

16-6-2018

Geen stress in het medicatieproces

Een kwalitatief onderzoek naar het medicatieproces binnen Residentie Petruspark te Eindhoven



Auteurs: A. Salimans (2964511) en M. Visser (2467275)

Instituut: Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid

Opleiding: Bacheloropleiding tot verpleegkundige, voltijdvariant

Projectbegeleider: H. van de Leygraaf

Examinator: S. Egberts

Instelling: Residentie Petruspark

Opdrachtgever: C. van Eldijk

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek over het medicatieproces binnen Residentie Petruspark te Eindhoven. Het kader waarin dit is geschreven, is ter afsluiting van de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven. De auteurs van dit onderzoek zijn A. Salimans en M. Visser. Het onderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met Vitalis Residentie Petruspark in opdracht van mevrouw C. van Eldijk.

Dit onderzoek is begeleid door meneer H. van de Leygraaf die wij willen bedanken voor zijn kritische blik en hulp. Tevens willen wij de opdrachtgever en alle medewerkers die hebben deelgenomen aan het onderzoek bedanken. Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder hen. Eveneens willen we de examinerator mevrouw S. Egberts bedanken voor haar feedback, wat de kwaliteit van ons onderzoek heeft verhoogd. Verder willen we onze referentiegroep bedanken voor hun steun en feedback tijdens het schrijven van het onderzoek.

Tot slot willen we familie en vrienden bedanken voor hun steun en geduld tijdens het gehele proces.

A. Salimans en M. Visser

Lijst met synoniemen

Binnen dit onderzoek komen een aantal woorden voor die de studentonderzoekers hier willen verduidelijken.

Hij

De term hij/zijn zal worden gebruikt voor zowel de mannelijke als vrouwelijke vorm. Dit om eenduidig te zijn in terminologie en om anonimiteit binnen de onderzoeken te waarborgen.

Medewerkers

De term medewerkers zal als synoniem worden gebruikt voor de verpleegkundigen en verzorgenden van Residentie Petruspark. Indien zou worden gesproken over een medewerker niet in de functie van verpleegkundige of verzorgende of over aandachtsvelders medicatieveiligheid zal dit expliciet worden vermeld.

Studentonderzoekers

De term studentonderzoekers zal worden gebruikt voor de onderzoekers A. Salimans en M. Visser.

Samenvatting

Probleemstelling: Het onderzoek richt zich op ervaringen in het medicatieproces binnen Residentie Petruspark. Getracht wordt een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag: *“Op welke wijze vindt het medicatieproces binnen Residentie Petruspark plaats en hoe ervaren de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden de bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en samenwerking?”*

Onderzoeksmethoden: Het onderzoek bestaat uit een literatuuronderzoek, uitgevoerd door beide studentonderzoekers en twee kwalitatieve praktijkonderzoeken welke individueel zijn uitgevoerd.

Literatuuronderzoek: Medicatie kent een breed proces waarin per fase invloeden, fouten, taken en verantwoordelijkheden bestaan betreffende medicatieveiligheid. Tevens zijn invloeden, taken en verantwoordelijkheden gevonden die betrekking hebben op het gehele proces.

Deelonderzoek één: Om inzicht te krijgen in ervaringen betreffende het medicatieproces, de taken en de verantwoordelijkheden is één focusgroep gehouden met zeven deelnemers. Hieruit zijn meerdere knelpunten naar voren gekomen, voornamelijk betreffende MIC-meldingen, medicatie-overname en de communicatie met de huisarts, apotheek en het ziekenhuis.

Deelonderzoek twee: De ervaringen betreffende de samenwerking tussen de teams en de aandachtsvelders medicatieveiligheid zijn in kaart gebracht middels zeven semigestructureerde interviews. Hieruit blijkt dat de aandachtsvelders een relatief nieuwe rol hebben waar nog groei in te behalen is, voornamelijk in coaching, terugkoppeling en in het geven van feedback.

Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat knelpunten en onduidelijkheden bestaan in verschillende delen van het medicatieproces en de bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en samenwerking. Hierbij zijn medicatie-overname, MIC-meldingen en communicatie in de samenwerking met verschillende disciplines en de aandachtsvelders medicatieveiligheid het sterkst geaccentueerd.

Aanbevelingen: Naar aanleiding van de resultaten wordt aanbevolen om aandachtsvelders meer te ontwikkelen in hun competenties betreffende coaching, feedback en terugkoppeling. Tevens wordt aanbevolen het bewustzijn van medewerkers te verhogen ten aanzien van de eigen regie van cliënten binnen het medicatieproces. Tot slot wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen naar het maken van MIC-meldingen en de communicatie met de huisarts, apotheek en het ziekenhuis.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Lijst met synoniemen	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	6
1.1. Aanleiding en probleembeschrijving	6
1.2. Belanghebbenden en verpleegkundige relevantie	7
1.3. Probleemstelling	8
1.4. Onderzoeksdeelvragen	8
1.5. Doelstelling	8
1.6. Leeswijzer	8
2. Literatuuronderzoek	9
2.1. Methode literatuuronderzoek	9
2.2. Resultaten literatuuronderzoek	10
2.2.1. Invloeden op medicatieveiligheid	10
2.2.2. Medicatiefouten	11
2.2.3. De taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen	11
2.3. Conclusie	12
3. Onderzoeksdeelvragen	13
3.1. Onderzoeksdeelvraag twee “medicatieproces” (A. Salimans)	13
3.1.1. Onderzoeksbenadering	13
3.1.2. Dataverzamelingstechniek	13
3.1.3. Onderzoeksinstrument	13
3.1.4. Onderzoekspopulatie	13
3.1.5. Data-analysemethode	14
3.1.6. Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	15
3.2. Onderzoeksdeelvraag drie “samenwerking” (M. Visser)	16
3.1.1. Onderzoeksbenadering	16
3.1.2. Dataverzamelingstechniek	16
3.1.3. Onderzoeksinstrument	16
3.1.4. Onderzoekspopulatie	16
3.1.5. Data-analysemethode	17
3.1.6. Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	17
4. Resultaten	18
4.1. Resultaten onderzoeksdeelvraag twee (A. Salimans)	18
4.1.1. Thematisering	18
4.1.2. Voorbereidingen in het medicatieproces	18

4.1.3.	Uitvoering van het medicatieproces.....	19
4.1.4.	Evaluatie van het medicatieproces.....	20
4.1.5.	Aandachtsvelders medicatieveiligheid en MIC-meldingen.....	20
4.1.6.	Deelconclusie.....	21
4.2.	Resultaten onderzoeksdeelvraag drie (M. Visser).....	23
4.2.1.	Thematisering.....	23
4.2.2.	De rol aandachtsvelder.....	23
4.2.3.	Samenwerking tussen aandachtsvelders en medewerkers.....	24
4.2.4.	Communicatie.....	24
4.2.5.	Samenwerking bij verbeteringen.....	25
4.2.6.	Samenwerking tussen aandachtsvelders.....	26
4.2.7.	De wijkverpleegkundige.....	26
4.2.8.	Deelconclusie.....	26
5.	Conclusie en discussie.....	28
5.1.	Conclusie.....	28
5.2.	Discussie.....	29
5.2.1.	Sterke punten.....	29
5.2.2.	Zwakke punten.....	29
6.	Aanbevelingen.....	31
	Aanbeveling 1: Deskundigheidsbevordering Aandachtsvelders.....	31
	Aanbeveling 2: Bewustwording eigen regie.....	31
	Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek.....	32
7.	Bibliografie.....	33
8.	Bijlagen.....	37
	Bijlage 1. Het medicatieproces.....	37
	Bijlage 2. Selectiemethoden.....	38
	2.1. Selectiemethode PubMed.....	38
	2.2. Selectiemethode CINAHL.....	39
	Bijlage 3. Karakteristieken artikelen.....	40
	Bijlage 4. Draaiboek met topiclijst focusgroep.....	43
	4.1. Draaiboek focusgroep.....	43
	4.2. Topiclijst.....	44
	Bijlage 5. Topiclijst semigestructureerde interviews.....	46
	Bijlage 6. Respondentenkenmerken.....	47
	6.1. Respondentenkenmerken Focusgroep.....	47
	6.2. Respondentenkenmerken interviews.....	47
	Bijlage 7. Eerste informatiebrief.....	48

Bijlage 8. Informatiebrief	49
Bijlage 9. Toestemmingsformulier (informed consent).....	51
Bijlage 10. Audit-trails	52
10.1. Audit-trail focusgroep.....	52
10.2. Audit-trail Interviews	53
Bijlage 11. Protocol Aandachtsvelder Medicatieveiligheid	55

1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding, probleembeschrijving, context, het belang en de verpleegkundige relevantie van het onderzoek. Tevens komen de probleemstelling, onderzoeksdeelvragen en doelstelling aan bod.

1.1. Aanleiding en probleembeschrijving

In Nederland bestaat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die zorgaanbieders verplicht om incidenten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.). Jaarlijks ontvangt de IGJ i.o. 11.000 incidentmeldingen, waarvan ongeveer 500 meldingen vallen onder verkeerd medicatiegebruik met ernstig letsel of de dood als gevolg (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

Verkeerd medicatiegebruik kan in meerdere fases van het medicatieproces voorkomen. Dit is een proces bestaande uit tien stappen; voorschrijven, klaarmaken en afleveren, afspraken maken, uitzetten, aanreiken, toedienen, aftekenen, signaleren en rapporteren, evaluatie en de overdracht. Verpleegkundigen spelen in bovenstaand proces een grote rol (Vilans, V&VN, Trimbos instituut, & SBB, 2013). In paragraaf 1.2 staan de belanghebbenden binnen het medicatieproces beschreven.

Verpleegkundigen vallen onder de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), welke de kwaliteit van de beroepsuitvoering in de gezondheidszorg bewaakt. Tevens beschermt het de cliënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen (V&VN, 2018). Onder de Wet BIG valt onder andere het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Deze komen in verschillende stappen van het medicatieproces voor en mogen alleen door verpleegkundigen en verzorgenden IG worden uitgevoerd (Nursing, 2016).

Iedere zorginstelling die medicatie verstrekt, doorloopt delen van het medicatieproces. Zo ook Residentie Petruspark te Eindhoven, opdrachtgever van dit onderzoek. Residentie Petruspark valt onder Vitalis WoonZorg Groep en is een appartementencomplex wat ontwikkeld is om ouderen langer veilig en zelfstandig te laten wonen (Vitalis, 2018). Binnen Residentie Petruspark bestaat de mogelijkheid tot thuiszorg door twee vitale teams met in totaal 27 medewerkers. Deze teams zitten intramuraal, echter valt Residentie Petruspark onder extramurale zorg (Vitalis, 2018). Het medicatieproces staat daarentegen los van intramurale en extramurale zorg (Vilans et al., 2013).

Elk vitaal team is samen verantwoordelijk voor de cliënten (Vitalis, 2018). Sinds de start van deze teams zijn aandachtsvelders aangesteld. Zo hebben beide teams één aandachtsvelder medicatieveiligheid die extra aandacht heeft voor het medicatieproces.

Door de manager zijn verschillende verbeterpunten geconstateerd betreffende medicatieveiligheid; niet of verkeerd aftekenen, geen of verkeerde medicatietoediening en afwezigheid van aftekenlijsten. Tevens bestaat onduidelijkheid over de samenwerking tussen de aandachtsvelders medicatieveiligheid en de medewerkers.

Binnen Residentie Petruspark wordt gewerkt met MIC-meldingen. Uit de analyse van 2017 blijkt dat zeven MIC-meldingen zijn gemaakt omtrent medicatie; betreffende het niet geven van medicatie en medicatietoediening op een verkeerd tijdstip. Wat de hoeveelheid meldingen in relatie tot het aantal medewerkers zegt, is niet vermeld.

Naar aanleiding van bovengenoemde heeft de manager aangegeven dat het gewenst is om het medicatieproces te onderzoeken. In het verleden hebben binnen Residentie Petruspark geen eerdere onderzoeken plaatsgevonden betreffende medicatieveiligheid.

1.2. Belanghebbenden en verpleegkundige relevantie

Medicatieveiligheid kent vele belanghebbenden. Kijkend naar macro-, meso- en microniveau kan breed begonnen worden met de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat per jaar ongeveer 49.000 ziekenhuisopnames plaatsvinden door medicatieproblemen, waarvan 63% potentieel vermijdbaar is (Erasmus MC, Nivel, Radboud UMC, & PHARMO, 2017). De geschatte kosten hiervan zijn ruim 94 miljoen euro (Gerritsen & Schrijvers, 2014). Gekeken naar Vitalis zouden problemen in de medicatieveiligheid de kwaliteit van zorg binnen de organisatie negatief kunnen beïnvloeden. Tevens kunnen deze problemen wellicht accreditaties in gevaar brengen. Naast de instelling zelf leveren medicatieproblemen zorgverleners, die een rol spelen in het medicatieproces, onnodig extra werk op (MedApp, 2018). In tabel 1 is weergegeven wie per stap de verantwoordelijkheid heeft. Tevens wordt de link gemaakt met de CanMEDS-rollen (Canadian Medical Education Directives for Specialists), om de verpleegkundige relevantie te benadrukken. Zie bijlage 1 voor de uitwerking van het medicatieproces.

Tot slot zijn cliënten belanghebbenden, zij kunnen door medicatiefouten gezondheidsproblemen krijgen. Hierdoor kan het vertrouwen in de zorgverleners en/of organisatie afnemen, wat een negatief effect kan hebben op de kwaliteit van zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, 2017). De cliënt is de grootste belanghebbende betreffende medicatieveiligheid. Hier zal echter niet dieper op worden ingegaan, omdat de focus in het onderzoek wordt gelegd op de medewerkers van Residentie Petruspark.

Tabel 1. Medicatieproces, verantwoordelijkheden en CanMEDS-rollen

Stappen van medicatieproces (Vilans et al., 2013)	Verantwoordelijkheid	CanMEDS-rol gelinkt aan het verpleegkundig beroep (Schoormans, Lambregts, Grotendorst, & Van Merwijk, 2012)
Stap 1. Voorschrijven	De (huis)arts is hoofdverantwoordelijk. De zorgverlener kan hierin medeverantwoordelijk zijn.	De verpleegkundige neemt de rol van samenwerkingspartner en communicator op zich, omdat hij kennis en informatie deelt met de arts.
Stap 2. Klaarmaken en leveren	Apotheker is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van communicator op zich door te communiceren met de apotheek bij onduidelijkheden of onjuistheden.
Stap 3. Afspraken met cliënt	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van samenwerkingspartner, organisator en gezondheidsbevorderaar op zich, omdat hij samen met de cliënt de zorg rondom medicatiegebruik organiseert en hierbij het zelfmanagement ondersteunt.
Stap 4. Medicatie uitzetten	Apotheker is hoofdverantwoordelijk bij het gebruik van een baxtersysteem. Anders is de zorgverlener hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van communicator op zich door te communiceren met de apotheek bij onduidelijkheden of onjuistheden. Tevens neemt de verpleegkundige de rol van zorgverlener aan bij het uitzetten van medicatie.
Stap 5. Medicatie aanreiken	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van zorgverlener op zich, omdat dit valt onder het uitvoeren van een verpleegkundige handeling.
Stap 6. Medicatie toedienen of innemen	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van zorgverlener op zich. Hij moet namelijk de gegevens van de cliënt, de naam en sterkte van de dosis en de vervaldatum van het medicijn controleren. Tevens neemt de verpleegkundige de rol van reflectieve professional aan vanwege het hanteren van protocollen.

Stap 7. Medicatie aftekenen	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van zorgverlener en communicator op zich, omdat hij zorgt voor terugkoppeling naar het team.
Stap 8. Signaleren en rapporteren van (bij)werkingen	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van zorgverlener, communicator en samenwerkingspartner op zich. Middels klinisch redeneren worden (bij)werkingen gesignaleerd en gerapporteerd. Vervolgens communiceert hij dit naar het team en de arts.
Stap 9. Evaluatie van behandeling	De (huis)arts is hoofdverantwoordelijk. De zorgverlener kan hierin medeverantwoordelijk zijn.	De verpleegkundige neemt de rol van zorgverlener, communicator en samenwerkingspartner op zich. Hij dient op de hoogte te zijn van de werking en bijwerkingen van het medicijn bij de cliënt.
Stap 10. Overdracht	Zorgverlener is hoofdverantwoordelijk.	De verpleegkundige neemt de rol van communicator op zich, omdat hij moet zorgen voor een duidelijke overdracht naar een andere instelling.

1.3. Probleemstelling

Op welke wijze vindt het medicatieproces binnen Residentie Petruspark plaats en hoe ervaren de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden de bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en samenwerking?

1.4. Onderzoeksdeelvragen

1. Wat zegt de literatuur over het medicatieproces?
2. Op welke wijze ervaren de verpleegkundigen en verzorgenden van Residentie Petruspark hun taken en verantwoordelijkheden in het medicatieproces en hoe wordt dit uitgevoerd?
3. Op welke wijze verloopt de samenwerking tussen de aandachtsvelders en de verpleegkundigen en verzorgenden van Residentie Petruspark, en hoe wordt dit door beide groepen ervaren?

1.5. Doelstelling

Eind juni 2018 bestaat inzicht in het verloop van het medicatieproces, de ervaringen van medewerkers met betrekking tot hun taken en verantwoordelijkheden hierin en de samenwerking tussen de teams en de aandachtsvelders, binnen Residentie Petruspark. Tevens worden aanbevelingen gedaan over eventuele verbeterpunten in het medicatieproces en/of de samenwerking.

1.6. Leeswijzer

Na bovenstaande inleiding volgt in hoofdstuk twee het literatuuronderzoek. Hoofdstuk drie beschrijft de uitvoering van het onderzoek, waarna in hoofdstuk vier de resultaten aan bod komen. In hoofdstuk vijf zijn de conclusie en de discussie beschreven. Tot slot worden in hoofdstuk zes aanbevelingen gegeven.

2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt middels literatuuronderzoek antwoord gegeven op de vraag: “Wat zegt de literatuur over het medicatieproces?”

2.1. Methode literatuuronderzoek

In deze paragraaf wordt de methode van het literatuuronderzoek beschreven die heeft geleid tot de resultaten die zijn beschreven in paragraaf 2.2.

Evidence kan worden verkregen uit verschillende bronnen, zoals literatuuronderzoek waarbij wordt gekeken naar resultaten uit wetenschappelijk onderzoek (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012).

Voor dit literatuuronderzoek zijn de databanken PubMed en CINAHL gebruikt. Voor PubMed is gekozen, omdat deze meer dan 20 miljoen referenties bevat op medisch gebied (Leids Universitair Medisch Centrum, 2012). Voor CINAHL is gekozen, omdat deze ruim 1,7 miljoen referenties van artikelen bevat op verpleegkundig gebied (Leids Universitair Medisch Centrum, 2009).

Binnen PubMed en CINAHL is gezocht middels de booleaanse operatoren ‘AND’ en ‘OR’ om zoektermen te combineren (Cox et al., 2012; Universiteit Utrecht, 2018). Ook zijn MeSH-terminen (Medical Subject Headings) en CINAHL Headings zijn gebruikt om gerelateerde zoektermen, synoniemen en/of andere spellingsvarianten te verkrijgen, zie tabel 2 (Sloof, Kramer, Schats, & Leclercq, 2013).

Tabel 2. Gebruikte MeSH-terminen en CINAHL Headings

	Nederlands	Engels	Termen
Zoektermen	Medicatieproces	Medication process	MESH-terminen
	Medicatieveiligheid	Medication safety	Medication Errors
	Medicatie	Medication	Medication Systems
	Medicatiefouten	Medication errors/mistakes	Medication Therapy Management
	Medicatioetoediening	Task*/Chore*/Job*	Safety Management
	Taken	Responsibilit*	Nurses
	Verantwoordelijkheden	Nurs*	Nursing
	Verpleegkundigen	Home care	Nursing Care
	Wijkzorg/Thuiszorg		Home Care Services
			CINAHL Headings
			Home Health Care

Het truncatieteken () zorgt ervoor dat alle volgende letters na de stam van de term worden meegenomen tijdens het zoeken.

Naast bovenstaande zoekmethode is de sneeuwbalmethode gebruikt, waarbij artikelen zijn gevonden op basis van een vorige artikel (Universiteit Utrecht, 2018).

Gekozen is voor een limitatie van artikelen niet ouder dan vijf jaar, omdat deze niet meer actueel zullen zijn vanwege ontwikkelingen in het vakgebied (The University of Toledo, 2018). De gebruikte in- en exclusiecriteria en limieten zijn te vinden in tabel 3.

Tabel 3. In- en exclusiecriteria en limieten artikelen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria	Limieten
Artikelen gericht op - Het medicatieproces - Fouten in het medicatieproces - Taken en verantwoordelijkheden	Aanwezigheid volledige tekst Volledige tekst gratis te verkrijgen	Niet ouder dan 15 jaar Nederlands- of Engelstalig

In eerste instantie is specifiek gezocht op thuiszorg, in verband met de setting van Residentie Petruspark. Echter zijn vanwege het beperkt aantal resultaten meerdere zorgsettings geïncludeerd. Om deze reden is de term “thuiszorg” niet in de onderzoeksdeelvraag meegenomen. De gebruikte zoekstrings zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Gebruikte zoekstrings

PubMed	CINAHL
("Medication Therapy Management"[Mesh] OR "Medication Errors"[Mesh] OR "Medication Systems"[Mesh] OR "Safety Management"[Mesh] OR medication process) AND ("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND (task* OR responsibilit* OR chore* OR job*) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh])	(MH "Home Health Care") AND (task* OR job* OR chore* OR responsibilit*) AND (medication process) AND (nurs*) AND (medication errors)

De artikelen zijn onafhankelijk gescreend en beoordeeld middels de Cochrane beoordelingsformulieren (Cochrane Netherlands, 2013). Belangrijk was dat de volledige tekst aanwezig was voor het bestuderen van de resultaten. Na de beoordeling zijn de bevindingen samengevoegd. De selectiemethodes zijn te vinden in bijlage 2, de karakteristieken van de artikelen staan in bijlage 3.

2.2. Resultaten literatuuronderzoek

In deze paragraaf zijn de resultaten met bijbehorende conclusie van het literatuuronderzoek weergegeven.

2.2.1. Invloeden op medicatieveiligheid

Er zijn verschillende thema's gevonden die een positieve of negatieve invloed op het medicatieproces hebben. Deze worden hieronder per thema besproken.

Werkomgeving

Verpleegkundigen uit meerdere studies hebben belemmerende factoren binnen het medicatieproces aangegeven, zoals een hoge werkdruk, tijdstekort, weinig steun van collega's en afleiding uit de omgeving (Aydon, Hauck, Zimmer, & Murdoch, 2016; Hemingway et al., 2015). Ook hebben ze belemmeringen in de samenwerking met de apotheek betreffende medicatielevering kenbaar gemaakt (Smeulders, Onderwater, van Zwieten, & Vermeulen, 2014). Verder wordt veel administratie, wat ten kosten gaat van cliëntentijd, als negatieve invloed op medicatieveiligheid gezien (Johansson-Pajala, Jorsäter Blomgren, Bastholm-Rahmer, Fastbom, & Martin, 2016).

Een bevorderende factor volgens de studie van Aydon et al. (2016) is het hebben van respect en de aanwezigheid van rolmodellen binnen het team. Hierdoor voelen verpleegkundigen zich minder bezwaard om vragen te stellen betreffende medicatie.

Medicatiekennis

De hoeveelheid kennis en ervaring speelt volgens verpleegkundigen een grote rol in het kritisch uitvoeren van het medicatieproces. Evidence based protocollen hebben hier een positieve invloed op (Aydon et al., 2016). Daarentegen is aangegeven dat tijdsgebrek en baxtersystemen voor een lager kennisniveau betreffende medicatie zorgen wat belemmerend kan zijn voor de medicatieveiligheid. Door de komst van baxtersystemen is het uitzetten van medicatie door verpleegkundigen vaak niet meer nodig, waardoor kennis over

de desbetreffende medicatie als onnodig wordt gezien (Johansson-Pajala et al., 2016). Tevens is moeite met verpleegkundig rekenen als struikelblok benoemd in de medicatieveiligheid (Hemingway et al., 2015).

Communicatie

Verpleegkundigen ervaren hiaten in communicatie met artsen omtrent het handelen gebaseerd op de mening hun en het niet luisteren naar hen. Tevens zijn artsen niet altijd bereikbaar en wordt communicatie binnen de thuiszorgsetting bemoeilijkt door betrokkenheid van verschillende huisartsen. Bovengenoemde knelpunten zorgen voor een minder goede samenwerking met de arts dan gewenst (Johansson-Pajala et al., 2016).

Daarnaast benoemen verpleegkundigen taalbarrières als belemmerende factor in de communicatie met de cliënt. Ook wordt therapieontrouw als belemmerende factor beschouwd, wat verholpen kan worden door regelmatige terugkoppeling met de cliënt (Hemingway et al., 2015).

2.2.2. Medicatiefouten

Verpleegkundigen uit meerdere studies hebben aangegeven dat problemen met aftekenlijsten regelmatig voorkomen, waardoor medicatiefouten gemaakt worden. Medicatiefouten die naar voren zijn gekomen, zijn het te laat geven of vergeten van medicatie, het geven van medicatie aan de verkeerde cliënt, het geven van verkeerde doseringen en het niet uitvoeren van de dubbelcheck. Tevens is vermeld dat medicijnen van therapieontrouwe cliënten op de grond kunnen belanden, waardoor andere cliënten deze kunnen innemen (Hemingway et al., 2015; Smeulers et al., 2014).

Tot slot is door verpleegkundigen aangegeven dat het maken van medicatiefouten en MIC-meldingen voor bewustzijn in medicatieveiligheid zorgen (Smeulers et al., 2014).

2.2.3. De taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen

Binnen het medicatieproces zijn verschillende taken en verantwoordelijkheden naar voren gekomen. Onder taken wordt het “te verrichten werk” verstaan en onder verantwoordelijkheden wordt “verantwoording dragend of voelend, het meebrengen van plichten en aansprakelijk zijn” verstaan (Weijnen, Ficq-Weijnen, & Hofman, 2008).

Taken

Verpleegkundigen hebben aangegeven dat ze een centrale rol spelen in het medicatieproces. Hierbij zorgen ze voor continue communicatie met verschillende disciplines, het team en de cliënt (Johansson-Pajala et al., 2016). Twee studies hebben aangegeven dat verpleegkundigen verscheidene taken in het medicatieproces hebben, zoals het controleren van aftekenlijsten, evalueren, signaleren van bijwerkingen en het veilig klaarmaken en aanreiken van medicatie (Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulers et al., 2014).

Verantwoordelijkheden

Uit meerdere studies is gebleken dat verpleegkundigen de huisarts eindverantwoordelijk vinden voor het gehele medicatieproces. Echter bestaat hierbij onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid binnen de individuele stappen van het medicatieproces.

Verpleegkundigen hebben aangegeven zich verantwoordelijk te voelen voor het monitoren van het medicatieproces, beheersen van vaardigheden om fouten te voorkomen en geven van feedback bij medicatiefouten. Tevens vinden ze het belangrijk om klinisch te kunnen redeneren en kennis te hebben betreffende medicatie.

Tot slot kwam sterk naar voren dat verpleegkundigen vrezen voor het maken van een fatale fout en dat ze zich verantwoordelijk voelen voor acties van de huisarts (Aydon et al., 2016; Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulers et al., 2014).

2.3. Conclusie

Uit onderzoek blijkt dat werkomgeving, medicatiekennis en communicatie van invloed zijn op de medicatieveiligheid. Verscheidene negatieve invloeden vanuit de werkomgeving zijn aan bod gekomen, zoals administratie, samenwerking met de apotheek en een hoge werkdruk. Tevens zijn verschillende invloeden betreffende medicatiekennis naar voren gekomen, waarbij tijdstekort en baxtersystemen als negatief worden gezien. Daarentegen hebben protocollen een positieve invloed. Het hebben van kennis en het klinisch kunnen redeneren zien verpleegkundigen als hun verantwoordelijkheid.

Verder blijkt uit onderzoek dat verpleegkundigen een continue communicatie met onder andere de huisarts als taak zien. Echter zijn hier verschillende knelpunten in benoemd. Betreffende het aanreiken, toedienen en aftekenen van medicatie is naar voren gekomen dat verpleegkundigen het controleren van aftekenlijsten en het veilig klaarmaken en aanreiken van medicatie als hun taak zien. Medicatiefouten die in de onderzoeken naar voren gekomen zijn, betroffen voornamelijk fouten in deze drie aspecten. Tot slot hebben verpleegkundigen aangegeven angst te hebben voor het maken van een fatale fout, ze voelen zich dan ook verantwoordelijk voor het voorkomen hiervan.

3. Onderzoeksdeelvragen

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethodes van deelonderzoeken twee en drie toegelicht.

3.1. Onderzoeksdeelvraag twee “medicatieproces” (A. Salimans)

In deze paragraaf wordt de onderzoeksmethode van de volgende deelvraag beschreven: “Op welke wijze ervaren de verpleegkundigen en verzorgenden hun taken en verantwoordelijkheden in het medicatieproces en hoe wordt dit uitgevoerd?”

3.1.1. Onderzoeksbenadering

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek heeft plaatsgevonden om de eerste ervaringen van medewerkers te onderzoeken gerelateerd aan hun taken en verantwoordelijkheden binnen het medicatieproces (Baarda, 2014; Cox et al., 2012).

3.1.2. Dataverzamelingstechniek

Het deelonderzoek is uitgevoerd middels één focusgroep met CCI-methode (Harps-Timmerman, Smits, & Jukema, 2012). Deze methode is gekozen wegens het evaluerend karakter van het onderzoek, waarbij medewerkers zowel individueel als in groepsverband zijn bevraagd om verdieping in de ervaringen aan te brengen (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Onderzoeksdeelvraag twee is afgebakend van onderzoeksdeelvraag drie door de deelnemers hierover te informeren en het doel van de focusgroep met CCI-methode te benoemen. De focusgroep is opgenomen middels een voicerecorder wat bijdraagt aan de geloofwaardigheid en plausibiliteit van het deelonderzoek (Cox et al., 2012).

Vanwege onervarenheid in het houden van een focusgroep is ter ondersteuning een draaiboek ontwikkeld (bijlage 4) en is verdieping gezocht binnen literatuur (Daniel, Breuer, & Mayer, 2013; Rousmaniere, 2015).

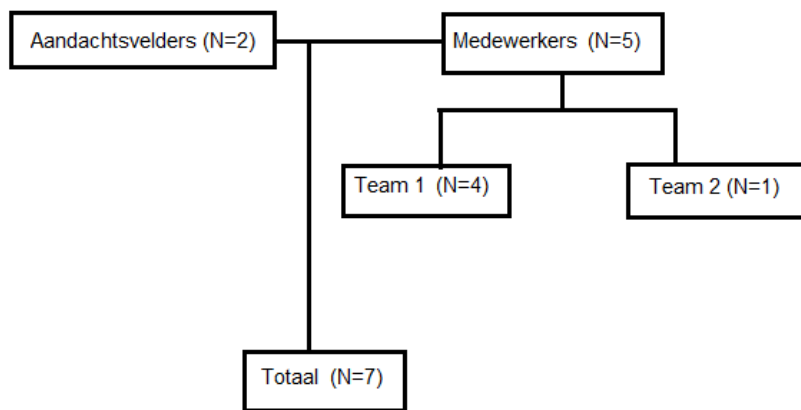
Betreffende de kwaliteit van de dataverzameling is tijdens de focusgroep gebruikgemaakt van member check door middels flap-overs en parafrases. Dit draagt bij aan de waarborging van de geloofwaardigheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid. Tevens zijn beide studentonderzoekers aanwezig geweest tijdens de focusgroep om de geloofwaardigheid en verifieerbaarheid te verhogen (Cox et al., 2012; Silverman, Kurtz, & Draper, 2014).

3.1.3. Onderzoeksinstrument

Aan het begin van de CCI-methode is de onderzoeksdeelvraag aan de focusgroep voorgelegd (Baarda, 2014). Tijdens de focusgroep is ter ondersteuning een topiclijst bij de hand gehouden (bijlage 4) om verdiepingsvragen te kunnen stellen (Lucassen & Hartman, 2007). De topics zijn opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek en zijn voorgelegd aan de opdrachtgever en projectbegeleider, om de plausibiliteit en verifieerbaarheid te waarborgen (Cox et al., 2012). Hier zijn geen wijzigingen uitgekomen.

3.1.4. Onderzoekspopulatie

Binnen Residentie Petruspark zijn twee teams met in totaal 27 medewerkers werkzaam. Voor dit deelonderzoek is gekozen voor een respondentengroep van N=7. Om de resultaten te kunnen generaliseren binnen de instelling zijn beide teams betrokken (Baarda, 2014; Cox et al., 2012). Tevens zijn beide aandachtsvelders medicatieveiligheid betrokken vanwege hun rol. De steekproefmethode is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Steekproefmethode focusgroep met CCI-methode.

De selectie heeft plaatsgevonden op basis van een doelgerichte steekproef. Om een representatieve respondentengroep te vormen is rekening gehouden met bereidheid tot deelname en het creëren van een heterogene groepssamenstelling. Hierbij is gekeken naar team, functie en het aantal jaren in dienst. De respondentenkenmerken zijn te vinden in bijlage 6.1 en de in- en exclusiecriteria in tabel 5.

De werving van medewerkers heeft plaatsgevonden tijdens teamoverleggen en middels een eerste informatiebrief (bijlage 7). Twee dagen voor de uitvoering van de focusgroep is een reminder verstuurd om het risico op non-respons en uitval te verlagen (Grol & Wensing, 2015).

Informed consent is toegepast om achteraf de anonimiteit te waarborgen (bijlage 9), wat mondeling en via een informatiebrief (bijlage 8) heeft plaatsgevonden (De Jong et al., 2015).

Tabel 5. In- en exclusiecriteria focusgroep

Inclusiecriteria	Verantwoording	Exclusiecriteria	Verantwoording
Verpleegkundigen en verzorgenden IG uit team 1 en team 2 van Residentie Petruspark	De onderzoekspopulatie.	Flexmedewerkers en stagiaires	Vanwege beperkte bevoegdheid medicatietoediening en minder ervaring met het medicatieproces binnen Residentie Petruspark.
Bevoegd en bekwaam voor medicatietoediening	Vanwege het onderzoeksonderwerp.		
Actief betrokken in het medicatieproces	Zij zullen ervaring hebben in het doorlopen van het medicatieproces binnen Residentie Petruspark.		
Beschikbaar tijdens onderzoek	Bij afwezigheid kunnen zij niet deelnemen aan de focusgroep.		

3.1.5. Data-analysemethode

De data-analyse heeft plaatsgevonden volgens het zes fasen model van Braun en Clarke (2006) waarbij de geluidsopname allereerst is getranscribeerd. Hierna is de transcriptie inductief gecodeerd. Vervolgens is geclusterd en gethematiseerd waarbij de coderingen op de post-its zijn samengevoegd met de, tijdens de focusgroep, gemaakte clusterings op de flap-overs. De thema's zijn verfijnd door kritisch te kijken naar de relatie met de kern van het onderzoek, waarna deze een passende naam hebben gekregen. Tot slot is antwoord gegeven op de onderzoeksdeelvraag middels een samenvatting van de resultaten waarbij passende citaten zijn toegevoegd (Braun & Clarke, 2006).

De stappen binnen de data-analyse zijn middels een audit-trail in kaart gebracht (bijlage

10.1) om de verplaatsbaarheid te waarborgen. Verder hebben de studentonderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd en gethematiseerd, wat bijdraagt aan de plausibiliteit en verifieerbaarheid (Baarda, 2014; Cox et al., 2012).

3.1.6. Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Voor de kwaliteitsborging binnen het deelonderzoek wordt verwezen naar bovenstaande onderzoeksmethode en de discussie (paragraaf 5.2.1.).

3.2. Onderzoeksdeelvraag drie “samenwerking” (M. Visser)

In deze paragraaf is de onderzoeksmethode beschreven van de volgende deelvraag: “Op welke wijze verloopt de samenwerking tussen de aandachtsvelders en de verpleegkundigen en verzorgenden, en hoe wordt dit door beide groepen ervaren?”

3.1.1. Onderzoeksbenadering

Een kwalitatief beschrijvend onderzoek heeft plaatsgevonden om de eerste ervaringen van medewerkers en aandachtsvelders, gericht op de samenwerking met elkaar, te onderzoeken (Baarda, 2014).

3.1.2. Dataverzamelingstechniek

Dit deelonderzoek heeft vorm gekregen middels semigestructureerde interviews. Deze zijn geschikt om de benodigde informatie te verzamelen bij geringe voorkennis, middels vooraf opgestelde topics. Tevens bestond hierbij de vrijheid om doelgericht door te vragen (De Jong et al., 2015; Lucassen & Hartman, 2007). Tijdens de interviews heeft member check plaatsgevonden middels parafrases en het maken van samenvattingen van de transcripten voor de respondenten. Dit heeft bijgedragen aan de plausibiliteit, verifieerbaarheid en geloofwaardigheid (Cox et al., 2012; Silverman et al., 2014).

Verder zijn de interviews opgenomen middels een voicerecorder wat bijdraagt aan de geloofwaardigheid en plausibiliteit (Cox et al., 2012). De interviews zijn afgenomen binnen Residentie Petruspark in een aparte ruimte, om rust en privacy te waarborgen (Silverman et al., 2014).

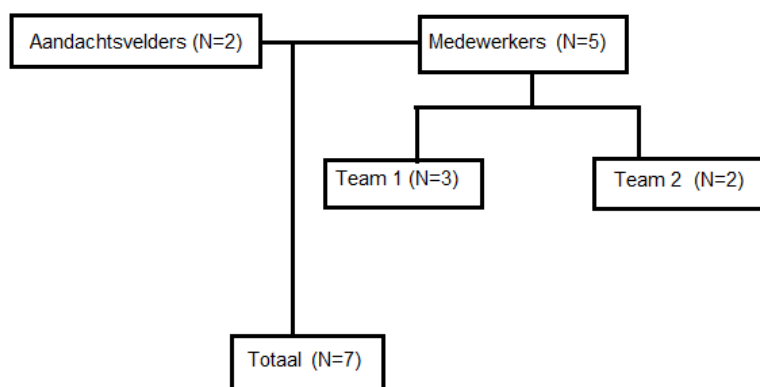
3.1.3. Onderzoeksinstrument

Voor de structuur binnen de interviews en data-analyse is gebruikgemaakt van een topiclijst (bijlage 5). Tijdens alle interviews zijn deze topics aan bod gekomen, waardoor resultaten met elkaar vergeleken konden worden (Baarda, 2014).

Binnen de literatuur is niks gevonden op het gebied van aandachtsvelders. De topics zijn om deze reden tot stand gekomen aan de hand van het protocol “Aandachtsvelder Medicatieveiligheid” (bijlage 11) dat opgesteld is door Vitalis (2017). De topiclijst is beoordeeld door de opdrachtgever en projectbegeleider, wat invloed heeft op de plausibiliteit en verifieerbaarheid (Cox et al., 2012). Aan de hand van de beoordeelde topiclijst heeft een proefinterview plaatsgevonden om de geloofwaardigheid te verhogen (Cox et al., 2012). Hierbij heeft één wijziging plaatsgevonden betreffende het verwijderen van de topic “audits”.

3.1.4. Onderzoekspopulatie

Binnen Residentie Petruspark zijn twee teams werkzaam, met in totaal 27 medewerkers. Om de resultaten te kunnen generaliseren is gekozen voor N=7 waarbij beide teams zijn betrokken (Scholl & Oliver, 2014). Tevens zijn, gezien het onderwerp, beide aandachtsvelders medicatieveiligheid betrokken in het deelonderzoek. De gebruikte steekproefmethode is weergegeven in figuur 2.



Figuur 2. Steekproefmethode interviews

Een doelgerichte steekproef heeft plaatsgevonden om de respondentengroep samen te stellen. Hierbij is een representatieve groep gevormd door rekening te houden met bereidheid tot deelname en het creëren van een heterogene groepssamenstelling, waarbij geïnformeerd is naar team, functie en jaren in dienst (Lucassen & Hartman, 2007). De respondentenkenmerken zijn te vinden in bijlage 6.2. Voor de steekproeftrekking is gebruikgemaakt van de in- en exclusiecriteria weergegeven in tabel 6.

De werving heeft plaatsgevonden tijdens teamoverleggen en middels een eerste informatiebrief (bijlage 7). Reminders zijn verstuurd om het risico op non-respons en uitval te verlagen (Grol & Wensing, 2015).

Om anonimiteit achteraf te waarborgen is informed consent toegepast (bijlage 9), wat mondeling en via een informatiebrief (bijlage 8) heeft plaatsgevonden (De Jong et al., 2015).

Tabel 6. In- en exclusiecriteria interview

Inclusiecriteria	Verantwoording	Exclusiecriteria	Verantwoording
Verpleegkundigen en verzorgenden IG uit team 1 en 2 van Residentie Petruspark.	Dit is de onderzoekspopulatie.	Geen bevoegdheid medicatieverstrekking.	Zij zullen betreffende medicatieveiligheid niet samenwerken met de aandachtsvelders.
Medewerkers die actief betrokken zijn in het medicatieproces.	Zij zullen eerder samenwerken met de aandachtsvelders.	Flexmedewerkers en stagiaires.	Vanwege beperkte bevoegdheid medicatieverstrekking en minder samenwerking met de aandachtsvelders.
Beschikbaar tijdens deelonderzoek.	Bij afwezigheid kunnen interviews niet afgenomen worden.		

3.1.5. Data-analysemethode

De data-analyse heeft plaatsgevonden volgens de methode van Braun en Clarke (2006). Aan de hand van geluidsopnames is getranscribeerd, waarna inductief gecodeerd is. Eerst zijn de transcripten van codes voorzien, welke vervolgens geclusterd en gethematiseerd zijn middels post-its. De thema's zijn hierna herzien door na te gaan of deze in relatie staan tot de ruwe data. Daarna zijn ze verfijnd en voorzien van een naam. Tot slot is gezocht naar passende citaten bij de resultaten.

De stappen binnen de data-analyse zijn middels een audit-trail in kaart gebracht (bijlage 10.2) om de verplaatsbaarheid te waarborgen. Ook hebben beide studentonderzoekers afzonderlijk van elkaar gecodeerd en gethematiseerd, wat heeft bijgedragen aan de plausibiliteit en verifieerbaarheid (Baarda, 2014; Cox et al., 2012).

3.1.6. Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Voor de kwaliteitsborging binnen het deelonderzoek wordt verwezen naar bovenstaande onderzoeksmethode en de discussie (paragraaf 5.2.1.).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van onderzoeksdeelvraag twee en drie beschreven en afgesloten met de deelconclusie.

Indien binnen de resultaten wordt gesproken over “medewerkers” betreft dit de respondenten.

4.1. Resultaten onderzoeksdeelvraag twee (A. Salimans)

4.1.1. Thematisering

Tijdens de data-analyse zijn de volgende thema's naar voren gekomen: voorbereidingen in het medicatieproces, uitvoering van het medicatieproces, evaluatie van het medicatieproces, aandachtsvelden en MIC-meldingen.

4.1.2. Voorbereidingen in het medicatieproces

Medewerkers hebben aangegeven soms de dupe te zijn van communicatieproblemen tussen huisarts en apotheek. Echter vraagt één medewerker zich af in hoeverre vastgesteld kan worden dat deze communicatieproblemen bestaan.

Medewerkers zien het als taak om tijdig te beoordelen wanneer nieuwe medicatie moet worden besteld. Dit wordt echter als lastig ervaren vanwege de tweewekelijkse levering, waardoor een wekelijkse levering geprefereerd wordt.

“Kijk, en dan is 't lastig om twee weken van tevoren al te denken: oh, over twee weken komen medicijnen, ik zal dan maar vast die zalf bestellen. Of wat je dan krijgt is dadelijk een enorme hoeveelheid.” (FB7)

Een andere negatieve ervaring is medicatielevering in de brievenbus van de cliënt. Dit is tijdrovend omdat medewerkers deze moeten legen of doordat aftekenlijsten kwijtraken wanneer de cliënt deze ophaalt en verliest.

Het regelen van medicatie wordt eveneens als tijdrovend en lastig ervaren. Dit vooral na ziekenhuisopname in het weekend, wanneer de apotheek gesloten is. De medicatieoverdracht is als groot knelpunt in de communicatie met het ziekenhuis benoemd.

“Maar ook hè, snapt de cliënt dat dan? Dan komt die met z'n envelopje naar huis. Eén envelopje voor de zusters, één envelopje voor de arts, maar ook één envelopje voor de apotheek waar dan dat recept in zit. Maar eer die dat snappen, dat je dan met het recept naar de apotheek moet en dat je dan, als wij een rol hebben, ook een aftekenlijst moet. Dat moet eigenlijk dat ziekenhuis dan duidelijker uitleggen” (FB29)

Bij het regelen van medicatie wordt telefonisch contact met de apotheek geprefereerd. Dit vanwege hiaten in het e-mailcontact waardoor bestellingen niet altijd doorkomen en medicatielevering niet plaatsvindt. Medewerkers vermoeden dat informatieverlies bij de apothekersassistenten de reden hiervan is.

“Naproxen zit niet in de baxter en moet los geleverd worden. Dan duurt het soms 3 à 4 dagen voordat ze het los leveren. Terwijl wij tegen de apotheek zeggen: ‘luister, deze mensen krijgen niet voor niks Naproxen’. Want daar moet je eigenlijk meteen mee starten... het probleem is, als je met zoveel assistenten te maken hebt, dan komen al die afspraken van de apotheek weer bij die assistenten.... Er zijn zoveel schakels. Dat is vaak ook het probleem, hè.” (FB31)

De BEM-lijst (Beheer Eigen Medicatie) wordt door medewerkers als een prettige manier ervaren om te indiceren of medicatie moet worden overgenomen. Desondanks hebben ze aangegeven dat medicatie al snel wordt overgenomen en dat men soms vergeet te signaleren wanneer medicatie weer in eigen beheer kan. Mantelzorgers zouden volgens medewerkers meer betrokken mogen worden bij medicatie-overname mits hier duidelijke afspraken over worden gemaakt.

VP1: "Als je de medicatie in beheer hebt, dan pakken wij dat op... dan ben je er ook verantwoordelijk voor."

VP2: "Nou dat is niet helemaal waar. Sommigen die zijn nog zo goed bij dat ze wel zelf dingen kunnen bestellen."

VP3: "Ik denk dat wij daarin toch nog best wel veel overnemen. Dat is misschien ook wel een leerproces van onszelf; om daar ook wat meer de mantelzorger bij te betrekken.... Maar wij zijn vanuit het verleden ook gewend om sneller over te nemen." (FB5)

4.1.3. Uitvoering van het medicatieproces

De baxter wordt door medewerkers als prettig te ervaren, vanwege het niet meer uit hoeven zetten van alle medicatie. Bij medicatie die wel uitgezet moet worden zien ze het als taak om dit zorgvuldig te doen, waarbij kritisch wordt gekeken naar de manier van handelen. Ze voelen zich hier verantwoordelijk voor, waardoor medicijnkastjes op de appartementen van cliënten hen een veilig en vertrouwd gevoel geven. Ondanks medicijnkastjes liggen opiaten niet altijd achter slot en grendel, wat als negatief wordt gezien door medewerkers.

"Ja, en zodra je denkt: dat kastje moet op slot, dat we dat gewoon op slot kunnen doen en dat dat eigenlijk in het appartement wel iets is van ons. Misschien niet helemaal de wijkzorggedachte... omdat dat onze verantwoording is" (FB3)

Medewerkers hebben aangegeven dat ze zich verantwoordelijk voelen voor het kunnen informeren van cliënten betreffende medicatie. Echter is aangegeven dat ze hier kennistekort in ervaren. Medewerkers gaven aan dat medicatieapplicaties en lessen in het bevorderen van bekwaamheid hierbij positief van invloed zijn. Tevens geeft één medewerker aan dat binnen de teams steeds meer bewustzijn is ontstaan over regels en afspraken rondom medicatie, vanwege protocollen. Daarentegen zien andere medewerkers het gebonden zijn aan protocollen als negatief, waardoor ze deze soms klakkeloos hanteren.

"Dus eigenlijk, wat zijn de regels en de afspraken, denken medewerkers veel meer over na. Dus bewustwording, zeg ik dan." (FB26)

De dubbelcheck en het geven van tijdsgebonden medicatie worden door medewerkers als lastig beschouwd, waarbij ze betwifelen of een betrouwbare dubbelcheck mogelijk is binnen de thuiszorg. Hierbij geven ze aan dat het hun taak is om kritisch na te denken over de zelfregie van de cliënt.

"Mevrouw komt naar huis met een dubbelcheck insuline en wordt meteen overgenomen door twee collega's. Terwijl ik dan denk: kan die mevrouw niet zelf die dubbelcheck zijn? Kan die mevrouw lezen wat er op die pen staat? Ja, die kan zelf lezen dat er 24 eenheden inzitten." (FB27)

Het verantwoord aanreiken van medicatie wordt door de medewerkers als belangrijk ervaren. Dit is echter niet altijd mogelijk vanwege het missen van aftekenlijsten, omdat deze vaak te laat aangevraagd worden. Hierdoor voelen medewerkers zich soms genoodzaakt zelf een aftekenlijst te maken. Verder zien ze het als hun taak om kritisch te kijken naar de aftekenlijst en baxter, waarbij positief wordt ervaren dat de baxter altijd klopt met de aftekenlijst. Daarentegen klopt de aftekenlijst niet altijd met de voorgeschreven medicatie. Tot slot bestaat onduidelijkheid over de officiële regels betreffende het aftekenen van opiaten in de thuiszorg.

Bijvoorbeeld bij een mevrouw, die dan terugkomt en dat je totaal door de bomen het bos niet ziet; geen aftekenlijst. Dat ze zelf denkt te weten wat ze moet gebruiken, maar dat je er niet zeker van bent.... En dat wij dan maar, dat je dan maar iets aan het geven bent.” (FB24)

4.1.4. Evaluatie van het medicatieproces

Volgens medewerkers is het hun taak om de werking en mogelijke bijwerkingen van medicatie te signaleren en rapporteren. Dit wordt bemoeilijkt door het ontbreken van protocollen hierbij.

“Net zoals mensen met diuretica... niemand die ooit mineralen prikt of kalium of weet ik veel wat... dat zou moeten, weet je wel. Als een huisarts medicatie voorschrijft, zouden er protocollen voor ons moeten komen welke... dat is allemaal bewijst van... of de medicatie of die zijn werk goed doet.” (FB10)

De evaluatie van de behandeling wordt door medewerkers als onprettig ervaren, omdat de huisarts pas evalueert wanneer iets misgaat bij de cliënt. Door een late evaluatie staat medicatie onnodig lang op de aftekenlijst en komt medicatie, zoals de paracetamol, niet standaard op de aftekenlijst te staan. Dit is volgens medewerkers tijdrovend, omdat hierdoor regelmatig naar de huisarts moet worden gebeld.

Tevens is voor medewerkers onduidelijk of het evalueren een taak is van hen of van de huisarts. Ze zouden betreffende evaluatie graag een betere samenwerking zien.

“Als mensen jarenlang bloeddrukverlagers krijgen, hè. En niemand meet de bloeddruk, misschien een keer in 't jaar. Ik vind ook als je zo'n medicijn voorschrijft, dan... een keer in de maand bloeddruk meten en doorbellen naar de huisarts.” (FB10)

4.1.5. Aandachtsvelders medicatieveiligheid en MIC-meldingen

De aandachtsvelders medicatieveiligheid hebben volgens medewerkers een belangrijke taak in het medicatieproces, vanwege het monitoren hiervan. Echter zijn ze hier groeiende in en hebben ze nog regelmatig coaching nodig van de wijkverpleegkundige.

“Ik denkt dat ze het goed doet, maar niet in de gaten heeft dat ze dingen ook mist. Dat is lastig, denken dat je het goed doet, maar letterlijk niet de kennis of de mogelijkheden hebben om erboven te hangen. Dat kan je dan niet eens iemand kwalijk nemen. Dat is lastig.... Letterlijk overvraag je een aandachtsvelder dan niet dus?” (FB44)

Het is volgens medewerkers hun taak om MIC-meldingen te maken wanneer een medicatiefout wordt begaan. Desondanks wordt dit als negatief ervaren, doordat MIC-meldingen als tijdrovend, intramuraal, uitgebreid en niet altijd nodig worden gezien. Tevens bestaat onduidelijkheid over wanneer deze gemaakt moeten worden. Ze zijn zich wel bewust van het feit dat officieel altijd een MIC-melding gemaakt moet worden.

“Dan heb ik een vraag over die MIC-melding. Als er één tabletje ’s morgens gegeven moet worden of ’s avonds, Calci-Chew, en je komt er ’s morgens achter dat die niet gegeven is. Wat doen we dan met z’n allen? Echt een MIC-melding maken? En dan denk ik, geef dat mens toch dat pilletje en klaar.” (FB13)

Medewerkers vinden dat een MIC-melding gemaakt moet worden door degene die de fout heeft begaan. Daarentegen heeft één medewerker aangegeven dat een MIC-melding voor een collega gemaakt mag worden mits deze wordt teruggekoppeld. Tenslotte is benoemd dat MIC-meldingen niet altijd worden geëvalueerd, wat medewerkers wel als belangrijk zien.

4.1.6. Deelconclusie

“Op welke wijze ervaren de verpleegkundigen en verzorgenden hun taken en verantwoordelijkheden in het medicatieproces en hoe worden deze uitgevoerd?”

Binnen dit deelonderzoek kwamen ervaringen naar voren betreffende het medicatieproces, de taken en de verantwoordelijkheden. Geconcludeerd kan worden dat knelpunten bestaan in verscheidene delen van het medicatieproces.

Zo is het voor medewerkers lastig om vast te stellen wanneer nieuwe medicatie moet worden besteld, vanwege de tweewekelijkse medicatielevering vanuit de apotheek. Betreffende de apotheek worden tevens knelpunten ervaren in de communicatie, wat voor onnodig regelwerk zorgt. Ook wordt de medicatielevering door de brievenbus van de cliënt als negatief gezien.

Tijdens het deelonderzoek is naar voren gekomen dat snel medicatie-overname plaatsvindt, vanwege het verantwoordelijkheidsgevoel van de medewerkers. Mantelzorgers zouden volgens hen meer betrokken kunnen worden bij medicatie-overname.

Geconcludeerd kan worden dat medewerkers het als hun taak zien om kritisch en zorgvuldig te handelen rondom de uitvoering van het medicatieproces, vanwege hun verantwoordelijkheidsgevoel. Desondanks geven ze aan dat hierbij knelpunten te vinden zijn betreffende; kennis, protocollen, dubbelcheck en aftekenlijsten. Daarentegen zijn ook positieve punten betreffende de uitvoering aan bod gekomen. Zo worden medicijnkastjes, medicatieapplicaties en lessen in het bevorderen van bekwaamheid als prettig ervaren.

Het signaleren en rapporteren van de werking en mogelijke bijwerkingen van medicatie worden door medewerkers als taken gezien. Dit wordt bemoeilijkt door het missen van protocollen. Geconcludeerd kan worden dat de evaluatie door de huisarts als onprettig wordt ervaren. Tevens is de taakverdeling hierin onduidelijk voor medewerkers en zouden ze graag een betere samenwerking zien.

Betreffende de overdracht is naar voren gekomen dat de medicatieoverdracht vanuit het ziekenhuis als groot knelpunt is benoemd, met veel regelwerk als gevolg.

Gesteld kan worden dat de aandachtsvelders medicatieveiligheid een taak hebben binnen het proces die als groeiende wordt ervaren.

Tot slot worden MIC-meldingen als tijdrovend, intramuraal, uitgebreid en vaak onnodig beschouwd. Tevens bestaat onduidelijkheid over wanneer een MIC-melding moet worden gemaakt en wie deze moet maken.

4.2. Resultaten onderzoeksdeelvraag drie (M. Visser)

4.2.1. Thematisering

In onderstaand figuur worden de thema's die naar voren zijn gekomen vanuit de data-analyse weergegeven. Deze zijn verwerkt in de onderstaande resultaten.



Figuur 3. Thema's Interviews

4.2.2. De rol aandachtsvelder

De rol van aandachtsvelder is pas recent operationeel, waardoor de teams nog zoekende zijn naar de optimale uitvoering hiervan. Desondanks zijn zowel de aandachtsvelders als drie van de vijf medewerkers zich wel bewust van de taakinhoud. De aandachtsvelders worden hierbij als aanspreekpunt bij onduidelijkheden betreffende medicatie gezien.

“Dat wij groeiende of zoekende zijn, als team zijnde, zo van ‘Hoe kunnen wij die taak, hoe moet die uitgediept worden?’, of ‘Wanneer is die goed?’ zeg maar, ‘Wanneer hebben we er iets aan en moeten we er iets mee?’, maar ook ‘Wat kunnen we er allemaal mee?’ Daar zijn we ook zelf nog een beetje in aan het zwemmen.” (15B2)

4.2.3. Samenwerking tussen aandachtsvelders en medewerkers

De samenwerking wordt wisselend ervaren door onder andere een divergentie in de werkhouding van de aandachtsvelders. Hierbij heeft één medewerker aangegeven dat ze in het diepe zijn gegooid met de komst van de aandachtsvelders. Hierdoor is wellicht onvoldoende gekeken naar mogelijke belemmeringen in de rol, door karaktereigenschappen.

“Dat ze taken moeten gaan doen die misschien wat taakhoudelijk betreft wel bij iemand past, maar alle randvoorwaarden en zaken er omheen... dat zit gewoon niet altijd in iedereen. Dan denk ik: ja dan is dat lastig om dat wel te moeten ontwikkelen.” (I5B3)

Een goede samenwerking houdt voor medewerkers in dat de aandachtsvelders betrouwbaar zijn, openstaan voor feedback en hen op de hoogte houdt van nieuwe ontwikkelingen. Tevens vinden ze het van belang dat samen kritisch wordt gekeken naar mogelijke oplossingen.

De aandachtsvelders hebben aangegeven het belangrijk te vinden dat men openstaat voor elkaars bevindingen en oplossingen, bij elkaar terecht kan voor vragen en elkaar op de hoogte houdt van ontwikkelingen.

“Een goede samenwerking is: de ander een veilig gevoel geven om te kunnen praten over datgene wat men ervaart of tegenkomt op het gebied van de aandachtsvelder.” (I4BM)

4.2.4. Communicatie

Benaderbaarheid

De medewerkers vinden beide aandachtsvelders benaderbaar, wegens een open houding ten aanzien van samenwerking en onduidelijkheden. Desondanks benaderen ze allen alleen de aandachtsvelder van hun eigen team.

“Nou ik vind dat de aandachtsvelder er wel goed mee bezig is. Ik kan er ook terecht als ik vragen heb en ik kan er ook terecht als er iets niet klopt en dat ze daar ook achteraangaat. Die ervaring heb ik.” (I6B1)

De aandachtsvelders geven aan een open houding belangrijk te vinden in de samenwerking en zich benaderbaar te maken middels verschillende communicatiemiddelen.

Coaching

Vier van de vijf medewerkers hebben nog geen coaching ervaren van hun aandachtsvelder. Echter is hier door één medewerker ook geen behoefte aan geweest. Eén medewerker uit team één heeft aangegeven wel coaching te hebben ervaren, namelijk via e-mail. Ze gaven allen aan wel behoefte te hebben aan duidelijkheid over afspraken betreffende medicatieveiligheid. Tevens is aangegeven dat de rol van aandachtsvelder beter benut mag worden, maar dat dit vanwege het zelfstandigheidsgevoel van de meeste medewerkers lastig wordt gevonden.

“Misschien moeten we dat binnen het team ook gaan doen. Van zo'n aandachtsvelder, daar moet je gebruik van maken. Dat doe ik misschien nog te weinig, omdat ik denk: als ik die vraag aan jou stel, dan moet jij dat uit gaan zoeken. Dan heb ik dat net zo goed zelf uitgezocht.” (I3B7)

De aandachtsvelders hebben aangegeven actief bezig te zijn met coachen. Echter zijn ze hier nog groeiend in. Coaching betekent voor beide aandachtsvelders hoofdzakelijk terugkoppeling en wordt grotendeels tijdens teamoverleggen gegeven.

Terugkoppeling

De medewerkers hebben aangegeven vragen en problemen terug te koppelen naar de aandachtsvelders. In afwezigheid van hen is ervaren dat medewerkers oplossingsgericht te werk gaan en naderhand terugkoppelen. Terugkoppeling vindt voornamelijk plaats tijdens teamoverleggen, via e-mail en in de wandelgangen. Het gros van de medewerkers ervaart een goede terugkoppeling van verbeteringen en acties hierop. Echter worden resultaten van verbeteringen niet teruggekoppeld, wat als onprettig wordt ervaren. Eén aandachtsvelder heeft wat dit betreft aangegeven resultaten alleen bij knelpunten terug te koppelen.

“Ik zou eigenlijk ook de goede dingen moeten melden natuurlijk, maar nou je het zegt. Meestal als het fout gaat, dan koppel ik in het teamoverleg terug, maar als het goed gaat eigenlijk niet.... Dat is een mooi puntje om mee te nemen.” (I2B11)

Feedback

Feedback richting de aandachtsvelders wordt vanuit de teams nog weinig gegeven en wordt ook niet altijd nodig geacht door de medewerkers. Twee medewerkers hebben hierbij aangegeven dit wel te hebben gedaan, wat wisselend werd opgepakt door de aandachtsvelders. Ook de aandachtsvelders ervaren weinig feedback vanuit de teams, wat volgens hen wel een waardevolle aanvulling zou zijn op de samenwerking.

Tevens hebben medewerkers aangegeven weinig tot geen feedback te hebben ontvangen vanuit de aandachtsvelders. Hierbij werd aangegeven dat onduidelijkheid bestaat over de noodzaak hiervan. Het krijgen van feedback zou wel als prettig worden ervaren, mits dit op een nette en persoonlijke manier wordt gedaan.

“Ik val niet meteen met de deur in huis, maar ik pak iemand eventjes samen, niet in een grote groep. Dan vraag ik wel waarom dingen gedaan zijn zoals ze gedaan zijn, waarom en wat ik er zelf van vind. Wel altijd uitgaande van het goede van de mens.” (I5B5)

Vanuit de aandachtsvelders is aangegeven dat ze feedback proberen te geven, desalniettemin geven ze aan hier nog groeiende in te zijn. Ze ervaren dat wanneer feedback gegeven wordt de teams hier positief op reageren.

4.2.5. Samenwerking bij verbeteringen

Medewerkers hebben aangegeven dat de aandachtsvelders de medicatieveiligheid monitoren en actief aan de slag gaan met verbeteringen. Daarentegen worden, door enthousiasme, soms zaken over het hoofd gezien. De medewerkers worden betrokken bij verbeteringen door overleg en terugkoppeling, wat als prettig wordt ervaren. Echter tonen beide teams weerstand bij het implementeren van verbeteringen.

“Vorige keer hadden we een vrouw die naar huis kwam en die is diabeet, die moet gespoten worden. Dan moet je dus dubbelcheck doen he. Dan worden er van allerlei toeters en bellen: oh we moeten dubbelcheck, dan moeten we met zijn tweeën gaan kijken, dan moeten we met zijn tweeën naar die mevrouw. Waarom kan die mevrouw zelf niet de dubbelcheck doen? Dus in het enthousiasme en het moet goed vergeet je die mevrouw.” (I1B13)

Verder is door meerdere medewerkers aangegeven dat ze het lastig vinden taken bij de aandachtsvelder te laten. Vooral bij team twee kwam sterk naar voren dat ze zich zelfstandig vinden en alleen hulp inschakelen bij grote problemen.

“Het is nog niet zoals het hoort te zijn eigenlijk. Als er iets is, dan bellen mensen vaak zelf heel boos naar de apotheek bijvoorbeeld, terwijl ze eigenlijk bij de aandachtsvelders moeten komen. Die verzamelen dat en geven het op. Daar schokt het een of ander, vind ik.” (I2B2)

4.2.6. Samenwerking tussen aandachtsvelders

Vanuit de teams wordt samenwerking tussen beide aandachtsvelders medicatieveiligheid belangrijk gevonden. Echter bestaat bij het gros van de medewerkers onduidelijkheid over het bestaan van deze samenwerking. De aandachtsvelders ervaren de samenwerking met elkaar als positief. Desondanks is hier volgens één aandachtsvelder verbetering in mogelijk.

“Ik denk wel dat het heel erg belangrijk is dat zij dat wel hebben... want we zijn wel twee teams maar we werken in één huis en proberen toch daarin wel een klein beetje één lijn te hebben zeg maar, ja.” (I5B18)

In team twee is de aandachtsvelder medicatieveiligheid tevens aandachtsvelder MIC-meldingen. In team één is dit niet het geval en wordt weinig tot geen zichtbare samenwerking tussen hen ervaren. Dit zou wel als een prettige en belangrijke aanvulling worden gezien op de medicatieveiligheid.

4.2.7. De wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige heeft volgens de medewerkers een grote invloed op het signaleren, aanpakken en terugkoppelen van verbeterpunten. Het doel is dat de aandachtsvelders deze taken uiteindelijk op zich nemen, waarbij de wijkverpleegkundige hen coacht om een kritische helikopterview te ontwikkelen.

“Coachen is in het begin aansturen en overnemen en het voortouw nemen om steeds een beetje meer op de achtergrond te verdwijnen. Totdat de taak in feite bij de aandachtsvelders ligt.” (I1B9)

4.2.8. Deelconclusie

“Op welke wijze verloopt de samenwerking tussen de aandachtsvelders en de verpleegkundigen en verzorgenden, en hoe wordt dit door beide groepen ervaren?”

Vanuit het deelonderzoek kan worden geconcludeerd dat de rol van aandachtsvelder pas recent operationeel is, waardoor de samenwerking groeiende is. Hierbij zijn meerder factoren naar voren gekomen die een goede samenwerking kunnen bewerkstelligen.

Gesteld kan worden dat binnen de samenwerking beide aandachtsvelders benaderbaar zijn. Echter kan de communicatie tussen de aandachtsvelders en medewerkers nog verbeterd worden. Zo wordt weinig tot geen coaching ervaren en wordt terugkoppeling wisselend ervaren. Tevens wordt zowel door de medewerkers als de aandachtsvelders weinig feedback ondervonden wat door beiden wel als waardevol wordt gezien.

Betreffende verbeteringen is naar voren gekomen dat aandachtsvelders hier actief mee aan de slag gaan, waarbij de medewerkers worden betrokken. Echter tonen beide teams

weerstand bij de implementatie van verbeteringen. Tevens is het voor medewerkers lastig om taken uit handen te geven.

Verder kan geconcludeerd worden dat samenwerking tussen beide aandachtsvelders als belangrijk en groeiende wordt gezien door medewerkers. Hierbij geven de aandachtsvelders aan een positieve samenwerking te hebben waarin groei mogelijk is. Tevens wordt samenwerking tussen de aandachtsvelder medicatieveiligheid en aandachtsvelder MIC-meldingen als waardevolle aanvulling gezien op de medicatieveiligheid. Echter wordt dit door de medewerkers niet of weinig ervaren.

Tot slot is naar gekomen dat de wijkverpleegkundige een grote invloed heeft op de samenwerking tussen de aandachtsvelders en de teams.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de hoofdconclusie en de discussie van het onderzoek beschreven.

5.1. Conclusie

In onderstaande conclusie zijn alle resultaten uit het onderzoek geblend en wordt antwoord gegeven op de vraag: “Op welke wijze vindt het medicatieproces binnen Residentie Petruspark plaats en hoe ervaren de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden de bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en samenwerking?”

Kijkend naar de stappen van het medicatieproces (Vilans et al., 2013) en het praktijkonderzoek kan worden gesteld dat medewerkers van Residentie Petruspark alle stappen van het medicatieproces doorlopen en hierin verschillende taken en verantwoordelijkheden ervaren. Geconcludeerd kan worden dat knelpunten bestaan in verscheidene delen van het medicatieproces en de bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en samenwerking.

Medicatie wordt door de huisarts voorgeschreven, waarna de apotheek deze klaarmaakt en levert. Hierbij zien medewerkers het als taak om tijdig nieuwe medicatie te bestellen. Echter ervaren medewerkers knelpunten in de samenwerking met de apotheek betreffende de medicatielevering. Knelpunten in de samenwerking met de apotheek kwamen tevens naar voren in het onderzoek van Smeulers et al. (2014).

Bij het maken van afspraken met de cliënt betreffende medicatie is naar voren gekomen dat snel medicatie-overname plaatsvindt, vanwege het verantwoordelijkheidsgevoel van medewerkers. Eveneens wordt vaak vergeten te signaleren wanneer medicatie weer in eigen beheer kan.

Medewerkers voelen zich verantwoordelijk voor hun taak om zorgvuldig en kritisch te handelen bij de uitvoering van het medicatieproces. Bij het uitzetten, aanreiken, toedienen en aftekenen van medicatie worden zowel positieve als negatieve factoren benoemd. Kennistekort betreffende medicatie en problemen met aftekenlijsten zijn door medewerkers als knelpunten benoemd, waarbij door studies wordt bevestigd dat dit belemmerend kan zijn voor de medicatieveiligheid (Hemingway et al., 2015; Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulers et al., 2014).

Volgens medewerkers is het hun taak om de werking en mogelijke bijwerkingen te signaleren en rapporteren, wat wordt bemoeilijkt door het ontbreken van protocollen. Dit kan wellicht een negatieve invloed hebben op het kritisch uitvoeren van het medicatieproces (Aydon et al., 2016). Bij de evaluatie van signaleringen bestaat onduidelijkheid over de taakverdeling en is behoefte aan een betere samenwerking met de huisarts. Dit wordt tevens in de studie van Johansson-Pajala et al. (2016) benoemd.

Betreffende communicatie met het ziekenhuis is de medicatieoverdracht sterk benadrukt als knelpunt, met veel regelwerk als gevolg.

Zowel uit de studie van Johansson-Pajala et al. (2016) als bij de medewerkers blijkt dat veel administratie als negatief wordt gezien binnen het medicatieproces, waarbij de MIC-meldingen als negatieve factor is benoemd door medewerkers.

Binnen het medicatieproces spelen aandachtsvelders een belangrijke rol, waarbij ze samenwerken met de teams om het medicatieproces te monitoren. Echter zijn hier verschillende knelpunten in gevonden, die hoofdzakelijk coaching, terugkoppeling en feedback betreffen.

Geconcludeerd kan worden dat de teams nog zoekende zijn naar een optimale samenwerking, vanwege de recent operationele rol van de aandachtsvelders. Hierbij is benadrukt dat deze beter benut mag worden, al wordt dit vanwege het zelfstandigheidsgevoel van medewerkers als lastig ervaren.

In zijn algemeenheid zijn positieve ervaringen benoemd betreffende het actief aan de slag gaan met signaleren en verbeteren, waarbij de medewerkers worden betrokken. Echter is benoemd dat weerstand wordt ervaren bij de implementatie van verbeteringen.

Verder is gebleken dat samenwerking tussen beide aandachtsvelders en met de aandachtsvelder MIC-meldingen belangrijk wordt gevonden. De medewerkers geven aan hier weinig zicht op te hebben, maar een goede samenwerking tussen hen wel als waardevol te beschouwen.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat de wijkverpleegkundige binnen de samenwerking een grote invloed heeft op het signaleren, aanpakken en terugkoppelen van verbeteringen.

5.2. Discussie

In deze paragraaf worden de sterke en zwakke punten beschreven van dit onderzoek. Hierbij is tevens beschreven wat hiervan het effect is op de resultaten.

5.2.1. Sterke punten

De selectie artikelen voor het literatuuronderzoek is tot stand gekomen door onafhankelijke beoordeling van de kwaliteit en bruikbaarheid, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van het literatuuronderzoek zijn gewaarborgd (Cox et al., 2012). Tevens zijn op basis van het literatuuronderzoek topics opgesteld die vervolgens aan experts zijn voorgelegd om de verifieerbaarheid en plausibiliteit te waarborgen. Hierdoor is de relevantie van de dataverzameling verhoogd (Cox et al., 2012; Wouterse, van Zaalen, & Bruijning, 2015).

De kwaliteit van het onderzoek is positief beïnvloed door het afnemen van een proefinterview, waar beide studentonderzoekers bij aanwezig waren. Dit heeft de geloofwaardigheid van het onderzoek verhoogd. Tevens is tijdens de interviews en focusgroep gebruikgemaakt van audio-opnames, waardoor de geloofwaardigheid en plausibiliteit zijn gewaarborgd (Baarda & van der Hulst, 2017; Cox et al., 2012). Daarnaast heeft member check plaatsgevonden door parafrases, flap-overs en samenvattingen van de transcripten, wat de geloofwaardigheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid hebben versterkt (Cox et al., 2012). Dit alles heeft gezorgd voor verdieping van de dataverzameling (Baarda & van der Hulst, 2017).

Thick description heeft de verplaatsbaarheid van het onderzoek verhoogd, wat van positieve invloed is op de kwaliteit van het onderzoek. Dit geldt ook voor het combineren van de focusgroep met de CCI-methode om gehoor te geven aan ieders individuele input. Tot slot is de verifieerbaarheid en plausibiliteit van de data-analyse verhoogd door de transcripties onafhankelijk van elkaar te coderen en thematiseren (Cox et al., 2012).

5.2.2. Zwakke punten

Tijdens het literatuuronderzoek zijn beperkingen ondervonden bij het zoeken naar artikelen met een vergelijkbare context, waardoor een bredere context is geëxploreerd. Hierdoor kan getwijfeld worden aan de verplaatsbaarheid van de resultaten naar de specifieke context. (Cox et al., 2012). Tevens zijn geen artikelen gevonden betreffende aandachtsvelders, waardoor bij het opstellen van de topics alleen gebruikgemaakt is van het protocol "Aandachtsvelder Medicatieveiligheid". Hierdoor zijn mogelijk onderwerpen, die wel van belang kunnen zijn betreffende de samenwerking met de aandachtsvelders, niet aan bod gekomen in de topiclijst.

Omtrent de uitvoering van de interviews en de focusgroep kan worden opgemaakt dat de studentonderzoekers geringe ervaring hadden. Sommige onderwerpen zijn hierdoor wellicht niet volledig uitgediept (Baarda & van der Hulst, 2017). Hierdoor is mogelijk de verifieerbaarheid van het onderzoek aangetast (Cox et al., 2012). Tevens waren tijdens de focusgroep naar verhouding minder deelnemers uit team twee ten opzichte van team één aanwezig. Tussen deze teams bestaat mogelijk diversiteit in ervaringen, waardoor de resultaten van onderzoeksdeelvraag twee wellicht minder verplaatsbaar zijn richting team twee (Baarda, 2014).

Een andere kritische noot is dat het onderzoek bondig geschreven moest worden, vanwege de woordenbeperking. Wellicht is hierdoor afbreuk gedaan aan de beschrijving van de context en resultaten. Mogelijk zijn om deze reden de verplaatsbaarheid van de context en de volledigheid van de resultaten aangetast (Cox et al., 2012).

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek zijn enkele aanbevelingen opgesteld, die in onderstaande paragrafen worden benoemd en toegelicht.

Aanbeveling 1: Deskundigheidsbevordering Aandachtsvelders

Aanbevolen wordt om aandachtsvelders meer te ontwikkelen in hun competenties. Kijkend naar de praktijk en het protocol “Aandachtsvelders Medicatieveiligheid” (Vitalis, 2017) is een discrepantie te zien betreffende de uitvoering van de taken coaching, feedback en terugkoppeling. Deze taken worden binnen organisaties als noodzakelijk gezien om medewerkers met veranderingen en ontwikkelingen mee te kunnen laten groeien (Van der Weijde, 2011). Het beheersen van vaardigheden hiervoor wordt echter vaak als lastig ervaren, waarbij deskundigheidsbevordering middels klinische lessen of bijscholing een positieve invloed kan hebben (Lokhorst, de Smidt, Leenen, Claessens, & Buynsters, 2010).

Bevorderende factoren

De wijkverpleegkundige zou betreffende deskundigheidsbevordering een bevorderende factor kunnen zijn. Na scholing is evaluatie van de geleerde vaardigheden van de aandachtsvelders belangrijk. De wijkverpleegkundige kan hierbij de huidige leerbehoeftes peilen en hen hierin coachen. Dit draagt bij aan de bewustwording van hun voortgang, wat een positieve invloed op de motivatie zal hebben (Grol & Wensing, 2015; Harps-Timmerman et al., 2012; Miller & Rollnick, 2014).

Belemmerende factoren

Onvoldoende motivatie voor deskundigheidsbevordering zou een belemmerende factor kunnen zijn, waarbij motiverende gespreksvoering het belang van scholing kan verduidelijken (Grol & Wensing, 2015). Tevens zou te weinig budget een belemmering kunnen zijn. Hierbij zou gekeken kunnen worden naar scholing door een medewerker binnen de organisatie, met ervaring in de betreffende vaardigheden, om kosten te besparen (Actiz, 2014).

Aanbeveling 2: Bewustwording eigen regie

Medewerkers hebben tijdens praktijkonderzoek aangegeven dat snel medicatie-overname plaatsvindt. Hierbij wordt aanbevolen het bewustzijn van medewerkers te verhogen betreffende de eigen regie van cliënten binnen het medicatieproces. Inzicht hebben in de zelfredzaamheid van de cliënt in medicatie en duidelijke afspraken maken bij medicatie-overname worden als positieve invloed op de medicatieveiligheid gezien (Hardeman, Hanning, & Wigboldus, 2011). Deskundigheidsbevordering middels scholing, gericht op de eigen regie van de cliënt in het medicatieproces, kan hierbij ondersteuning bieden aan medewerkers (Actiz, 2014; Jansen, 2013; Movisie, 2016).

Bevorderende factoren

Bij deskundigheidsbevordering dient rekening te worden gehouden met de manier van scholing. Gebleken is dat een korte en interactieve scholing, met herhaling achteraf, als bevorderende factor wordt gezien. Tevens heeft het peilen van de leerbehoefte voorafgaand aan scholing een positieve invloed.

Tot slot kan een gemotiveerde organisatie- of teamgebonden medewerker haar ideeën omtrent eigen regie overbrengen en bespreekbaar maken binnen de teams. Dit kan medewerkers stimuleren eigen regie betreffende medicatie kritisch te beoordelen (Actiz, 2014; Grol & Wensing, 2015).

Belemmerende factoren

Een geringe motivatie van medewerkers kan een belemmerende factor zijn bij deskundigheidsbevordering. Hierbij kan motiverende gespreksvoering zorgen voor het

versterken van de bereidheid om scholing te volgen (Grol & Wensing, 2015; Miller & Rollnick, 2014). Daarnaast kunnen praktische knelpunten binnen de organisatie bestaan, zoals te weinig budget. Een oplossing hiervoor zou zijn om de scholing vanuit de eigen organisatie te organiseren (Grol & Wensing, 2015).

Aanbeveling 3: Vervolgonderzoek

Aangeraden wordt om vervolgonderzoek te richten op de communicatie met de huisarts, apotheek en het ziekenhuis daar hier verschillende knelpunten in benadrukt zijn. Tevens zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het maken van MIC-meldingen binnen Residentie Petruspark, wat tijdens het onderzoek duidelijk als knelpunt naar voren is gekomen. Echter is hier tijdens het onderzoek nog weinig diepgang in verkregen.

7. Bibliografie

- Actiz (2014, april). *Zelfredzaamheid: Hoe pakt u het aan?* Opgehaald van Zorg voor Beter: https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zelfredzaamheid/Zelfredzaamheid_hoe_pakt_u_het_aan.pdf
- Aydon, L., Hauck Y., Zimmer, M., & Murdoch J. (2016). Factors influencing a nurse's decision to question medication administration in a neonatal clinical care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2468-2477. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13277>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., & van der Hulst, M. (2017). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 77-101. Opgehaald van SAGE Publishing: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/qualitative-research-in-psychology/book242183>
- Cochrane Netherlands (2013). *Beoordeling van kwalitatief onderzoek*. Opgehaald van Cochrane Netherlands: <http://netherlands.cochrane.org/beoordelingsformulieren-en-andere-downloads>
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Daniel, M., Breuer, J., & Mayer, H. (2013, juli 6). Focusgroups: Eine besondere Art Gruppen zu interviewen. *ProCare*, 20-23. Opgehaald van SpringerLink: <https://link.springer-com.lib.fontys.nl/content/pdf/10.1365%2Fs00735-013-0132-0.pdf>
- De Jong, A., de Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.
- Erasmus MC, Nivel, Radboud UMC, & PHARMO (2017, januari 31). *Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/01/31/eindrapport-vervolgonderzoek-medicatieveiligheid/eindrapport-vervolgonderzoek-medicatieveiligheid.pdf>
- Gerritsen, E., & Schrijvers, G. (2014). Betere farmaceutische zorg hoeft niets meer te kosten. *Pharm*, 42-49.
- Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Springer Media.
- Hardeman, F., Hanning, R., & Wigboldus, M. (2011, juli). Zorg zelf voor een Betere Medicatieveiligheid. Opgehaald van Kennisplein gehandicaptensector: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/pdf/Zorg%20zelf%20voor%20Betere%20Medicatieveiligheid.pdf>
- Harps-Timmerman, A., Smits, C., & Jukema, J. (2012, februari). *Training Innoveren en Leiding Geven: Ondersteunende training voor het verbeterprogramma Zorg voor Betere Regio*. Opgehaald van Zorg voor beter: https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Training_Innoveren_en_Leiding_Geven.pdf

- Hemingway, S., McCann, T., Baxter, H., Smith, G., Burgess-Dawson, R., & Dewhurst, K. (2015). The perceptions of nurses towards barriers to the safe administration of medicines in mental health settings. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 733-740. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12266>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018, januari 31). *In openheid leren van meldingen: Meldingen medisch specialistische zorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg in 2016 en eerste helft 2017, en boetebesluiten en tuchtklachten in 2016*. Opgehaald van IGJ: https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2018/01/25/in-openheid-leren-van-meldingen-2016-2017/IGJ+In+openheid+leren+van+meldingen_ia4.pdf
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (2017, januari 12). *In openheid leren van meldingen: Leren en verbeteren, samen werken aan verdere verbetering van kwaliteit van zorg*. Opgehaald van IGJ: <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/rapporten/2017/01/12/in-openheid-leren-van-meldingen-vv/IGJInopenheidlerenvanmeldingenVV.pdf>
- Jansen, B. (2013, juni). *Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen*. Opgehaald van Vilans: https://www.vilans.nl/docs/producten/handreiking_zelfredzaamheid.pdf
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmer, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34, 37-45. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus: In vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- KNMP (2013, juni). *Toelichting dubbel te controleren lijst*. Opgehaald van KNMP: <https://www.knmp.nl/downloads/toelichting-bij-dubbel-controleren-lijst.pdf/view>
- Leids Universitair Medisch Centrum (2009, augustus). *Korte Handleiding CINAHL*. Opgehaald van LUMC: <https://www.lumc.nl/sub/1060/att/908061147582339/912030207142339.pdf>
- Leids Universitair Medisch Centrum (2012, mei). *Handleiding PubMed*. Opgehaald van LUMC: <https://www.lumc.nl/org/walaeus/databanken-catalogi/pubmed/>
- Lokhorst, N., de Smidt, Y., Leenen, G., Claessens, B., & Buynsters, P. (2010). *Deskundigheid, professionalisering en kwaliteitszorg*. Baarn/Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Lucassen, P. L., & Hartman, T. C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methode voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- MedApp (2018). *Medicatieverificatie 2.0*. Opgehaald van MedApp: <https://medapp.nu/medicatieverificatie/>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering*. Oudenkerk aan den IJssel: Ekklesia.
- Movisie (2016, december 19). *Toolkit werken aan eigen regie: Vaardigheden hulpverlener vergroten*. Opgehaald van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/toolkit-werken-aan-eigen-regie-vaardigheden-hulpverlener-vergroten>

- Nursing (2016, juni 17). *Overzicht van voorbehouden en risicovolle handelingen*. Opgehaald van Nursing: <https://www.nursing.nl/overzicht-van-voorbehouden-en-risicovolle-handelingen/>
- Rousmaniere, D. (2015, maart 13). *What everyone needs to know about running productive meetings*. Opgehaald van Harvard Business Review: <https://hbr.org/2015/03/what-everyone-needs-to-know-about-running-productive-meetings>
- Scholl, N., & Oliver, L. (2014, mei). *De Essentie van Kwalitatief Marktonderzoek*. Opgehaald van MOA: https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwimzqr2s9rZAhUC-qQKHWItDUIQFgg5MAE&url=http%3A%2F%2Fmoa04.artoo.nl%2Fclou-moaweb-images%2Fimages%2Fbestanden%2Fpdf%2FStudenteninformatie%2FSCHOLL_OLIVIER_De_essentie_v
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2012, maart 8). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 Deel 3*. Opgehaald van VenVN: https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2014). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: Een evidence based benadering*. Utrecht: Lemma.
- Sloof, C., Kramer, B., Schats, W., & Leclercq, E. (2013, oktober 9). *Zoeken naar medische informatie*. Opgehaald van NTvG: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.: <https://www.ntvg.nl/medisch-zoeken>
- Smeulders, M., Onderwater, A. T., van Zwieten, M. C. B., & Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: An explorative qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 22, 276-285. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12225>
- The University of Toledo (2018, maart 23). Literature Review: Do a Lit Review. Opgehaald van University Libraries: <http://libguides.utoledo.edu/litreview/steps>
- Universiteit Utrecht (2018, februari 2). *EBM Literatuurbronnen: Introductie*. Opgehaald van Universiteitsbibliotheek - Libguides: http://libguides.library.uu.nl/ebm_literatuurbronnen
- Universiteit Utrecht (2018, februari 21). *Zoekstrategie: Welke zoeksystemen gebruik ik?* Opgehaald van Universiteitsbibliotheek - Libguides: <http://libguides.library.uu.nl/zoekstrategie>
- V&VN (2018). *Wet BIG*. Opgehaald van V&VN: <https://www.venvn.nl/themas/wet-en-regelgeving/wet-big>
- Van der Weijde, M. (2011, oktober). *Het effectief inzetten van coaching in een organisatie*. Opgehaald van Universiteit Utrecht: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/251772/Masterthesis%2520Weijde%252C%2520MM%2520van%2520der-3440028.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

- Vilans, V&VN, Trimbos instituut, & SBB (2013, november). *Het medicatieproces in tien stappen*. Opgehaald van Vilans:
<http://kennisbundel.vilans.nl/editie/medicatieveiligheid-medicatieproces-stappen.html>
- Vitalis (2017, december 13). Aandachtsvelden Medicatieveiligheid. Opgehaald van Vitalis DocumentNet: <http://app-iprova/documentnet/Management/DataResource/cbed6f7a-f305-41ad-906c-0f35bce9099d/Profiel%20aandachtvelder%20medicatieveiligheid%20Wijkzorg.docx>
- Vitalis (2018, februari 22). *Onze locaties*. Opgehaald van Vitalisgroep:
<https://www.vitalisgroep.nl/residenties/locaties/onze-locaties>
- Vitalis (2018, februari 27). *Residentie Petruspark*. Opgehaald van Residentie Petruspark:
<http://residentie-petruspark.nl/>
- Vitalis (2018). *Vitale teams*. Opgehaald van Werken bij vitalis:
<http://www.werkenbijvitalis.nl/werken-en-leren/vitale-teams/>
- Weijnen, A., Ficq-Weijnen, A., & Hofman, M. (2008). *Prisma woordenboek Nederlands*. Utrecht: Uitgeverij het Spectrum.
- Wouterse, E., van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

8. Bijlagen

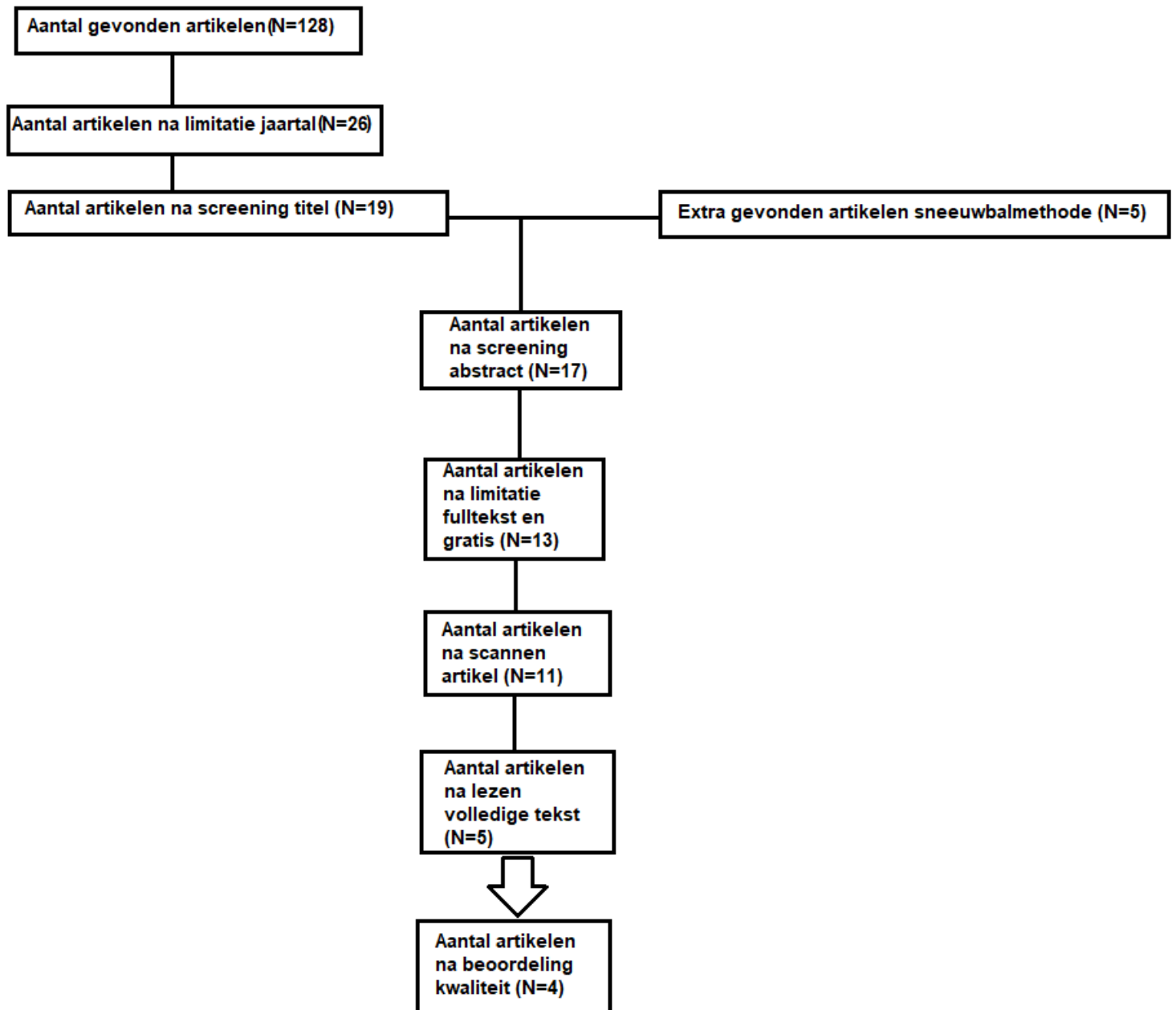
Bijlage 1. Het medicatieproces

Het medicatieproces bestaat uit verschillende stappen (Ayden et al., 2016). Deze zullen hieronder worden besproken.

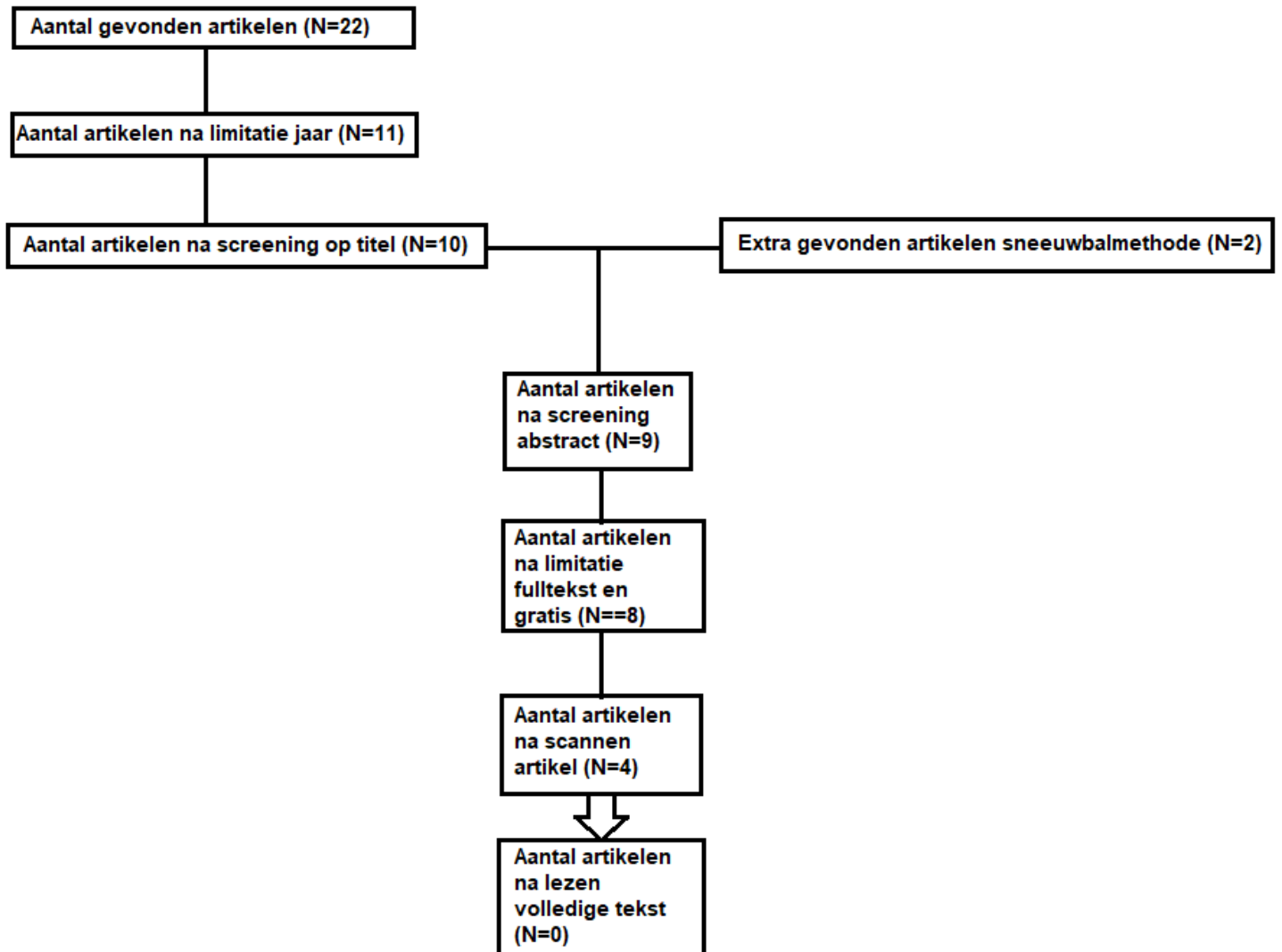
- De eerste stap in het proces omvat het voorschrijven van medicatie door de arts. Wanneer hier een fout in wordt gemaakt, is de arts hier verantwoordelijk voor. Zorgverleners kunnen medeverantwoordelijk zijn als ze bijvoorbeeld constateren dat een fout is gemaakt, maar hier vervolgens geen actie op ondernemen (Vilans et al., 2013).
- Vervolgens wordt medicatie klaargemaakt en afgeleverd. De apotheker is verantwoordelijk voor een duidelijke en hanteerbare verpakking voor zowel de cliënt als de zorgverlener. Daarnaast zorgt de apotheker voor levering van een actueel medicatieoverzicht en -aftekenlijst (Vilans et al., 2013).
- Hierna worden afspraken gemaakt met de cliënt. De zorgverlener overlegt met de cliënt in hoeverre hij zelf in staat is om medicatie in te nemen. Dit gebeurt bij de start van de zorgverlening en daarna periodiek. Daarbij is de zorgverlener ook alert op het beheer en gebruik van medicatie tijdens zorgmomenten (Vilans et al., 2013).
- Daarna wordt de medicatie uitgezet. De apotheker is hier verantwoordelijk voor indien medicatie wordt uitgezet met behulp van een geneesmiddel distributiesysteem, zoals de Baxterrol. De zorgverlener is verantwoordelijk indien medicatie handmatig wordt uitgezet (Vilans et al., 2013).
- Dan wordt de medicatie aangereikt, wat de verantwoordelijkheid van de zorgverlener is. De taken omtrent het aanreiken verschillen per cliënt en afspraken hierover zijn vastgelegd in het zorgplan. De cliënt wordt bij deze stap betrokken indien hij hiertoe in staat is (Vilans et al., 2013).
- Medicatie wordt vervolgens toegediend of ingenomen. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om te controleren op de juistheid van een aantal gegevens alvorens het medicijn wordt toegediend of ingenomen. Controleren op identiteit van de cliënt, medicijnnaam en dosis zijn voorbeelden van deze gegevens. Bij risicovolle medicatie dienen deze gegevens dubbel gecontroleerd te worden. Risicovolle medicatie is medicatie die bij verkeerde toediening een gezondheidsrisico bij de cliënt oplevert (KNMP, 2013; Vilans et al., 2013).
- Het bijhouden van de toedieningsregistratie middels het registreren en aftekenen van medicatie is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener (Vilans et al., 2013).
- Hierna worden (bij)werkingen gesignaleerd en gerapporteerd. De zorgverlener signaleert vaak als eerste de bijwerkingen en rapporteert dit in het zorgplan. Vervolgens is het de taak van de zorgverlener dit te bespreken met de arts (Vilans et al., 2013).
- De evaluatie van de behandeling wordt door de arts gedaan, die hier de verantwoordelijkheid voor draagt. De cliënt voorziet de arts van informatie omtrent de werking en eventuele bijwerkingen van het medicijn. Indien hij hier niet toe in staat is, komt de zorgverlener in beeld (Vilans et al., 2013).
- De laatste stap is de overdracht door de zorgverlener. Indien de cliënt verhuist of wordt opgenomen moet een medicatieoverdracht aan de instelling worden verstrekt. Hiervoor is de richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens in de keten' van kracht. Zorgmedewerkers zijn verantwoordelijk voor deze overdracht (Vilans et al., 2013).

Bijlage 2. Selectiemethoden

2.1. Selectiemethode PubMed



2.2. Selectiemethode CINAHL



Bijlage 3. Karakteristieken artikelen

Auteurs	Titel	Methode	Context onderzoek	Bevindingen
Aydon, Hauck, Zimmer en Murdoch (2016).	Factors influencing a nurse's decision to question medication administration in a neonatal clinical care unit.	Kwalitatief onderzoek Individuele interviews met 103 verpleegkundigen	2 ziekenhuizen in West-Australië Neonatal clinical care unit	Het doel was om factoren te achterhalen die van invloed zijn op beslissingen van verpleegkundigen bij medicatietoediening. Tijdens interviews is gevraagd naar beschrijvingen van klinische incidenten betreffende medicatietoediening. Hierbij is de besluitvorming van de verpleegkundigen onder de loep genomen. 3 hoofdthema's bij resultaten: "Working environment", "Doing the right thing" en "Knowledge about medications". Conclusie: Zowel negatieve als positieve factoren kunnen invloed hebben op de besluitvorming. Voorbeelden van negatieve factoren, zijn werkdruk, tijdsdruk, niet-ondersteunend personeel en afleidingen. Voorbeelden van positieve factoren, zijn het kunnen uitspreken en het stellen van vragen betreffende medicatie, het voelen van verantwoordelijkheid en opkomen voor kwetsbare patiënten.

Johansson-Pajala et al. (2016).	Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management.	Kwalitatief onderzoek 5 focusgroepinterviews met 21 verpleegkundigen 3-6 respondenten per focusgroep Getranscribeerd door moderator en gecontroleerd door assistent moderator.	5 verschillende langdurige zorginstellingen in 2 regio's te Zweden (Woonzorgcentra en verpleeghuizen)	Het doel was om de activiteiten betreffende medicatieveiligheid bij verpleegkundigen te onderzoeken door in te gaan op hun ervaringen. Conclusie: Verpleegkundigen zijn afhankelijk van andere professionals om medicatieveiligheid te kunnen waarborgen. Hierbij moeten ze zorgen voor continue communicatie, waar regelmatig een gebrek in wordt. Verder is het van belang dat het hele team over de benodigde kennis en bekwaamheid beschikt betreffende medicatie. Veel hangt van de verpleegkundigen af; ze controleren medicatielijsten, controleren en evalueren medicamenteuze behandelingen en vragen artsen op basis van hun bevindingen en controles bepaalde medicatie voor te schrijven of te stoppen. Verpleegkundigen drukten hun bezorgdheid uit over wat zou kunnen gebeuren als ze een verkeerde beoordeling zouden maken.
Smeulders, Onderwater, van Zwieten en Vermeulen (2014).	Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study.	Kwalitatief onderzoek Semi-gestructureerde individuele interviews met 20 verpleegkundigen	Academisch medisch centrum te Amsterdam	Het doel was om inzicht in ervaringen en perspectieven van verpleegkundigen omtrent de preventie van medicatiefouten te krijgen. Uit de data-analyse zijn drie specifieke thema's naar voren gekomen, namelijk: de rol en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen, de mogelijkheid om op een veilige manier met medicatie om te gaan en de acceptatie van evidence based practice literatuur. Conclusie: Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het medicatieproces en de veiligheid hierin. Het is van belang dat de verpleegkundigen genoeg kennis van

				medicatie hebben. Tevens horen de werkwijze op een evidence based manier te verlopen. Managers horen een professionele werksfeer te creëren ten opzichte van medicatie. Hierbij zou een gedeelde multidisciplinaire verantwoordelijkheid zijn om patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg waar te borgen.
Hemingway et al. (2015).	The perceptions of nurses towards barriers to the safe administration of medicines in mental health settings.	Crossectioneel onderzoek met een open/gesloten vragenlijst 827 verpleegkundigen en 44 studenten	South West Yorkshire Partnership Foundation Trust, UK The Bachelor of Science/Diploma in Mental Health Nursing, University of Huddersfield, UK	Het doel van dit onderzoek was om barrières in medicatieveiligheid te onderzoeken. Zeven thema's zijn naar voren gekomen in het onderzoek, namelijk; afleiding, werkdruk, te weinig kennis over medicatie, incomplete of missende medicatielijsten, medicatie hoeveelheden niet kunnen berekenen, therapieontrouw en culturele of taalkundige invloeden. Conclusie: de verpleegkundigen zijn zich bewust van de barrières in medicatieveiligheid. Hierbij is het belangrijk dat de organisatie focus leggen op de mogelijke barrières, zoals het minimaliseren van afleiding of de werkdruk verminderen.

Bijlage 4. Draaiboek met topiclijst focusgroep

4.1. Draaiboek focusgroep

Bevestigingsmail, reminder en toestemmingsformulier

- Tien dagen vóór uitvoering bevestigingsmail versturen.
- Twee dagen vóór uitvoering reminder e-mailen.
- Toestemmingsformulier (informed consent) uitprinten.

Benodigdheden

Uitvoering focusgroep	Eten en drinken
Flap-over Markeerstiften Zwarte stiften Post-its Pen en papier Plakband 2x opnameapparatuur Blocnote voor notuleren Draaiboek Toestemmingsformulier Voldoende stoelen	Koffie Thee Kopjes Theeglazen Lepeltjes Koffiemelk Suiker Vlaai

Voorbereiding:

Bestuderen stappen in proces van focusgroep en vaardigheden moderator.

Oefenen met medestudentonderzoeker.

- 10.45 uur Eten en drinken klaarzetten.
Benodigdheden voor uitvoering focusgroep klaarzetten.
Verdelen deelnemers over drie groepen en flap-overs (CCI-methode).
Nadenken over opstelling stoelen en tafel(s), notulist, audio-opnames.

Uitvoering:

- 11.30 uur Bij binnenkomst toestemmingsformulieren aanreiken en koffie/thee drinken.
Welkom heten:
- Bedanken voor deelname.
 - Vriendelijk verzoeken toestemmingsformulieren in te vullen
 - Anonimiteit benadrukken en voicerecorder starten.
- 11.45 uur Informatie geven over onderzoek en uitvoering focusgroep.
- Onderzoeksdeelvragen en afbakening hiervan benoemen.
 - Verduidelijking van rollen; notulist en moderator.
 - Verloop van focusgroep toelichten.
 - Ruimte voor vragen en onduidelijkheden.
- 12.00 uur **Start CCI-methode**
1 Flap-over met onderzoeksdeelvraag
- Deelnemers schrijven individueel claims, concerns en issues op post-its.
Groen (positief), roze (negatief), geel (vragen).
- 12.15 uur **Start clustering**
3 Flap-overs voor CCI-methode
Post-its op desbetreffende flap-over plakken.
Drie groepen maken en verdelen over flap-overs.
Clusteren op flap-overs.
- 12.30 uur Clustering gezamenlijk bespreken en ruimte voor aanvullingen.

- Per groep clustering uit laten leggen:
Hoe hebben jullie geclusterd?
Waarom hebben jullie gekozen voor die manier van clustering?
Wat is jullie opgevallen?
- Ruimte om met elkaar te discussiëren.
- Topics hanteren ter ondersteuning en verdieping.

Afsluiting:

12.45 uur Focusgroep samenvatten en uitkomsten bespreken.
Antwoord geven op de onderzoeksvraag.
Afsluiting met koffie/thee en vlaai.

4.2. Topiclijst

Deze topiclijst is opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek. De topics zijn besproken met de manager van Residentie Petruspark en de projectbegeleider van Fontys Hogescholen alvorens ze zijn vastgesteld.

Het medicatieproces

In de literatuur is gevonden dat het medicatieproces uit onderstaande tien stappen bestaat (Vilans et al., 2013. Deze stappen zullen ter ondersteuning meegenomen worden als topic.

1. Voorschrijven medicatie
2. Klaarmaken en leveren
3. Afspraken met cliënt
4. Medicatie uitzetten
5. Medicatie aanreiken
6. Medicatie toedienen
7. Medicatie aftekenen
8. Signaleren en rapporteren (bij)werkingen
9. Evaluatie behandeling
10. Overdracht

Taken binnen medicatieproces

Uit literatuuronderzoek blijkt dat verpleegkundigen een centrale rol spelen in het medicatieproces. Hierbij zijn verschillende taken naar voren gekomen, zoals het zorgen voor een continue communicatie met verschillende disciplines en binnen het team, controleren van medicatielijsten en het monitoren van de gezondheidssituatie van een cliënt (Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulders et al., 2014).

Verantwoordelijkheden binnen het medicatieproces.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat verpleegkundigen de huisarts als eindverantwoordelijk binnen het medicatieproces beschouwen, maar dat zij zich hierin medeverantwoordelijk voelen. Ze hebben aangegeven zich onder andere verantwoordelijk te voelen voor het monitoren van het medicatieproces, het beheersen van vaardigheden om fouten te voorkomen en kennis te hebben betreffende medicatie (Aydon et al., 2016; Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulders et al., 2014).

Invloeden binnen het medicatieprocesInvloeden.

- Werkomgeving en MIC-meldingen. *Uit literatuuronderzoek zijn zowel belemmerende als bevorderende factoren binnen het medicatieproces naar voren gekomen betreffende de werkomgeving. Hierbij zijn een hoge werkdruk, veel administratie, tijdstekort, weinig steun van collega's een afleiding als belemmerende factoren benoemd. Het hebben van rolmodellen is als*

bevorderende factor genoemd (Aydon et al., 2016; Hemingway et al., 2015; Johansson-Pajala et al., 2016; Smeulers., 2014).

- *Medicatiekennis. Uit literatuuronderzoek blijkt dat de hoeveelheid kennis en ervaring van verpleegkundigen een grote rol speelt in het kritisch uitvoeren van het medicatieproces. Protocollen zijn hierbij een positieve invloed. Daarentegen zijn er meerdere negatieve invloeden benoemd, zoals tijdsgebrek, baxtersystemen en verpleegkundig rekenen (Aydon et al., 2016; Hemingway et al., 2015; Johansson-Pajala et al., 2016).*
- *Communicatie. Uit het literatuuronderzoek zijn hiaten ervaren betreffende communicatie met artsen. Tevens worden taalbarrières tussen verpleegkundigen en cliënten en therapieontrouw als belemmerend ervaren (Hemingway et al., 2015; Johansson-Pajala et al., 2016).*

Medicatiefouten (MIC-meldingen)

Uit het literatuuronderzoek zijn meerder mogelijke fouten binnen het medicatieproces naar voren gekomen. Deze omvatten medicatiefouten betreffende het uitzetten, toedienen en aftekenen van medicatie. MIC-meldingen zorgen bij het maken van fouten voor bewustzijn in medicatieveiligheid (Hemingway et al., 2015; Smeulers et al., 2014)

Bijlage 5. Topiclijst semigestructureerde interviews

Voorbereiding:

- Tien dagen vóór interviews bevestigingsmail versturen.
- Twee dagen vóór uitvoering reminder via e-mail versturen.
- Test opnameapparatuur.
- Benodigdheden:
 - Pen,
 - Formulier informed consent,
 - Topiclijst,
 - Opnameapparatuur,
 - Koffie en thee.

Inleiding:

- Welkom,
- Dankwoord,
- Hoofvraag en doel benoemen,
- Privacy en anonimiteit,
- Formulier informed consent,
- Maximale tijdsduur.
- Vragen respondent voorafgaand aan het interview.

Begin vraag:

- Hoe ervaar je de samenwerking met de aandachtsvelder?

Topics:

- Aanspreekpunt:
 - Medicatie algemeen en MIC-meldingen medicatie.
 - Benaderbaarheid.
- Bewustzijn rol.
- Communicatie:
 - Feedback geven en krijgen.
 - Coaching geven en krijgen.
 - Terugkoppeling MIC-meldingen.
 - Samenwerking tussen de aandachtsvelders.
- Verbeteringen:
 - Terugkoppeling:
 - Verbeterpunten.
 - Resultaten ingevoerde verbetering terugkoppelen.
 - Aanpakken verbeteringen.
 - Ondersteuning bij aanpakken, heb je zelf iets aangepakt?

Eindvraag:

Afsluitende vraag: zijn er verder nog dingen die je kwijt wil betreffende de samenwerking tussen jou en de aandachtsvelder?

Afsluiting:

- Afsluitende samenvatting,
- Vragen respondent achteraf,
- Member check bespreken,
- Bedanken.

Bijlage 6. Respondentenkenmerken

6.1. Respondentenkenmerken Focusgroep

N	Functie	Aantal jaren in dienst
1	Verzorgende IG	25 jaar
2	Verpleegkundige	2 jaar
3	Verzorgende IG	4,5 jaar
4	Verzorgende IG	1 jaar
5	Verzorgende IG	12,5 jaar
6	Verpleegkundige	12 jaar
7	Verzorgende IG	20 jaar

6.2. Respondentenkenmerken interviews

N	Functie	Aantal jaren in dienst op Residentie Petruspark
1	Verzorgende IG	25 jaar
2	Verpleegkundige	2 jaar
3	Verzorgende IG	1 jaar
4	Verzorgende IG	12 jaar
5	Verzorgende IG	12,5 jaar
6	Verpleegkundige	12 jaar
7	Verzorgende IG	20 jaar

Bijlage 7. Eerste informatiebrief

Onderwerp: Afstudeeronderzoek medicatieproces

Beste verpleegkundigen en verzorgenden van Residentie Petruspark,

Wij zijn Marieke Visser en Anne Salimans, studenten verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Eindhoven.

Op 5 februari 2018 zijn we begonnen aan ons afstudeeronderzoek op Residentie Petruspark.

Wij zijn op dit moment bezig met een afstudeerproject over medicatieveiligheid. Wij zullen onderzoeken op welke wijze het medicatieproces binnen Residentie Petruspark plaats vinden en hoe dit door u wordt ervaren.

Om dit te kunnen onderzoeken hebben wij uw hulp nodig!



Vanaf 9 april zullen wij beginnen met onze onderzoeken. Deze zullen bestaan uit een focusgroep en uit individuele interviews.

De geplande datum voor de focusgroep is 20 april om 11.30u. Deze datum is tot stand gekomen in overleg met Elvira Adams. De focusgroep zal ongeveer een tot anderhalf uur in beslag nemen.

Het interview zal op basis van uw beschikbaarheid worden gehouden en zal maximaal een uur in beslag nemen.

Wij realiseren dat dit u extra tijd en inspanning zou kosten. Echter zijn uw meningen en ervaringen het uitgangspunt in ons onderzoek. Indien u hier tijd voor wilt uittrekken, zijn wij u erg dankbaar.

Zou u onderstaande informatie naar ons kunnen e-mailen? Zo kunnen wij een beeld vormen van u en de andere potentiële deelnemers.

Bent u bereidt om deel te nemen aan het interview?

Ja/nee

Bent u bereidt om deel te nemen aan de focusgroep?

Ja/nee

Wat is uw functie?

Verzorgende/Verzorgende IG/ Verpleegkundige/Anders, namelijk.....

Bent u bevoegd en bekwaam voor medicatietoediening?

Ja/nee

Hoe lang bent u in dienst van Residentie Petruspark?

..... maanden/jaar

Wij zullen ons tijdens de teamoverleggen op 3 en 10 april komen voorstellen. U krijgt dan ook de mogelijkheid om vragen aan ons te stellen. Tevens kan u ons e-mailen met vragen. Graag ontvangen wij een reactie voor 1 april, ook als u niet kan of wil deelnemen aan ons onderzoek.

Alvast bedankt voor de medewerking

Met vriendelijke groet,

Marieke Visser en Anne Salimans.

Bijlage 8. Informatiebrief

Beste verpleegkundigen en verzorgenden van Residentie Petruspark,

Hierbij willen we u graag informeren over het onderzoek "Het medicatieproces binnen Residentie Petruspark".

Voordat u de beslissing neemt om deel te nemen aan het onderzoek is het van belang dat u meer te weten komt over het onderzoek. Wij verzoeken u om deze informatiebrief goed door te nemen alvorens u de beslissing maakt. Indien u besluit om deel te nemen aan dit onderzoek wordt om schriftelijke toestemming gevraagd, ook wel informed consent genoemd.

Als u na het lezen van onderstaande informatie nog vragen of opmerkingen heeft kunt u terecht bij de onderzoekers. Onderaan deze brief vindt u de gegevens.

Het doel van het onderzoek.

Dit onderzoek zal worden uitgevoerd met als doel inzicht te krijgen in het verloop van het medicatieproces, de ervaringen van medewerkers met betrekking tot hun taken en verantwoordelijkheden hierin en de samenwerking tussen de teams en de aandachtsvelders medicatieveiligheid.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd.

Dit onderzoek zal bestaan uit twee deelonderzoeken. Interviews zullen afgenomen worden door Marieke Visser. Het interview zal maximaal een uur duren en wordt opgenomen met een voice-recorder. Om rekening te houden met uw privacy zal het interview in een aparte ruimte binnen Residentie Petruspark worden gehouden. Uiteraard zal worden gezorgd voor koffie of thee.

Anne Salimans zal een focusgroep houden, die maximaal anderhalf uur in beslag zal nemen. De groep zal bestaan uit zes tot tien medewerkers en zal plaatsvinden op Residentie Petruspark. De focusgroep zal worden opgenomen met een voice-recorder. Ook hier zal gezorgd worden voor koffie en thee.

Tijdens de onderzoeken zal regelmatig worden gevraagd of de informatie juist is begrepen. Dit heet member check en geeft u de gelegenheid om onjuistheden in de interpretatie te corrigeren.

Mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek.

Het zal geen direct voordeel opleveren om deel te nemen aan het onderzoek. Echter zal dit onderzoek informatie opleveren over het verloop van het medicatieproces en de ervaringen van de medewerkers. Deze informatie zal in de toekomst een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de kwaliteit met betrekking tot medicatieveiligheid.

Indien u niet wenst deel te nemen aan het onderzoek.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Indien u besluit niet te willen deelnemen aan dit onderzoek wordt gevraagd om in de informatie e-mail "afstudeeronderzoek medicatieproces" 'nee' aan te kruisen bij de vraag of u bereid bent om deel te nemen.

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek is dit geheel vrijblijvend. U kunt zich altijd bedenken en terugtrekken, ook tijdens het onderzoek.

Afronding van het onderzoek.

De opnames van de focusgroep en de interviews zullen na afloop worden geanalyseerd. De resultaten zullen tijdens de teamoverleggen worden teruggekoppeld. De resultaten zullen tevens aan de manager worden voorgelegd.

Het gebruik van uw gegevens.

Er zal uiterst zorgvuldig met uw verstrekte informatie worden omgegaan. Alleen de studentonderzoekers zullen toegang hebben tot deze gegevens. Bij de uitschrijving van de geluidsopnames zal de informatie anoniem gemaakt worden door hier een code aan te koppelen die niet verbonden is met uw naam. Het volgende zal worden gebruikt bij citaten: "Medewerker Residentie Petruspark".

Tot slot zullen alle geluidsopnames na afronding van het onderzoek worden verwijderd.

Verdere informatie.

Indien u vragen of opmerkingen heeft kunt u ons altijd bellen, e-mailen of aanspreken. Wij hopen dat alle informatie duidelijk is.

Met vriendelijke groet,

Marieke Visser en Anne Salimans

Onze gegevens:

Marieke Visser

T: (+31)6 36593209

E: marieke.visser@student.fontys.nl

Anne Salimans

T: (+31)6 38143521

E: a.salimans@student.fontys.nl

Bijlage 9. Toestemmingsformulier (informed consent)

Het medicatieproces binnen Residentie Petruspark

- ☐ Ik heb de informatiebrief voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen over deelname aan het onderzoek.
- ☐ Ik weet dat meedoen geheel vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- ☐ Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Deze mensen staan vermeld in de informatiebrief.
- ☐ Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.
- ☐ Ik geef toestemming om audio-opname tijdens het interview en/of focusgroep te maken.
- ☐ Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens tot de afloop van dit onderzoek te bewaren
- ☐ Ik wil meedoen aan dit onderzoek

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum: __/__/__

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Ik heb de deelnemer de gelegenheid gegeven om vragen te stellen. Ik verklaar dat ik vertrouwelijk en integer met de aan mij beschikbaar gestelde gegevens zal omgaan, zoals in de informatiebrief staat beschreven. Als tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __/__/__

Bijlage 10. Audit-trails

10.1. Audit-trail focusgroep

Coderen:

• **Dan weet ik zeker dat ik ze heb, snap je.** Dat doe ik bij mevrouw V. nu ook, want vorige week heb ik ze besteld en anders legt die mevrouw, legt ze die bij de post voor de dochter. Want dat is dan de rekening of weet ik wat. Dus zo probeer ik dat te ondervangen.

• Ja, creatief denken.

• Ja, inderdaad. Volgens mij, dat was de levering.

• Dat was de levering. En de toediening en de toedienlijst, dat hoort eigenlijk een beetje bij elkaar. **Er was een briefje bij dat de mensen te lang de medicijnen blijven slikken dus dat de arts te weinig evalueert van de medicatie. Dat is ook zo. Mensen slikken jaren en jaren en jaren dezelfde medicatie.**

• Ja dat is was mijn, was mijn papertje.

• Ja, klopt.

• Want daar krijgen jullie dan sowieso niet teruggekoppeld? Daarin merk je dan... of waarin zou je merken dat ze het evalueert met de cliënt?

• **Ik denk als er iets helemaal fout is. Dat ze dan pas goed gaan kijken wat...**

• **Als mensen jarenlang bloeddrukverlagers krijgen, hè. En ... niemand meet ook de bloeddruk, misschien een keer in 't jaar. En ik vind ook als je zo'n medicijn voorschrijft, dan moet er een protocol zijn van... als mensen... een keer in de maand bloeddruk meten en doorbellen naar de huisarts. Dan dan krijg je wisselwerking van uh... dat doe ik dus goed, nou halveer eerst maar of kijk, stop eens even of... weet je wel, dan ben je actief bezig met... net zoals mensen met diuretica krijgen en jarenlang daarna zeggen ze, furosemide, en niemand die ooit mineralen prikt of kalium of weet ik veel wat... en dan zeg je van... dat zou moeten, weet je wel. Als je... als een arts medicatie voorschrijft, zouden er een protocollen voor ons moeten komen welke... dat zijn allemaal bewijslast van... of de medicatie of die zijn werk goed doet. Dan laat je niet mensen heel lang...**

• **Maar eigenlijk is dat een taak van de praktijkondersteuner, hè.**

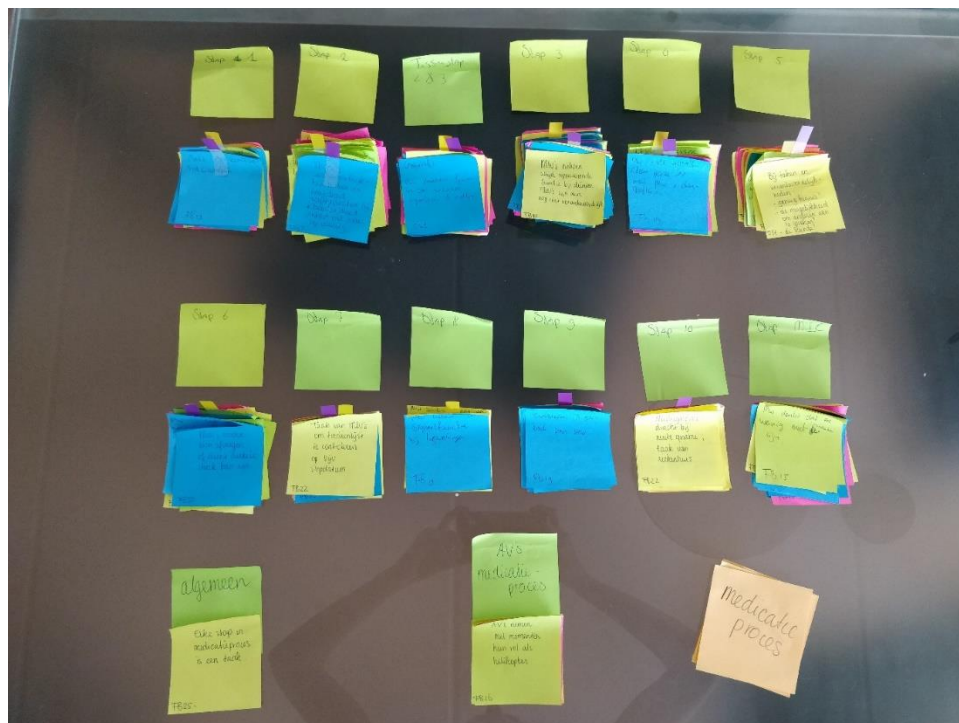
• Ja dat vind ik ook.

• Het is landelijk ook eigenlijk ingevoerd dat mensen die een bepaald ziektebeeld hebben, diabetes bijvoorbeeld, **die moeten een keer per halfjaar of een keer per jaar zeker door zo'n praktijkondersteuner onder de loep genomen worden**

- Medewerker houdt graag controle.
- Te weinig evaluatie van medicatie door arts.
- Medewerker ervaart alleen evaluatie door arts wanneer er iets mis gaat bij de cliënt.
- Medewerkers vinden dat er een protocol zou moeten zijn bij bepaalde medicijnen.
- Door samenwerking met arts zal er een betere evaluatie zijn.
- Medewerkers zouden graag bij medicijngebruik controle hebben op de werking door arts en medewerkers.
- Medewerkers vinden het een taak van de praktijkondersteuner om te controleren bij medicijngebruik.
- Medewerkers vinden het een taak van de praktijkondersteuner om te controleren bij medicijngebruik.

FB10

Thematiseren:



Zoeken van bijpassende citaten:

Als mensen jarenlang bloeddrukverlagers krijgen, hè. En ... niemand meet ook de bloeddruk, misschien een keer in 't jaar. En ik vind ook als je zo'n medicijn voorschrijft, dan moet er een protocol zijn van... als mensen... een keer in de maand bloeddruk meten en doorbellen naar de huisarts. Dan dan krijg je wisselwerking van uh... dat doe ik dus goed, nou halveer eerst maar of kijk... stop eens even of... weet je wel, dan ben je actief bezig met... net zoals mensen met diuretica krijgen en jarenlang daarna zeggen ze, furosemide, en niemand die ooit mineralen prikt of kalium of weet ik veel wat.. en dan zeg je van... dat zou moeten, weet je wel. Als je.. als een arts medicatie voorschrijft, zouden er een protocollen voor ons moeten komen welke... dat zijn allemaal bewijslast van... of de medicatie of die zijn werk goed doet. Dan laat je niet mensen heel lang...

10.2. Audit-trail Interviews

Coderen:

• Ja. • Ehm. • Misschien dat [redacted] daar dadelijk nog wel meer wat pakt, maar [redacted] is ook gewoon een touwtrekker, dus. • Ja, ja. • Ja scheelt toch natuurlijk hè. • Ja dus [redacted] pakt toch graag het voortouw eigenlijk. • Ja, ja, ja. • Ja en ehm werkt ze daarin, [redacted] dan ook samen met jullie als team? • Ja. • En hoe merk je dat? • Nou ja inderdaad terugkoppelen in de teamvergadering wat er speelt en of er iets veranderd moet worden dus dat eh. En er ook op wijzen als het niet gebeurd dus eh. • Daar geeft zij feedback op? • Ja ehm misschien mag dat nog meer maar eh daar is ze wel mee doende ja. • Oké daar is ze dus echt groeiende in? Het mag nog meer maar ze begint het wel te doen.	• [redacted] neemt de leiding bij het oplossen van verbeterpunten. • Aandachtsvelder werkt samen met team bij oplossen verbeterpunten. • Terugkoppeling door aandachtsvelder tijdens teamvergaderingen over verbeterpunten en problemen. • Aandachtsvelder geeft zo nodig feedback. • Aandachtsvelder mag meer feedback geven.	I6B4
---	--	-------------

Thematiseren:



Thema's herzien en van naam voorzien:



Bijpassende citaten zoeken:

Ja dat is een lastige. Die is nog niet zoals ie hoort te zijn eigenlijk. Het is vaak als er iets is dan bellen mensen vaak heel boos zelf naar de apotheek bijvoorbeeld, terwijl ze eigenlijk bij de aandachtsvelders moeten komen en die verzamelen dat en geeft het op. Nouja dus daar schokt het een of ander, dus vind ik.

Bijlage 11. Protocol Aandachtvelder Medicatieveiligheid

Profiel aandachtvelder

- Je bent een aanspreekpunt voor collega's met betrekking tot medicatie. Collega's kunnen met vragen en opmerkingen bij jou terecht;
- Je volgt landelijke ontwikkelingen op het gebied van medicatieveiligheid;
- Je bent je bewust van je voorbeeldfunctie;
- Je straalt verbaal en non-verbaal enthousiasme en inspiratie uit en bent goed benaderbaar voor collega's;
- Je hebt lef, durft mensen aan te spreken op een werkwijze die afwijkt van het protocol;
- Je hebt een kritische blik op het werk van alle dag.

Kennis aandachtvelder

- Je kent de geldende protocollen m.b.t. medicatie voor jouw doelgroep;
- Je bent bereid de nodige scholing te volgen om de deskundigheid te verkrijgen en op peil te houden.

Taken aandachtvelder

- Je coacht collega's in het naleven van de geldende protocollen;
- Je signaleert afwijkingen in de praktijk en zet hierop acties uit (dit kan betekenen dat je zelf iets doet, maar ook dat je anderen ondersteunt in het bereiken van verbetering);
- Je neemt je collega's mee in nieuwe ontwikkelingen en actuele informatie. Bijvoorbeeld middels een klinische les;
- Je doet minimaal 1x in de 4 maanden een check aan de hand van het audit formulier op Document Net;
- Je bespreekt bevindingen van de check met het team en met de manager vitale teams gericht op samen verbeteren;
- Je maakt afspraken met het team over acties tot verbetering en legt deze vast;
- Je gaat na of afspraken worden nageleefd, wat het resultaat hiervan is en of de afspraken moeten worden bijgesteld;
- Specifiek voor KSW/meerzorgafdeling: je voert 1x per maand een controle uit op de (werk)voorraad volgens werkinstructie in logboek.

Organisatie

- Per team is er één aandachtvelder medicatieveiligheid;
- Er wordt een mailgroep aangemaakt voor alle aandachtvelders Medicatie Wijkzorg en aandachtvelders Medicatie KSW;
- Je wordt op de hoogte gehouden over ontwikkelingen vanuit de centrale geneesmiddelen commissie.

Resultaat/terugkoppeling manager

- Je koppelt de resultaten van je check terug aan je manager;
- 1x per 4 maanden vult het team de trimesterrapportage in. De resultaten van de audits en de voortgang van acties wordt hierin opgenomen.

Beschikbare instrumenten

- Overzichtspagina medicatie op DocumentNet met hierop onder andere:
Wijkzorg:
 - Do's and Don'ts medicatie wijkzorg
 - Medicatiebeleid wijkzorg
 - Checklist medicatie proces wijkzorgKSW:
 - Protocol uitzetten en toedienen medicatie verpleeghuis
 - Protocol aanvraag, levering en beheer medicatie verpleeghuis
 - Do's and Don'ts medicatie verpleeghuis
 - Checklist medicatievoorraad en dubbele controle
- E-learning VLO: Medicatie algemeen
- Landelijke informatiebijeenkomsten/symposia

Vragen of advies nodig?

- Voor vragen en advies kun je terecht bij je collega aandachtvelders en bij de beleidsstaf.
- Bij de academie kun je terecht voor opleidingsvragen of over hoe je iets aan een collega leert.

(Vitalis, 2017)