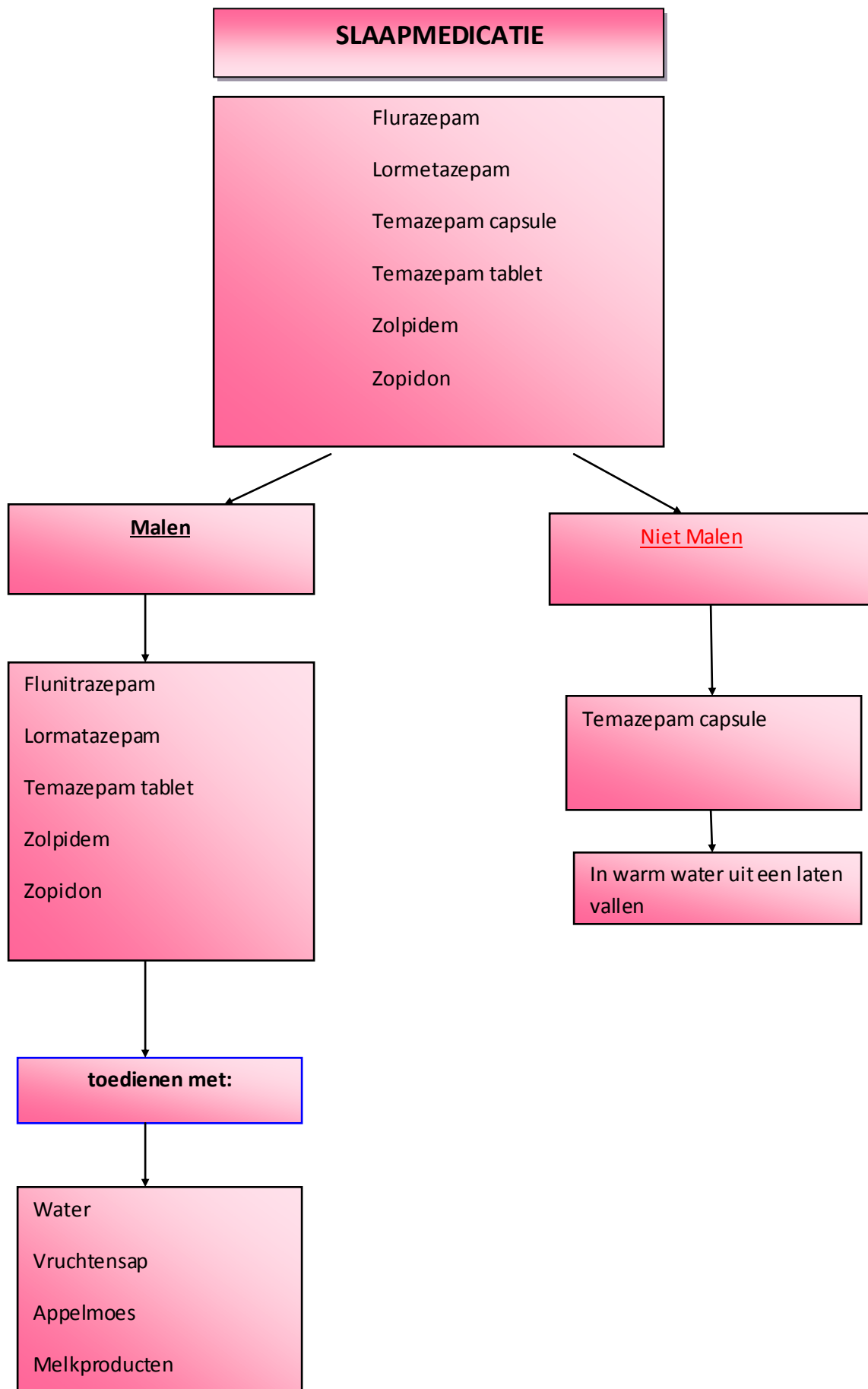
Monocedocard

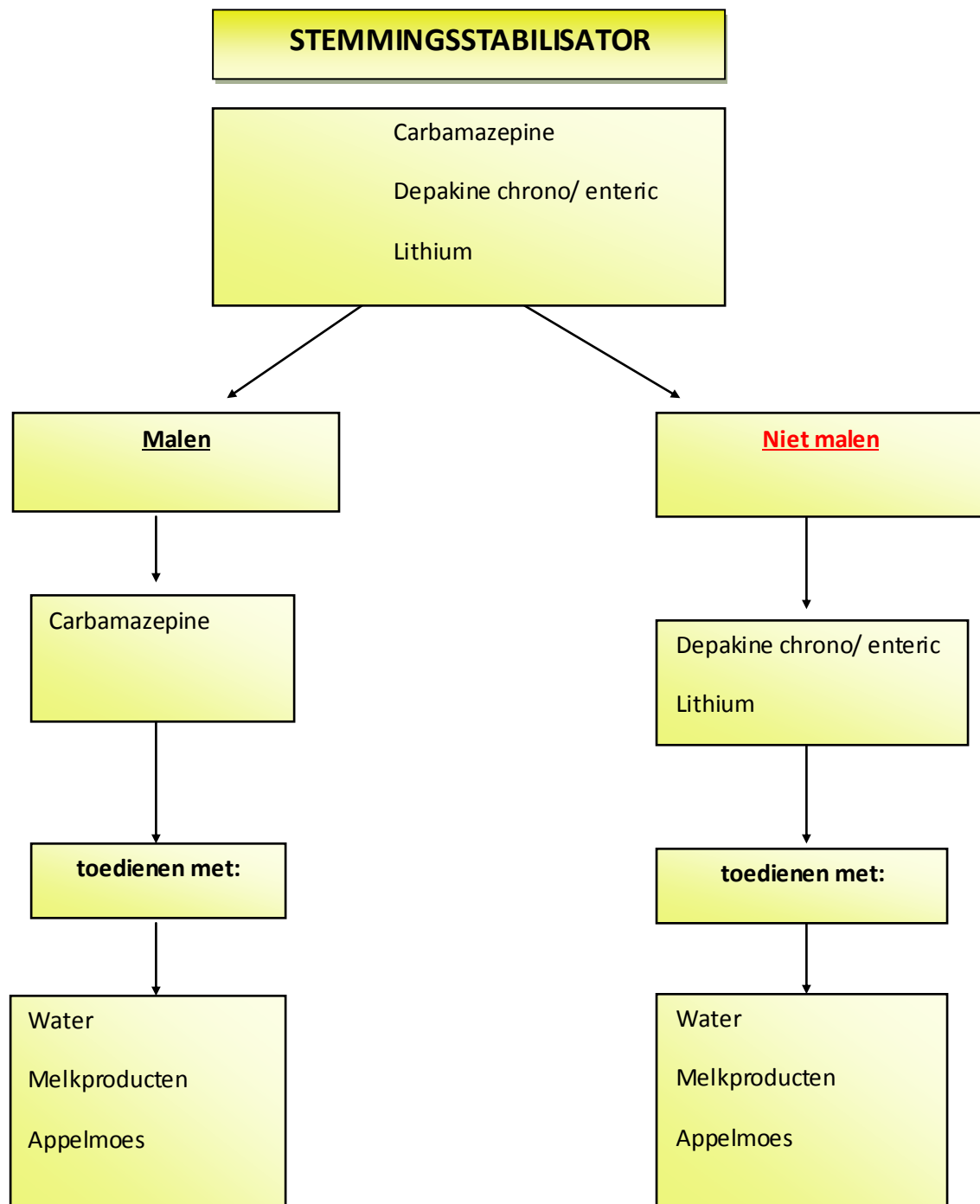
Innemen
zonder te
kauwen

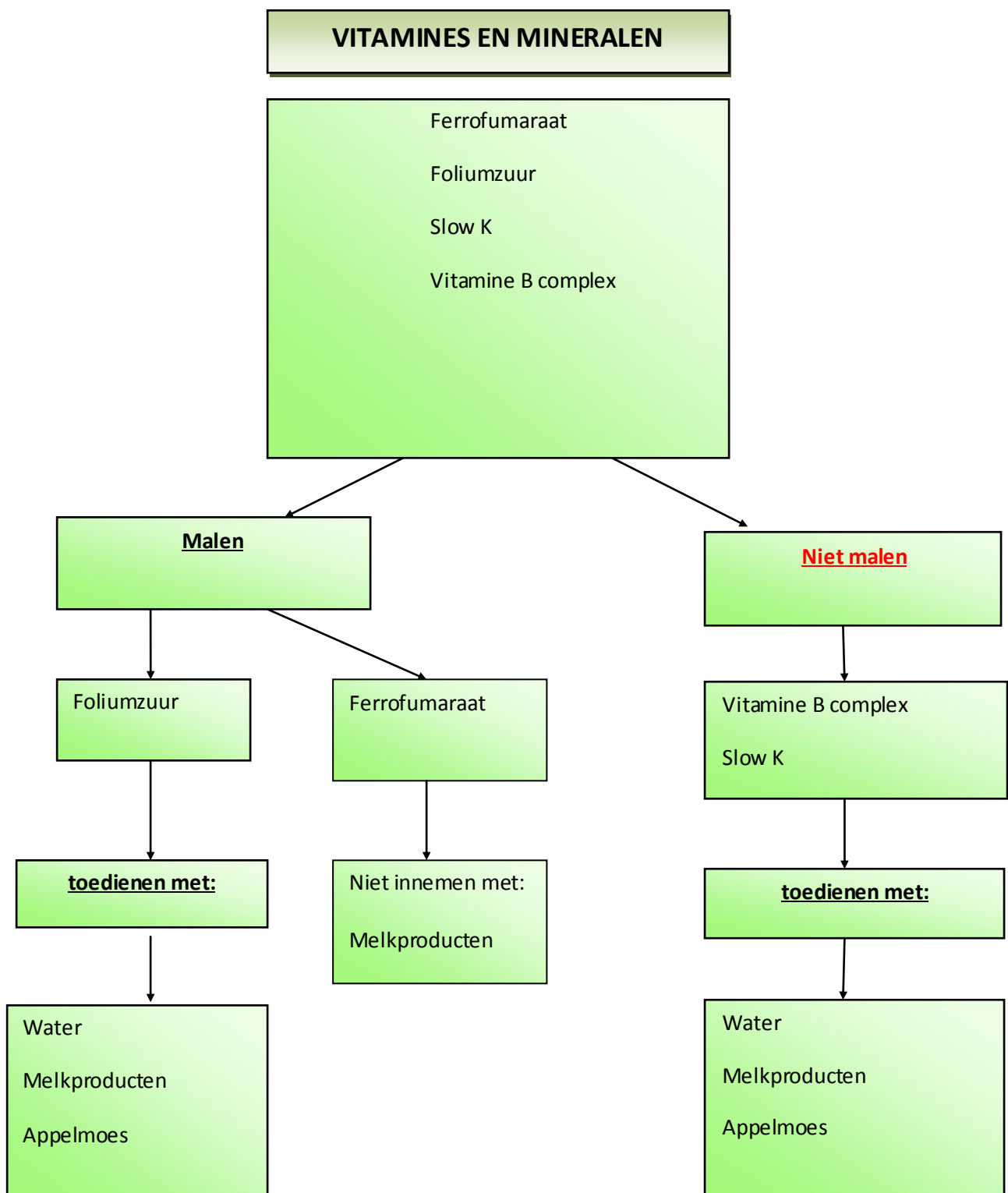












BRONVERMELDING

Boeken

Sitsen, J.M.A. & Vasbinder, E. (2011). *Geneeskundig jaarboek 2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Heijenbrok - van Herpen, T. & Wobbe Hospes. (2009). *Handboek Enteralia. Het toedienen van orale geneesmiddelen aan patiënten met een sonde of slikklachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Artikelen

Nijpe ls, M. (2009). Handreiking voor malen zorginstellingen. *Jaarverslag 2008033*, 5.

Internet

ConsuMed. *Kwaliteit in medische informatie*. (z.d.).
<http://www.consumed.nl/medicijnen>

Nijpe ls, M. (2009). *Handreiking voor malen zorginstellingen*, jaarverslag 2008033, 5.
<http://www.innovatiekringdementie.nl/.../handreiking%20malen.pdf>

Pletmedicatie v.2.0. (2006). *Databank van medicatie*.
<http://www.pletmedicatie.be/browse>

Auteurs:

Thea van den Boom

Mariëlle Craane

Hanny Leijten

Conny Slegers

Stroomschema voor het malen van medicatie.

Afstudeerproject HBO- Verpleegkunde, Fontys Hogeschool te Eindhoven,
in samenwerking met GGZ Oost Brabant te Boekel, 2011.



Versie 8-8-2011**Doel:**

Door het implementeren van een werkinstructie voor medicatietoediening voor het verpleegkundig team van Ouderenzorg 1, waardoor een vermindering van toedieningsfouten ontstaat.

De implementatie van de werkinstructie vindt plaats in september 2011.

Borging:

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de PSCA- cyclus. Om de ervaringen met de werkinstructie van de individuele verpleegkundige te helder te krijgen, wordt hen in oktober een vragenlijst voorgelegd (CHECK). Aan de hand van deze vragenlijst kan de werkinstructie bijgesteld worden (ACT) geborgd.

Algemeen:

- Wijze van overdracht:

Twee 15 diensten → overdracht van nachtdienst
 → lezen EPD (max. tot drie dagen geleden)

Indien zorg dit niet toelaat dan gaat één 15-dienst EPD lezen en de andere gaat de zorg in. Hierna rouleren, dus gaat de andere 15 dienst EPD lezen en de andere 15 de zorg in.

Een 29 dienst → leest EPD en gaat de zorg in of heeft medicijndienst.

- De medicijndienst draagt kort over aan de keukendienst.
- De activiteitenbegeleiding leest bij aanvang van de dienst het EPD en krijgt dus geen mondelinge overdracht.
- Er is een medicijndienst: per dienst is één verpleegkundige verantwoordelijk voor het gehele medicatieproces: controleren, toedienen, overleg met arts over medicatie, faxen van medicatiewijzigingen en telefonische nabestellingen naar ZALV.
- De medicijndienst wordt door de roosteraar van Ouderenzorg 1 op het dienstrooster vermeld door een rode stip: de dienst wordt gegeven aan de verpleegkundige die meerdere dagen achter elkaar een vroege of late dienst draait.
- De medicijndienst heeft tijdens medicatie toedienings momenten geen telefoon bij zich.
- De medicijnen blijven tot het moment van toediening bij de patiënt herkenbaar, dus worden pas bij toediening gecontroleerd en uit de verpakking gehaald.
- De medicijndienst kan zo nodig de richtlijnen voor het malen van medicatie opzoeken in het stroomschema: wel/niet malen, toedienen met water/appelmoes/zuivel.

- De medicijndienst blijft bij de patiënt tot de patiënt alle (dus ook vloeibare) medicatie heeft doorgeslikt. De keukenassistent of anderen niet voor toediening bevoegden hebben hierin geen rol.
- De medicijndienst verzorgt bij aanvang van de dienst één á twee patiënten die weinig zorg ^{101.} en gaat daarna niet meer in de zorg, maar blijft in de huiskamer.
- De medicijndienst doet de briefing, MDO of MVO.
- De medicijndienst zorgt voor de afhandeling van de in de agenda vermelde activiteiten/afspraken.
- De medicijndienst overlegt met arts over medicatie gerelateerde zaken die buiten de briefing vallen.
- De medicijndienst zorgt dat er een vermelding door een stickerlabel op het medicijnbakje staat indien medicatie vóór de zorg/maaltijd verstrekt moet worden.
- De arts overlegt de medische zaken met de medicijndienst.
- De medicijndienst draagt bijzonderheden over aan de medicijndienst van de late dienst.

Werkinstructie Medicijndienst Ouderenzorg 1:

Dagdienst:

- De vroege dienst kijkt op de dienstlijst wie die dag medicijndienst heeft.
- Lezen van rapportage in het EPD (max. tot drie dagen geleden).
- De medicijndienst kijkt aan welke patiënt er vóór de zorg/maaltijd medicatie verstrekt moet worden.
- De medicijndienst verzorgt van 1 á 2 patiënten die weinig zorg behoeven.
- is om 8.45 uur in de huiskamer aanwezig.
- De medicijndienst verstrekt de medicatie:
 - vóór 10.00 u. in de huiskamer of op bed.
 - om 12.00
 - op hiervan afwijkende tijden
 - medicatie wordt op het moment van toediening uit de verpakking gehaald en wordt volgens voorschrift toegediend en zet een paraaf voor de toediening op de deellijst.
 - zo nodig kunnen de richtlijnen voor het malen van medicatie worden opgezocht in het stroomschema: wel/niet malen, toedienen met water/appelmoes/zuivel.
 - op deellijst vermelden wanneer de patiënt medicatie weigert door de paraaf van medicijndienst geel te arceren.
 - bij weigering van medicatie handelen volgens stroomschema.
- De medicijndienst doet de briefing, MDO of MVO: o.a. medicatieweigering en -malen bespreken.
- De medicijndienst handelt agenda zaken af.
- De medicijndienst evt. faxen van medicijnwijzigingen.
- De medicijndienst draagt over aan de late dienst.

Wanneer medicijnkar aanwezig is:

- Medicijnkar inrichten voor toediening: aanwezig moet zijn: medicijnbakjes, map met deellijsten, stroomschema, vermaler, water/appelmoes/zuivel, lepels, bekkentje (om vuile lepels in te leggen), bekers, vuilnisbakje, pen, arceerstift.
- Opruimen, schoonmaken, afsluiten en wegzetten van medicijnkar.

Late dienst:

- 15.00 Koffie drinken met patiënten en collega's.
- Rapportage in EPD lezen.
- 15.45 - 16.00 Overdracht van medicijndienst en andere bijzonderheden zoals agendazaken.
- 16.30 medicijndienst controleert en paragrafeert de medicatie aan de hand van de medicatie-deellijst en dient deze op de voorgeschreven toedieningstijden toe.
- Medicatielevering ophalen bij de receptie.
- De medicijndienst zorgt dat de geleverde medicatie in de medicatie gezet wordt en de oude deellijsten worden vervangen door de nieuwe deellijsten.

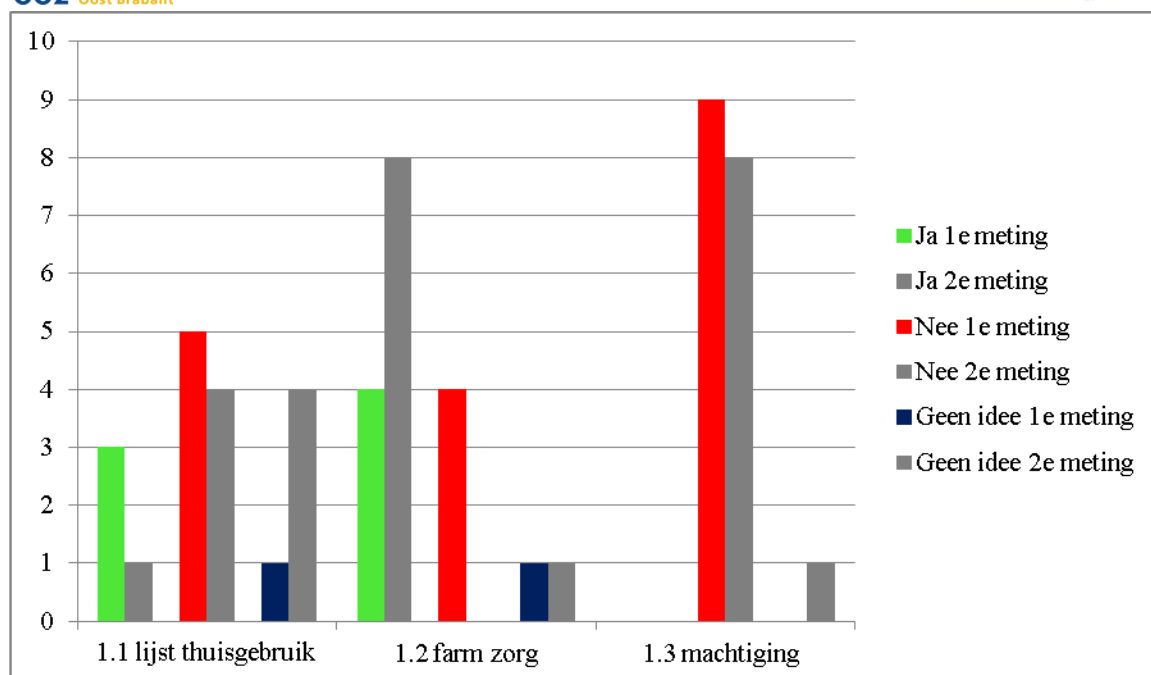
De voordelen van een werkinstructie/ werkwijze verandering zijn:

- Continuïteit in het totale medicatieproces
- Inzichtelijkheid wie er verantwoordelijk is voor de medicatieverstrekking
- Concentreren op één taak namelijk de medicatietoediening

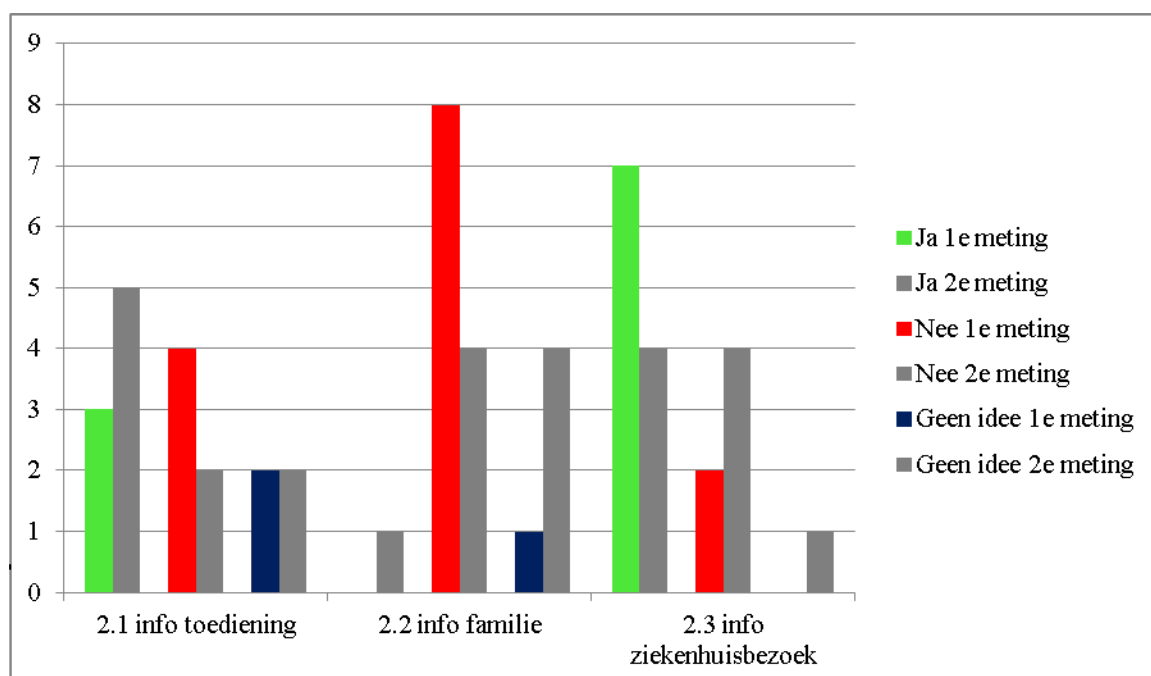
De nadelen van een werkinstructie/ werkwijze verandering zijn:

- Door de medicijndienst wordt de a.d.l zorg zwaarder belast voor de andere collega's
- Het invoeren van een medicijndienst kan weerstand oproepen bij verpleegkundigen over verminderde verantwoordelijkheid en afkalving van de taken. Minder variatie in de dagelijkse werkzaamheden.

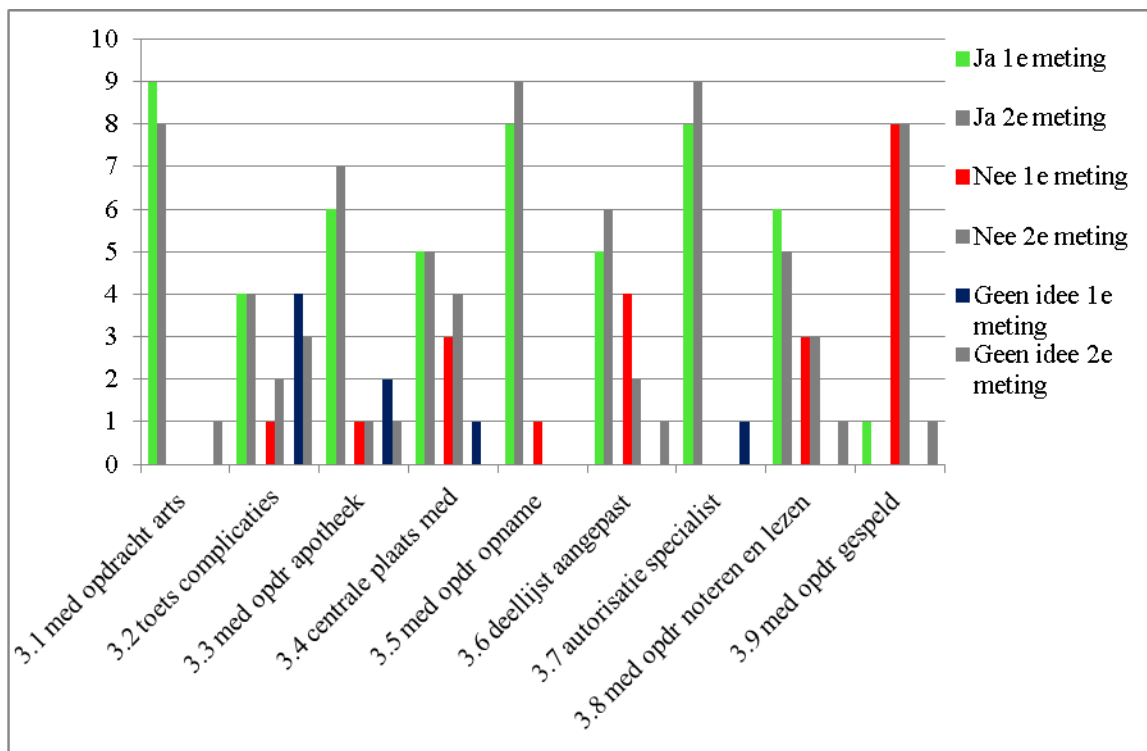
BIJLAGE 14. RESULTATEN VRAGENLIJST-VERPLEEGKUNDIGEN 1e EN 2e METING



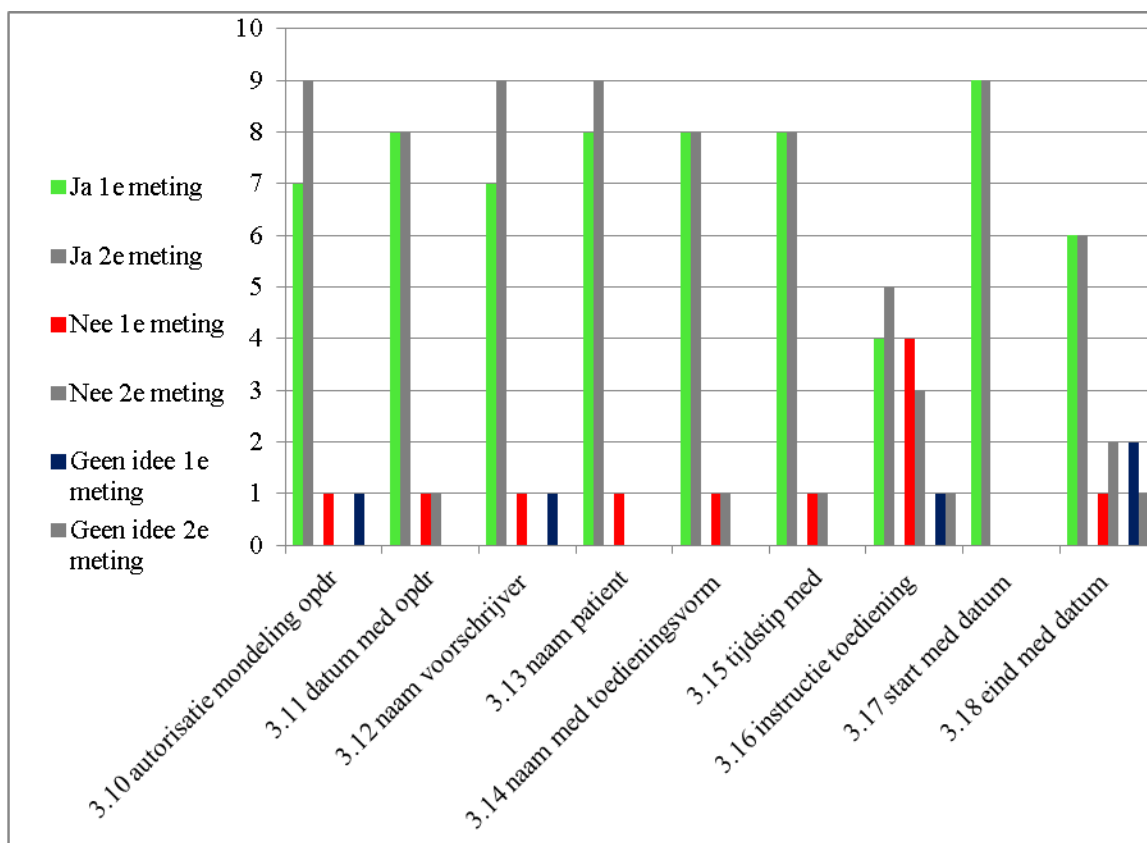
Figuur 5.1 Proces medicatiebeheer



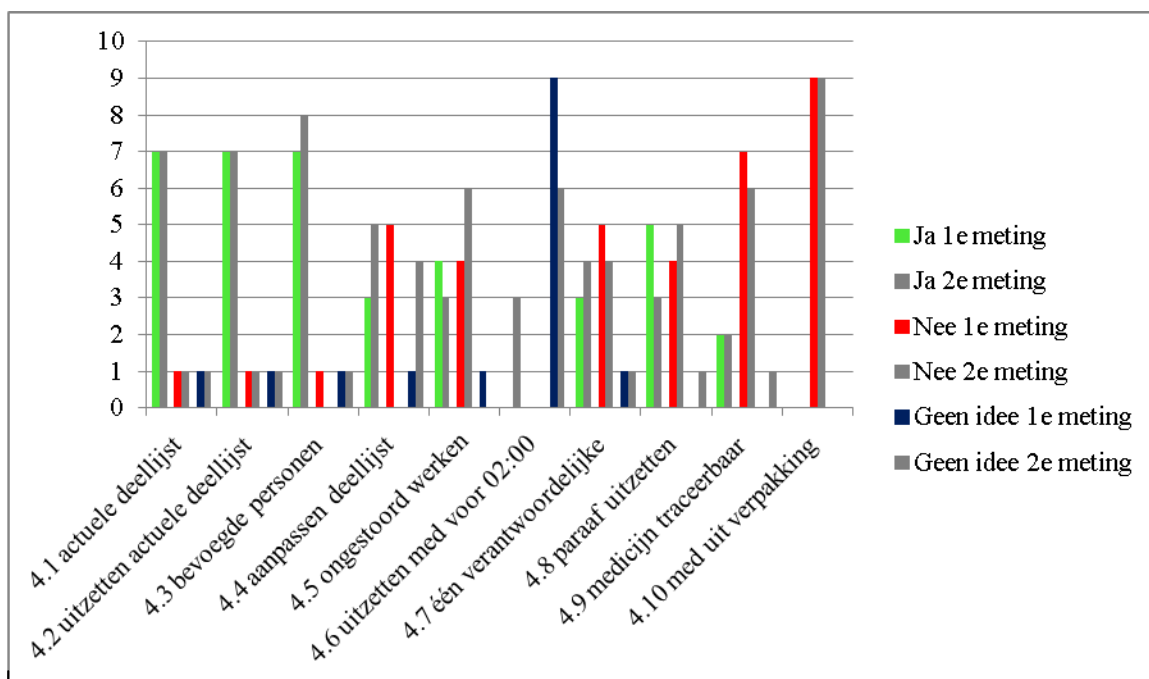
Figuur 5.2 Informatie aan patiënt en diens naasten



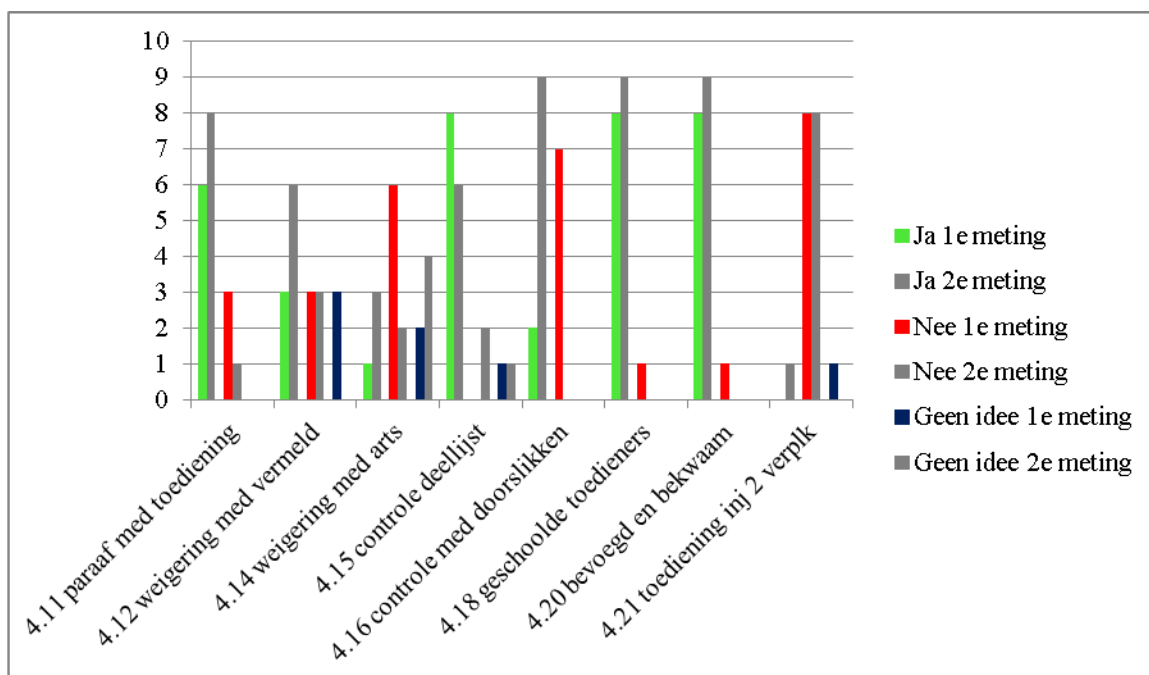
Figuur 5.3 Proces voorschrijven



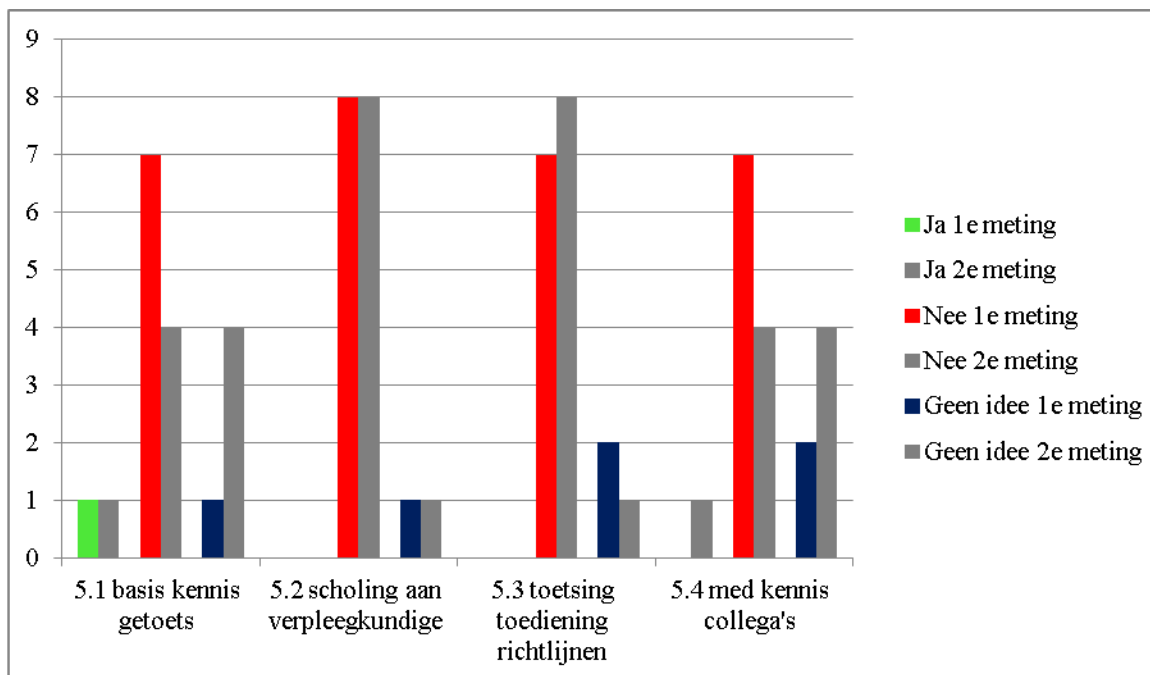
Figuur 5.3.1 Vervolg proces voorschrijven



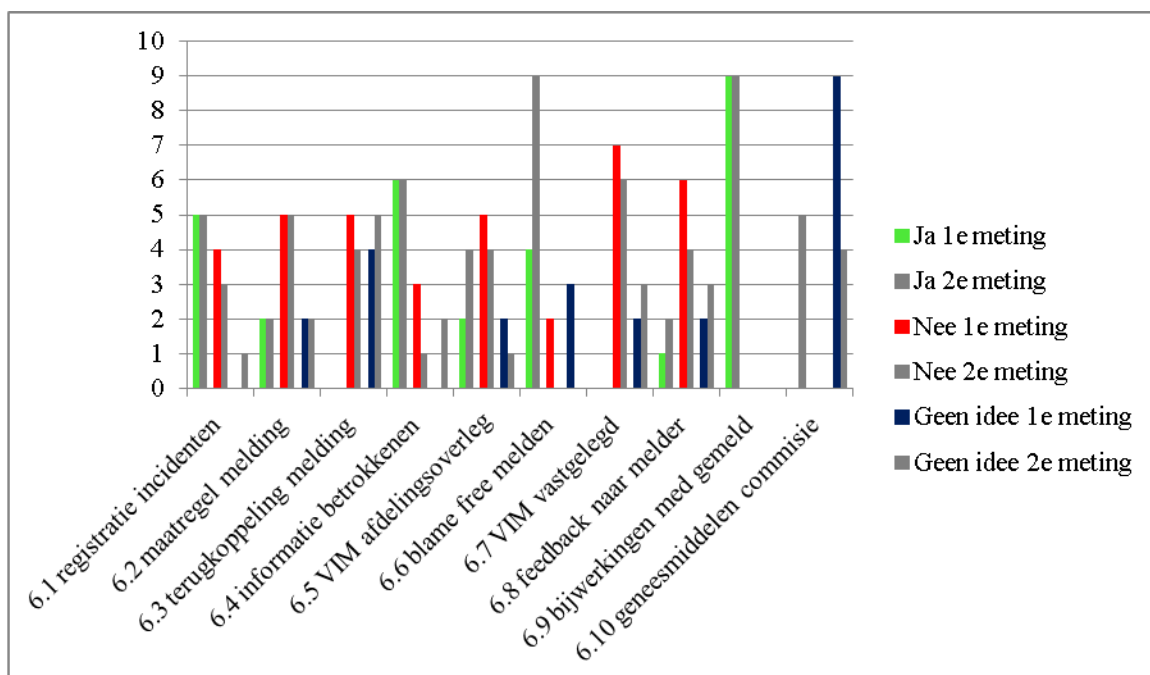
Figuur 5.4 Proces medicatie uitzetten en toedienen



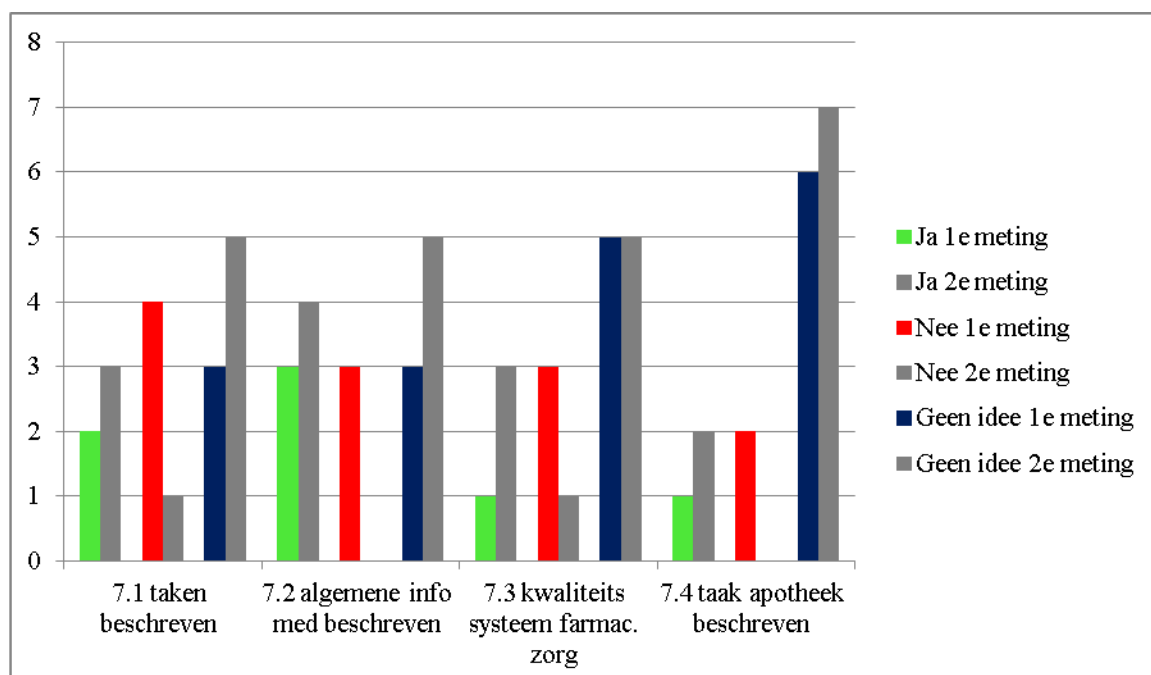
Figuur 5.4.1 Vervolg proces medicatie uitzetten en toedienen



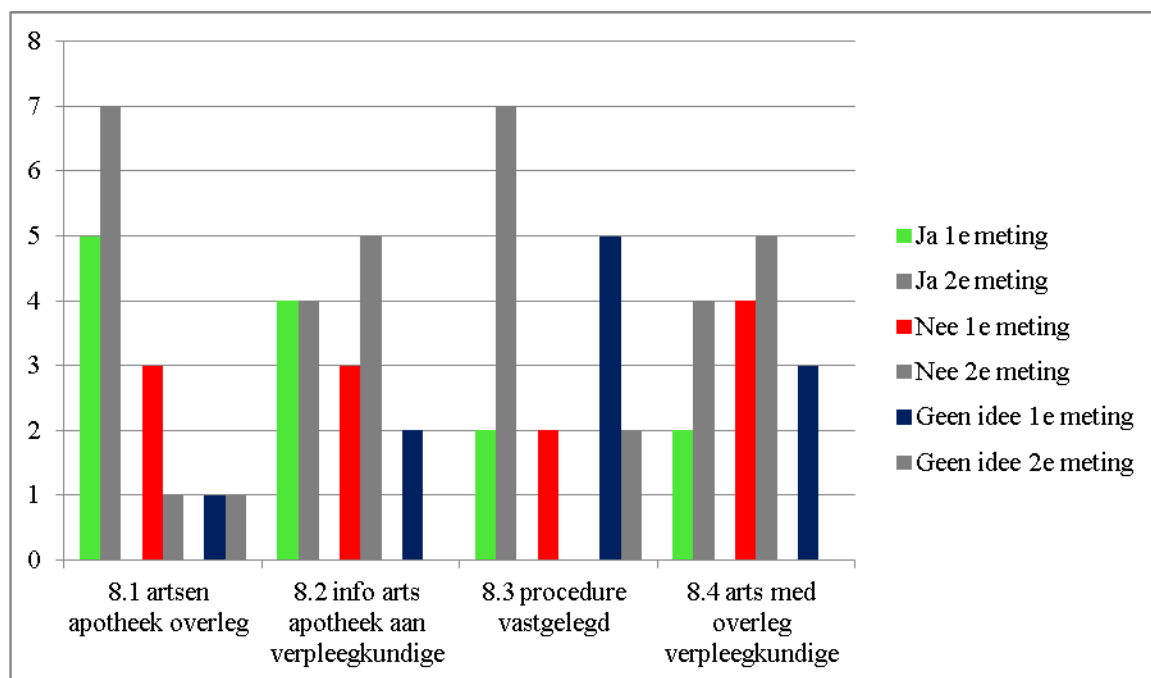
Figuur 5.5 Scholing en opleiding



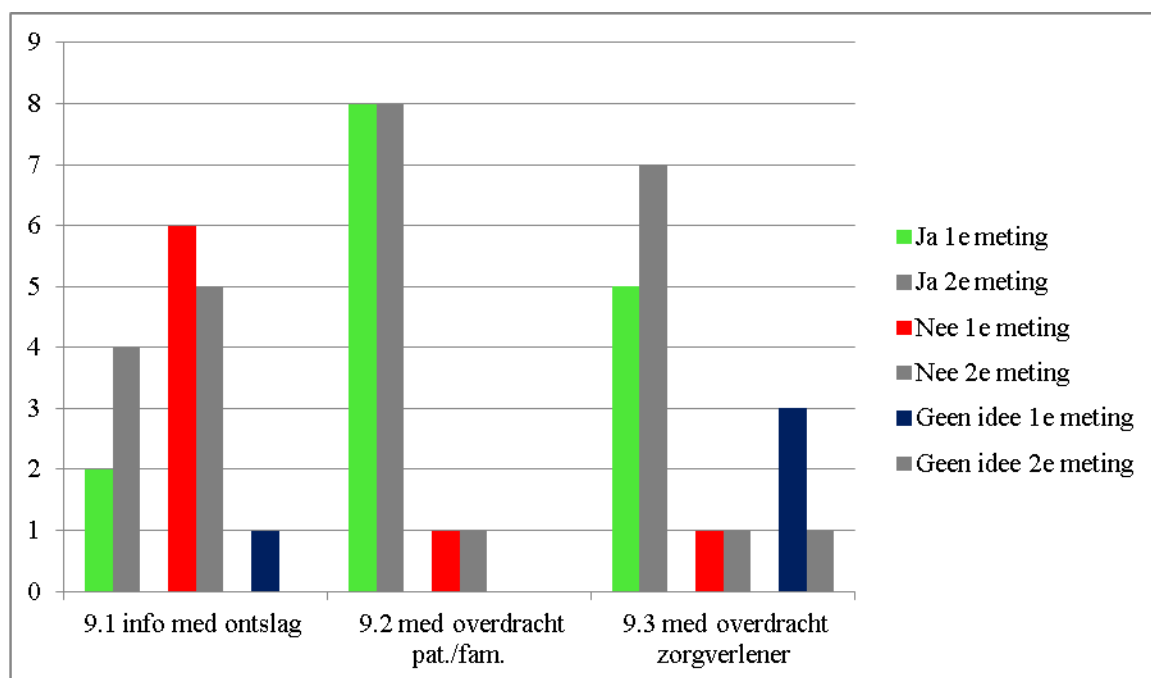
Figuur 5.6 Veilig incidenten melden



Figuur 5.7 Beleid en verantwoordelijkheden



Figuur 5.8 Veiligheid en controle



Figuur 5.9 Medicatieoverdracht bij ontslag

BIJLAGE 15.A.
**RESULTATEN 2^E GEELTJESMETING:
SCHRIFTELIJKE ANALYSE**
Meetperiode:
13-09-2011 tot 27-09-2011
Uitzet fout
Patiënt
Levering fout
Voorschrijf fout
Toediening

<u>Dinsdag 13-09-2011:</u> - meting gestart in de late dienst (15.00 uur) - geen meldingen	<u>Woensdag 14-09-2011:</u> - allopurinol 100 mg niet uitgezet - metropolol retard 25 mg uitgezet ipv 50 mg - allopurinol uitgezet ipv acenacoumarol - risperdal uitgezet ipv rivotril - risperdal niet afgetekend
<u>Donderdag 15-09-2011:</u> - exelon pleister niet uitgezet - depakine 0,5 tablet niet uitgezet om 18.00 uur	<u>Vrijdag 16-09-2011:</u> - depakine verkeerde dosering uitgezet - capotril 2 tabletten uitgezet ipv 1 tablet - haldol recept is niet duidelijk geschreven door arts, daardoor verkeerd overgenomen door de apotheek - haldol recept verkeerd overgenomen door de apotheek, dosering verminderd ipv gestopt - aftekenvakjes van medicatiedeellijst staan op vrijdag vol met #### tekens, met gevolg dat verplk niet duidelijk kan aftekenen. Nieuwe medicatiedeellijsten wisselt pas op zaterdag. - medicatie in bed patiënt gevonden (niet toegezien op inname)
<u>Zaterdag 17-09-2011:</u> - movicolon juni or niet uitgezet. - avodart in vakje 8.00 ipv 12.00 uur - bumetamide 1 mg uitgezet ipv 2 mg - paracetamol van 15.00 uur niet verstrekt	<u>Zondag 18-09-2011:</u> - movicolon niet uitgezet - movicolon niet uitgezet - akineton 2 mg 0.5 tablet uitgezet ipv 1 tablet - risperdal uitgezet ipv rivotril - capotril 25 mg uitgezet ipv 65 mg - isosorbidedinitraat 20 mg voor 8.00 / 12.00 / 17.00 uur niet uitgezet - patiënt gebruikt verneveling verkeerd, gemeld in de briefingmap voor overleg arts
<u>Maandag 19-09-2011:</u> - medicatie uitgezet terwijl deze al was gestopt - verneveling niet afgetekend - movicolon juni or leek onvindbaar, daarom movicolon verstrekt - arts moeten vragen voor doordosering acenocoumarol	<u>Dinsdag 20-09-2011:</u> - depakine 1 tablet uitgezet i.p.v 1,5 - movicolon niet uitgezet

13-09- 2011 tot 27-09-2011

Uitzet fout

Patiënt

Levering fout

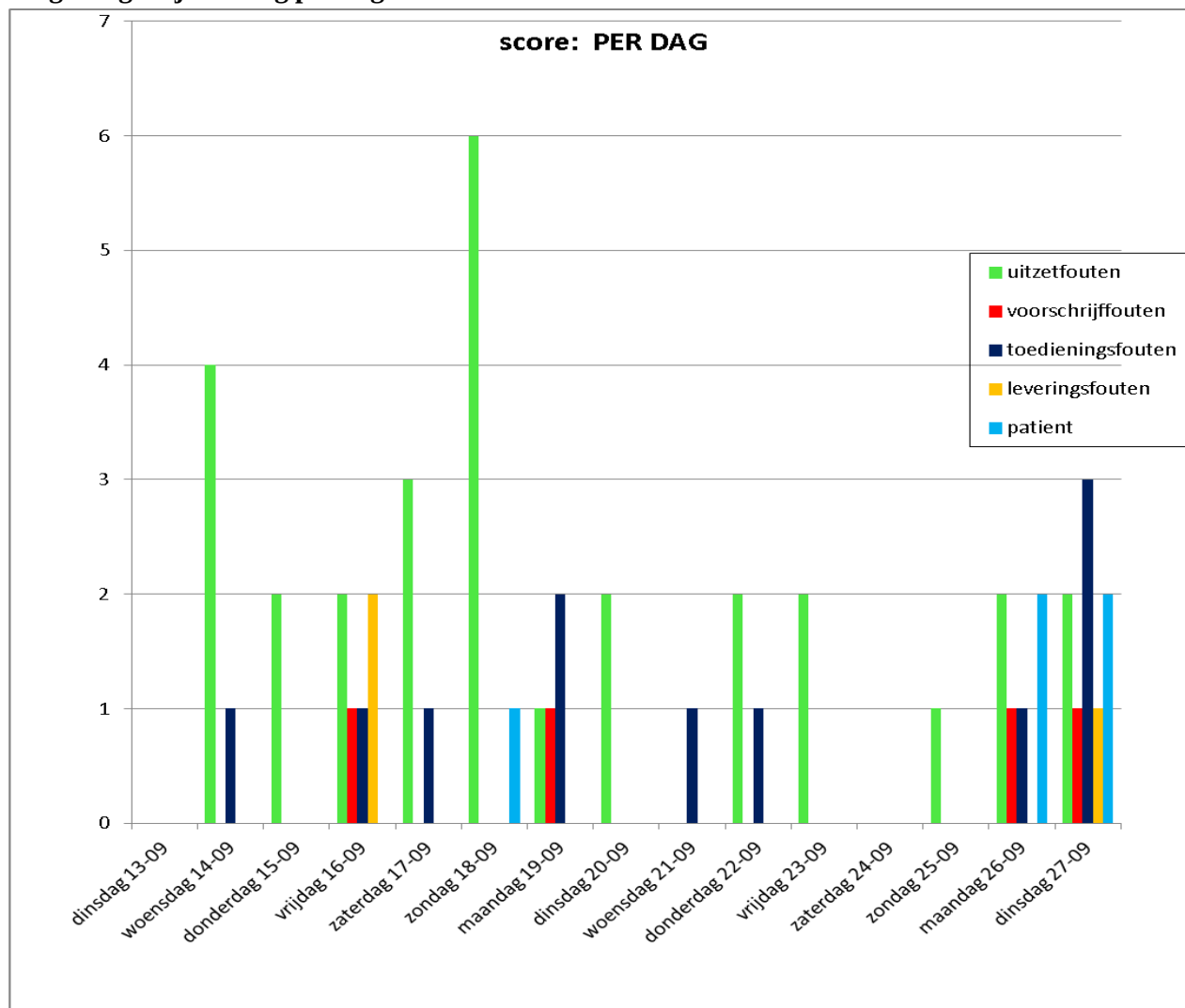
Voorschrift fout

Toediening

<u>Woensdag 21-09-2011:</u> -exelonpleister zat op de verkeerde borsthelft geplakt	<u>Donderdag 22-09-2011:</u> - 1 tablet acenocoumarol in dosette, terwijl 2 tabletten staan voorgeschreven -in doosje met acenocoumarol tabletten zaten ook zolpidemtartraat tabletten -medicatie 4 x niet afgetekend
<u>Vrijdag 23-09-2011:</u> - 1 tablet metformine teveel in dosette - antibiotica om 12.00 uur verstrekt ipv 15.00 uur	<u>Zaterdag 24-09-2011:</u> - geen meldingen
<u>Zondag 25-09-2011:</u> - coversyl van 17.00 uur niet uitgezet	<u>Maandag 26-09-2011:</u> - prednison uitgezet wat niet voorgeschreven stond voor die dag - 1 tablet haldol teveel uitgezet - medicatie oplossen in water stond niet voorgeschreven op het recept - prednison wordt niet in water opgelost - patiënt weigerde movicolon - patiënt weigerde inhalatie
<u>Dinsdag 27-09 2011:</u> - meting heeft alleen in de vroege dienst plaatsgevonden tot 15.00 uur - thyrox verkeerd uitgezet hele tablet i.p.v. een halve - trazolan 50 mgr uitgezet i.p.v. 100 mgr - medicatie oplossen in water stond niet voorgeschreven op het recept - trazolan niet afgetekend - medicatie niet opgelost in water - de voorgeschreven medicatie niet gehad - verkeerde medicatiedeellijsten van de apotheek verstrekt, de aftekenvakjes waren dicht - patiënt weigert movicolon - patiënt weigert inhalatie	

meetperiode: 13-09 tot en met 27-09-2011

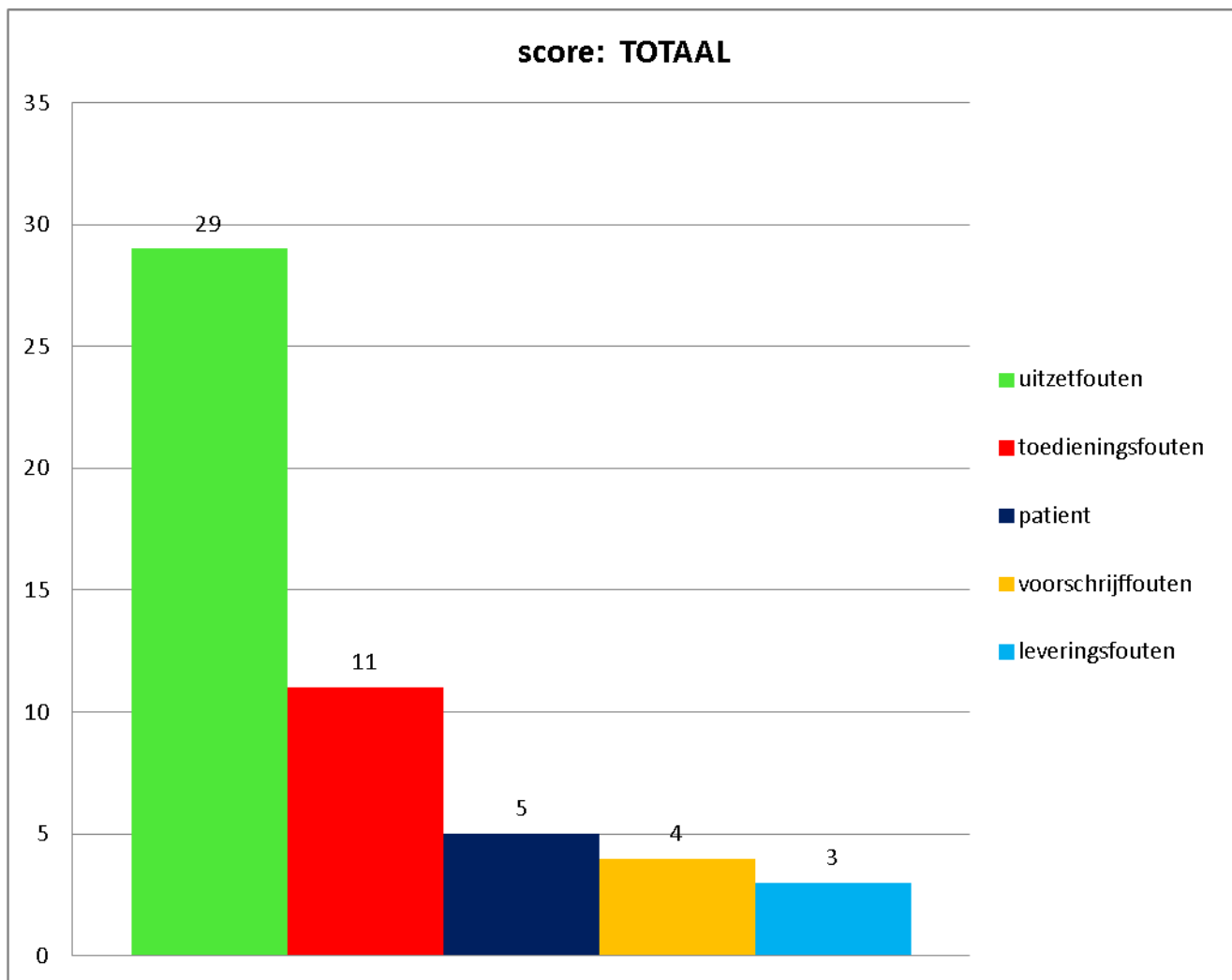
Diagram geeltjesmeting per dag



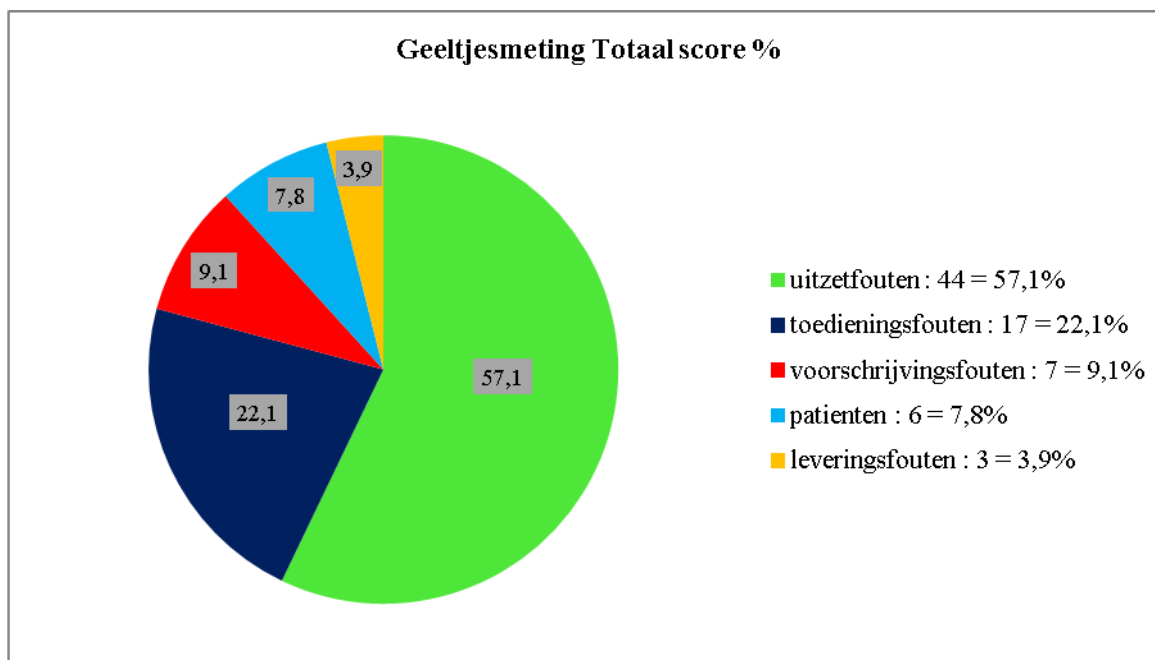
**BIJLAGE 15.C. RESULTATEN 2^E GEELTJESMETING:
DIAGRAM**



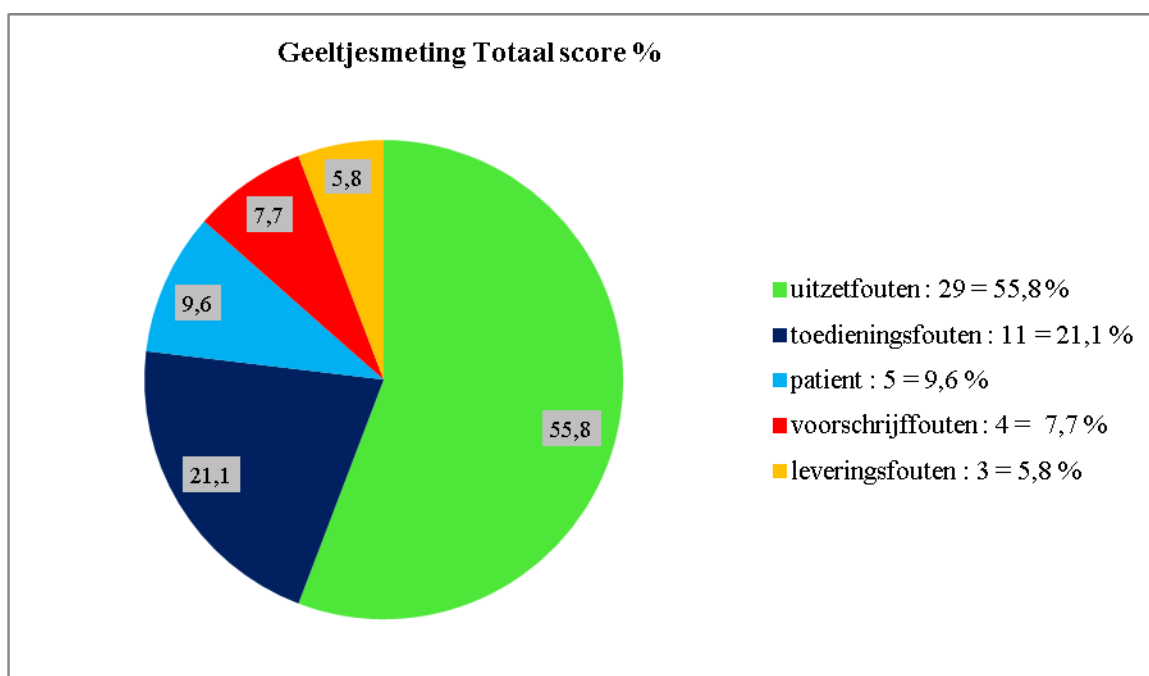
meetperiode: 13-09 tot en met 27-09-2011



**BIJLAGE 15.D. RESULTATEN 2^E GEELTJESMETING:
CIRKELDIAGRAM TOTAAL**



Eerste geeltjes meting 16-02-2011 tot en met 02-03-2011



Tweede geeltjes meting 13-09-2011 tot en met 27-09-2011

**BIJLAGE 16. TURFLIJST GEBRUIK STROOMSCHEMA
VERBETERTRAJECT MEDICATIEVEILIGHEID
OUDERENZORG 1, GGZ Oss**



Om te kijken of het stroomschema in de praktijk door verpleegkundigen wordt gebruikt, wil de project groep medicatieveiligheid dit gedurende 14 dagen turven.

STROOMSCHEMA GEBRUIKT?

Datum	Turfruimte	Eventuele op en aanmerkingen:
13-09		
14-09		
15-09		
16-09		
17-09		
18-09		
19-09		
20-09		
21-09		
22-09		
23-09		
24-09		
25-09		
26-09		

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze turflijst!

De projectgroep Medicatieveiligheid Ouderenzorg 1

**BIJLAGE 17. VRAGENLIJST EVALUATIE STROOMSCHEMA
PROJECTGROEP MEDICATIEVEILIGHEID
OUDERENZORG 1, GGZ OSS**



Hieronder vindt u nog een aantal vragen over het stroomschema:

Naam invuller:

Functie:

Datum:

STROOMSCHEMA	Ja	Nee	?
Maak je gebruik van het stroomschema			
Is het stroomschema werkbaar in de praktijk			
Is duidelijk hoe je het stroomschema moet gebruiken			
Was de uitleg over het stroomschema duidelijk			
Heb je de instructie nodig om het stroomschema te gebruiken			
Wordt er door jou minder medicatie gemalen na gebruik van het stroomschema			
Ben je beter op de hoogte van andere alternatieven dan het malen van medicatie			
Bij weigering van medicatie vind er vaker overleg plaats met een arts of familie van de desbetreffende cliënt			
Bij opname wordt met de familie van de cliënt gesproken over het malen van medicatie en wordt dit opgenomen in het behandelplan			

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

De Projectgroep Medicatieveiligheid Ouderenzorg 1

BIJLAGE 18. VOORBEREIDING PRESENTATIE AFSLUITING PROJECT
D.D. 1 NOVEMBER 2011

- Onderzoeksvraag:
‘Kan de Medicatieveiligheid op afdeling Ouderenzorg 1 van de GGZ Oost Brabant Regio Oss, door het verpleegkundig team verbeterd worden ten aanzien van het toedienen van medicatie, zo ja op welke wijze?’.

- Uitslag onderzoeken: 1. uitzetfouten, 2. toediening fouten
- 26 aanbevelingen voor verbeteringen in het medicatieproces.
- Verpleegkundigen onvoldoende op de hoogte van medicatie:
 - toediening
 - wetgeving
 - bewust van individueel verpleegkundig handelen.



Implementatie Kwaliteitsverbeteringen hierop gericht



Deskundigheid en bewustwording van de medicatietoediening verbeteren

- Implementatie twee kwaliteitsverbeteringen geselecteerd:
 1. Scholing→klinische les (medicatietoediening en het malen).
 2. Stroomschema (malen van medicatie).
- 2^e meting: resultaten van de implementatie:
 - daling in medicatiefouten→ totaal 25 minder fouten: ↓ uitzetten-toedienen-voorschrijven
↑ leveringsfouten - patiënt gerelateerd (iets)
 - toename van de deskundigheid en bewustwording verpleegkundigen: (vragenlijst)
 - toedienen en het malen van medicatie
 - behorende wetgeving
- = Waarneembaar→ dagelijkse praktijk→ meer kritisch zijn t.a.v. handelen medicatie toediening (subjectief) nog niet iedereen! → verschil in werkwijze
- na de projectfase aandacht blijven voor het verder verbeteren van medicatieveiligheid → werkgroep Medicatieveiligheid
- Conclusie → doelstelling van afstudeerproject ruimschoots is behaald
→ afstudeerproject zeer succesvol is verlopen.
- Vragen?
- Dank aan Team O1: 13/12 presentatie Boekel
- Uitdelen pennen

Auteurs:

Thea van den Boom

Mariëlle Craane

Hanny Leijten

Conny Slegers

Afstudeerproject HBO- Verpleegkunde, Fontys Hogeschool te Eindhoven,
in samenwerking met GGZ Oost Brabant te Boekel, december 2011.

