

MEDICATIEVEILIGHEID

Een kwalitatief onderzoek binnen de klinische
forensische zorg

“Raak nooit vertrouwd met een medicatiefout”



Afstudeeronderzoek

Bachelor Opleiding Verpleegkunde
Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid,
Eindhoven

In samenwerking met:

Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg,
locatie Zeeland

Project begeleider & Examinator:

Eva de Vrij & Susan Brand

Opdrachtgever & Afstudeerbegeleider

Anke Meerman & Inge van der Wielen

Studentonderzoekers:

Teresa Desecka 2589451
Moniek van Gils 2449749

Datum van inlevering

19-01-2018

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie over het onderwerp medicatieveiligheid. Dit is de schriftelijke verantwoording van twee studenten ter afsluiting voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid te Eindhoven in samenwerking met de Langdurige Forensische Psychiatische Zorg (LFPZ) locatie Zeeland. De scriptie is tot stand gekomen middels een wetenschappelijke literatuurstudie en twee kwalitatieve deelonderzoeken bestaande uit semigestructureerd interviews en focusgroepen. Het onderzoek werd uitgevoerd op alle afdelingen binnen de LFPZ in opdracht van mevrouw A. Meerman en onder begeleiding van I. van der Wielen.

De studentonderzoekers kijken terug op een leuke, interessante en vooral leerzame tijd. Iedere verpleegkundige heeft dagelijks te maken met medicatieveiligheid, wat een directe invloed heeft op de patiëntenzorg zowel op meso- als microniveau. Dit onderzoek heeft zich gericht op het minimaliseren van medicatiefouten, de studentonderzoekers hebben een aantal aanbevelingen opgesteld wat de medicatieveiligheid mogelijk verhoogd binnen de LFPZ.

Dit resultaat was er nooit geweest als we geen hulp hadden gehad van verschillende personen. Graag willen wij deze personen bedanken, op de eerste plaats de opdrachtgever mevrouw. A. Meerman die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van het onderzoek.

Onze werkbegeleidster I. van der Wielen, bedankt voor de begeleiding, feedback, welkome tips en onvoorwaardelijke hulp. Collega's, Forensisch Psychiatisch Begeleiders (FPB'ers) en verpleegkundigen die mee wilde werken aan het onderzoek, bedankt voor de tijd en beantwoording van de vragen.

Tevens willen we onze projectbegeleider E. de Vrij en examiner S. Brand bedanken voor de goede begeleiding en feedback gedurende het proces.

Tot slot willen we familie en vrienden bedanken voor de onvoorwaardelijke steun, het is klaar, we zijn er weer!

Teresa Desecka en Moniek van Gils

Samenvatting

Aanleiding: De medicatieverstrekking aan tbs-patiënten binnen de LFPZ blijkt een complex proces te zijn en moet zorgvuldig worden doorlopen. Hierbij zijn verschillende disciplines betrokken. De verpleegkundigen en de FPB'ers hebben de taak en de verantwoordelijkheid om medicatie veilig aan te reiken. Beide groepen hebben direct contact met de patiënten en hierdoor hebben ze invloed op de medicatieveiligheid binnen de kliniek.

Probleemstelling: Het onderzoek richt zich op de ervaringen en de behoeften van de verpleegkundigen en de FPB'ers binnen de LFPZ rondom medicatieveiligheid. Hier wordt getracht een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag: *"Hoe wordt de medicatieveiligheid door verpleegkundigen en FPB'ers binnen de LFPZ ervaren en welke aanbevelingen zijn er nodig om het aantal medicatiefouten te minimaliseren?"*

Onderzoeksmethoden: Het onderzoek is opgebouwd in drie onderzoeksdelen, waarvan het eerste deel een literatuuronderzoek is en uitgevoerd door beide studentonderzoekers. Deel twee en drie zijn individuele onderzoeken en zijn beide kwalitatief beschrijvend van aard.

Literatuurstudie: Verschillende oorzaken kunnen bijdragen aan het ontstaan van medicatiefouten. Door deze te evalueren en te analyseren en vervolgens terug te koppelen aan betrokkenen is het mogelijk om gerichte maatregelen te treffen en deze fouten te verminderen. De openheid hiervan is belangrijk en heeft een positieve invloed op de medicatieveiligheid.

Deelonderzoek 1: Er zijn acht semigestructureerde interviews met FPB'ers gehouden over hun ervaringen met betrekking tot medicatieveiligheid binnen de LFPZ. Hieruit kwam naar voren dat FPB'ers hoge werkdruk en storingen tijdens de medicatieverstrekking ervaren waardoor medicatiefouten kunnen ontstaan. De storingen zijn echter sinds de invoering van de niet-storen-hesjes afgenomen. Om de medicatieveiligheid mogelijk te verbeteren hebben ze behoefte aan eenduidigheid in de toedienlijsten rondom de zo-nodig medicatie en structurele terugkoppeling van de analyse van gemaakte fouten. Hierdoor en door kennis te delen met andere disciplines zien FPB'ers kansen om eigen kennis over de medicatie te verbeteren.

Deelonderzoek 2: Om erachter te komen welke ervaringen en behoeften de verpleegkundigen ten opzichte van medicatieveiligheid hebben, zijn twee focusgroepgesprekken gehouden. Hieruit blijkt dat de verpleegkundigen de bewustwording en eigen verantwoordelijkheid belangrijk vinden. Ze hebben behoefte aan inzicht in de gemaakte fouten, betere informatie- en kennisuitwisseling onder elkaar en tussen de disciplines. Op dit moment gebeurt dit niet optimaal. Een positief open leerklimaat, kennisverbetering, communicatie en samenwerking met andere disciplines zijn significante factoren die de medicatieveiligheid positief kunnen beïnvloeden.

Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat door de verhoogde werkdruk en onduidelijkheden in deellijsten medicatiefouten tot gevolg kunnen hebben. Beide disciplines zijn bewust over het nut om medicatiefouten te melden en zijn bereid om dit daadwerkelijk te doen. Alsook zijn ze bewust over de invloed van de kennis op de medicatieveiligheid. Van de analyse en de terugkoppeling van de gemaakte fouten willen ze leren en dat effectief benutten. Daarnaast hebben beide disciplines behoefte aan kennisverbreding van de medicatie en uitwisseling onder elkaar. Verpleegkundigen hebben daarbij behoefte aan efficiënte communicatie en informatieoverdracht binnen de teams en tussen de disciplines.

Aanbevelingen: Om medicatieveiligheid binnen LFPZ te verbeteren is het raadzaam om kennis op een systematische wijze te borgen bij beide disciplines. Tevens is het wenselijk om de gemaakte fouten structureel te analyseren en binnen de teams te bespreken om hiervan te leren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding en belang van het onderzoek	6
1.2 Context	6
1.3 Belanghebbende en verpleegkundige relevantie	7
1.4 Probleemstelling	7
1.5 Doelstelling en deelvragen	7
Deelvraag 1	7
Deelvraag 2	7
Deelvraag 3	7
1.6 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2	8
2.1 Methode literatuurstudie	8
2.2 Resultaten van literatuurstudie	8
2.2.1 Ontstaan van medicatiefouten	9
Mesoniveau	9
2.2.2 Het belang van een veiligheidscultuur & meldingssystemen	9
2.2.3 Draagvlak voor de bereidheid van meldingen	9
2.2.4 Interdisciplinaire samenwerking	10
Microniveau	10
2.2.5 Analysemethode SIRE	10
2.2.6 Klinische lessen & check up	10
2.2.7 Verminderen van ‘Loops’	10
2.2.8 Stilte graag	10
2.3 Conclusie van literatuurstudie	11
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdeelvragen	12
3.1 Onderzoeksdeelvraag 2 “FPB’ers perspectief” (M. van Gils)	12
3.1.1 Onderzoeksbenadering	12
3.1.2 Dataverzamelingstechniek	12
3.1.3 Onderzoeksinstrument	12
3.1.4 Onderzoekspopulatie en ethiek	13
3.1.5 Data-analyse methode	13
3.1.6 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	14
3.2 Onderzoeksdeelvraag 3 “Verpleegkundig perspectief” (T. Desecka)	15
3.2.1 Onderzoeksbenadering	15
3.2.2 Dataverzamelingstechniek	15

3.2.3 Onderzoeksinstrument.	15
3.2.4 Onderzoekspopulatie en ethiek.	15
3.2.5 Data-analyse methode	16
3.2.6 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek	16
3.3 Blending van de resultaten	16
Hoofdstuk 4 Resultaten	17
4.1 Resultaten onderzoeksdeelvraag 2 (M. van Gils)	17
4.1.1 Respons en respondentkenmerken	17
4.1.2 Thema's in beeld gebracht	17
4.1.3 Ervaren werkdruk	18
4.1.4 Ongestoord kunnen werken "niet-storen"	18
4.1.5 Werken volgens apothekers-toedienlijst	19
4.1.6 Meldingsbereidheid en terugkoppeling	19
4.1.7 Kennisverspreiding onder disciplines	20
4.1.8 Ervaringen en behoeften medicatiecursus	21
4.1.9 Deelconclusie deelvraag 2	21
4.2 Resultaten deelvraag 3 Teresa Desecka	23
4.2.1 Respons en respondentkenmerken.	23
4.2.2 Resultaten in beeld gebracht.	23
4.2.3 De ervaringen over de invloed van werkomgeving op medicatieveiligheid.	24
4.2.4 Werken volgens de deellijsten van de apotheek.	25
4.2.5 Het meldklimaat door het vergrootglas van verpleegkundigen.	25
4.2.6 De ervaringen van de samenwerking en onderlinge communicatie.	26
4.2.7 Kennis en deskundigheidsbevordering.	27
4.2.8 Deelconclusie deelvraag 3	27
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	29
5.1 Hoofdconclusie	29
5.2 Discussie	30
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	31
6.1 Aanbevelingen voor de praktijk	31
Aanbeveling 1: Kennisborging	31
Aanbeveling 2 Structureel analyseren en evalueren van meldingen	31
6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	32
Bibliografie	33
Bijlage	36
Bijlage 1 Zoekstrategie voor het literatuuronderzoek	36
Bijlage 2 Resultaten van het literatuuronderzoek N=8	38
Bijlage 3 De oorzaken van fouten	40

Bijlage 4 Topiclijst	42
Bijlage 5 Draaiboek focusgroepgesprek	44
Bijlage 6 Informatiebrief	46
Bijlage 7 Toestemmingsformulier (Informed consent)	48
Bijlage 8 Uitnodigingen	49
Bijlage 9 Audit trial van data-analyse (semigestructureerde interview).	52
Bijlage 10 Audit trial van data-analyse (focusgroepgesprek)	55

Hoofdstuk 1 Inleiding

In de opeenvolgende paragrafen wordt de aanleiding, het belang, de context van het onderzoek en de verpleegkundige relevantie beschreven. Tot slot worden de onderzoeksvragen en de doelstelling weergegeven.

1.1 Aanleiding en belang van het onderzoek

Volgens het rapport van Hospital Admissions Related to Medication (HARM) zijn 41.000 ziekenhuisopnames gerelateerd aan verkeerd medicijngebruik en medicatiefouten. Bijna de helft hiervan zou voorkomen kunnen worden door het medicatiegebruik veiliger te maken (van den Bemt, Egberts, & Leendertse, 2006). Medicatieveiligheid wordt volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg gedefinieerd als;

“Alle activiteiten die zijn gericht op het juist voorschrijven en afleveren en het juiste gebruik van geneesmiddelen (IGZ, 2004).”

Diverse oorzaken liggen ten grondslag aan verkeerd medicijngebruik en medicatiefouten, zoals miscommunicatie, onderbrekingen, doseringsfouten en onduidelijkheden over de verantwoordelijkheid rondom het medicatiebeleid. Vaak zijn ze ook te wijten aan het voorschrijven van verkeerde medicatie, interacties, contra-indicaties, bijwerkingen, toedienen van verkeerde medicijnen en patiënten die zelf verkeerde medicatie innemen (Zorgverbeter, 2017).

Een patiënt is kwetsbaar en verkeerde medicatie innemen kan hem grote gezondheidsschade opleveren. Dat geldt vooral voor mensen met een psychiatrische aandoening omdat ze in veel gevallen te maken hebben met polyfarmacie (Lemmens, Delwel, Meijler, & Weda, 2015). De farmaceutische zorg voor tbs-patiënten is risicovol vanwege hun psychiatrische kwetsbaarheid. Hierdoor is de medicatieverstrekking binnen de kliniek een complex proces, waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Verpleegkundigen en FPB'ers zijn direct betrokken bij de toediening en verstrekking van medicatie.

Om medicatieveiligheid te waarborgen is het van belang bewust met medicatie en medicatiefouten om te gaan en deze te registreren. Deze fouten kunnen vervolgens geanalyseerd worden zodat ernstige gezondheidsschade in de toekomst geminimaliseerd kan worden (van den Bemt & Egberts, 2006). Hier worden niet alleen de veroorzakende factoren van het incident inzichtelijk maar ook de factoren die een bijdrage leveren aan het voorkomen van het incident (Nyst & van der Schaaf, 2005).

Ook registreert de LFPZ meldingen middels Transparant Risicobeheersing en Incidenten Analyse Systeem (TRIAS), waar de medicatiefouten gemeld worden via het web. Ieder kwartaal vindt er een analyse plaats van de gemelde fouten in het meldingssysteem. Uit een analyse van de gemelde medicatiefouten in de LFPZ blijkt dat 57,9% van de medicatie incidenten betrekking hebben op een fout bij het toedienen en verstrekken van medicatie aan een patiënt. Veel voorkomende medicatiefouten worden gemaakt door te vroeg, te laat of het niet toedienen en verstrekken van medicatie (52%).

Dit onderzoek richtte zich op de ervaringen van verpleegkundigen en FPB'ers ten opzichte van medicatieveiligheid omdat er weinig tot geen wetenschappelijk onderzoek binnen LFPZ onder deze disciplines verricht was. Recent zijn de niet-storen-hesjes ingezet als gevolg van eerder gemaakte medicatiefouten. Hiervan zijn nog geen cijfers bekend.

1.2 Context

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Pompestichting LFPZ locatie Zeeland. De Pompestichting is een particuliere forensische stichting. De stichting biedt hoog gespecialiseerde zorg aan mensen met psychiatrische problemen die met justitie in aanraking zijn geweest of dreigen te komen.

LFPZ locatie Zeeland beschikt over 88 bedden, verdeeld over acht afdelingen voor tbs-longstay gestelde. In de LFPZ wordt er vanuit de rehabilitatiegedachte gewerkt, waardoor het aanbod wordt aangepast op de

individuele behoeftes. Tevens wordt er in een multidisciplinair teamverband samengewerkt bestaande uit; psychiater, behandelcoördinator, zorgmanager, verpleegkundigen, en FPB'ers.

1.3 Belanghebbende en verpleegkundige relevantie

De organisatie heeft de verantwoordelijkheid om kwaliteitszorg te bewaken en te borgen gericht op medicatieveiligheid. De verpleegkundige heeft een signalerende rol bij het bewaken van de medicatieveiligheid, zij heeft niet alleen direct contact met de patiënt ook onderhoudt zij nauwe contacten en werkt ze samen met alle andere disciplines die betrokken zijn bij de patiëntenzorg. Ze vervult daarbij een coördinerende rol. Het is van belang dat zij bewust omgaat met medicatieveiligheid en tijdig knelpunten signaleert zodat de kwaliteitszorg gewaarborgd blijft. Op deze manier worden gezondheidsrisico's gericht op medicatiefouten voor de patiënt geminimaliseerd. Het melden van medicatiefouten en initiatief nemen voor mogelijkheden ter verbetering van de medicatieveiligheid horen ook hierbij.

Tijdens dit onderzoek heeft de studentonderzoeker een actieve rol bij het aandragen voor mogelijkheden om een aantrekkelijke werkomgeving te creëren gericht op de verbetering van medicatieveiligheid (Schuurmans, Lambregts, Grotendorst, & van Merwijk, 2012).

1.4 Probleemstelling

"Hoe wordt de medicatieveiligheid door verpleegkundigen en FPB'ers binnen de LFPZ ervaren en welke aanbevelingen zijn er nodig om het aantal medicatiefouten te minimaliseren?"

1.5 Doelstelling en deelvragen

"Eind januari 2018 zijn ervaringen en behoeften van verpleegkundigen en FPB'ers onderzocht, geanalyseerd en worden er minimaal twee aanbevelingen gedaan vanuit praktijk- en literatuuronderzoek om de medicatieveiligheid binnen de LFPZ te verbeteren."

Deelvraag 1

"Welke verbetermaatregelen worden op meso- en microniveau in de literatuur aanbevolen voor verpleegkundigen in een klinische setting om medicatiefouten te minimaliseren?"

Deelvraag 2

"Wat zijn de ervaringen en behoeften van forensisch psychiatrisch begeleiders binnen de LFPZ rondom medicatieveiligheid?"

Deelvraag 3

"Welke ervaringen en behoeften hebben verpleegkundigen ten opzichte van de medicatieveiligheid binnen de LFPZ?"

1.6 Leeswijzer

Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgt in hoofdstuk twee de literatuurstudie. In hoofdstuk drie staat beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en wordt aandacht besteed aan de kwaliteitsborging van het onderzoek. Hoofdstuk vier weergeeft de resultaten van de onderzoeksdeelvragen twee en drie. Tot slot volgt de discussie met daarin zwakke en sterke punten van het onderzoek, de eindconclusie en de aanbevelingen.

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk wordt middels een literatuurstudie antwoord gegeven op de volgende onderzoeksdeelvraag:

“Welke verbetermaatregelen worden op meso- en microniveau in de literatuur aanbevolen voor verpleegkundigen in een klinische setting om medicatiefouten te minimaliseren?”

2.1 Methode literatuurstudie

De hoofdvraag van het onderzoek vormde het uitgangspunt voor de zoektermen zowel in het Nederlands- als Engelstalig, zie tabel 1. Om zo gericht mogelijk te zoeken werden voor de combinaties van de zoektermen de Booleaanse operatoren (AND, OR) toegepast, zie bijlage 1. Tevens werd er gezocht met Medical Subject Headings (MeSH) termen. Hiermee wordt het zoekresultaat vergroot (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012).

Nederlands	Engels
• medicate, • medicatiefouten, • veiligheid • interventie • toezicht/bewaking • verpleegkundige • zorg (klinische)	• medication/drug • error (s) • safe*/safety • intervention • supervision • nurs* • care/ clinical care

Tabel 1. Nederlands- en Engelstalige zoektermen

Om de resultaten van de onderzoeken te bestuderen was het van belang dat full-teksten van deze artikelen beschikbaar waren. De relevantie van de gevonden artikelen zijn door beide studentonderzoekers beoordeeld door de in- en exclusiecriteria van titels en abstracts toe te passen, zie tabel 2.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria	Limieten
• Artikelen m.b.t. medicatie- en patiëntveiligheid • Artikelen die vergelijkbare context als in Nederland weergeven.	• Artikelen die betrekking hebben tot medicatieveiligheid bij dieren.	• Artikelen niet ouder dan 10 jaar. • FULL text. • Taal: Engels of Nederlands

Tabel 2. Inclusie- exclusiecriteria en limieten

Gedurende de zoektocht naar relevante literatuur is er gebruik gemaakt van verschillende databanken, zoals PubMed, Medline, The Cochrane Library, Cinahl en Springerlink. Deze databanken beschikken over geschikte literatuur voor paramedische beroepen en verpleegkunde (Offringa et al., 2007).

De geïncludeerde artikelen werden beoordeeld op hun kwaliteit, met behulp van beoordelingsformulieren beschikbaar via Cochrane Netherlands. Daarnaast werd de theorie aangevuld met grijze literatuur.

2.2 Resultaten van literatuurstudie

Om de onderzoeksdeelvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van vijf systematic reviews, twee research artikelen en een verkennende studie (bijlage 2). Om aanbevelingen voor de praktijk te geven is het van belang om eerst te begrijpen hoe en waarom medicatiefouten zich voordoen. Dit is later de sleutel voor het succesvol implementeren van verbetermaatregelen (Keers, Williams, Cooke, & Ashcroft, 2013).

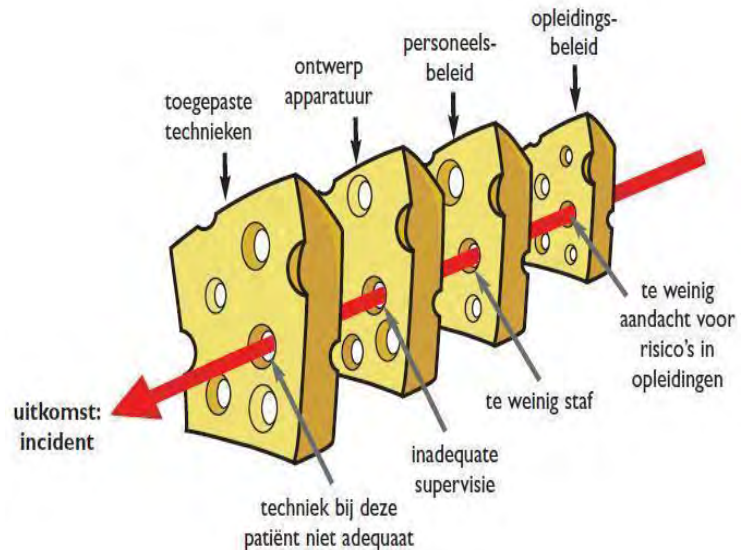
2.2.1 Ontstaan van medicatiefouten

Uit systematische reviews is aangetoond dat medicatiefouten meerdere oorzaken hebben, zie bijlage 3. Volgens de theorie van Reason (2001) hangen menselijke en technische oorzaken samen en kunnen niet afzonderlijk gezien worden.

Vrijwel in iedere bedrijfscultuur zijn er een aantal barrières ingebouwd voor het voorkomen van onbedoelde schade. Incidenten kunnen alsnog optreden wanneer deze barrières falen.

James Reason heeft het 'Gatenkaasmodel' ontworpen die inzichtelijk maakt hoe een incident, ondanks verschillende barrières kan ontstaan (afbeelding 1).

De hieronder opeenvolgende subparagrafen bevatten verbetermaatregelen die beschreven zijn vanuit wetenschappelijke artikelen op meso- en microniveau.



Afbeelding 1. Het 'Gatenkaas model' van James Reason (Reason 2001)

Mesoniveau

2.2.2 Het belang van een veiligheidscultuur & meldingssystemen

Een doorslaggevende factor voor een effectief meldingssysteem is het bestaan van een veiligheidscultuur binnen instellingen. In een open en transparante cultuur zijn werknemers zich bewust van het risicovolle karakter van hun eigen handelen en zijn zij meer bereid (bijna)medicatiefouten te melden, te bespreken en om daarvan te leren (Vermeulen, Kleefstra, Zijp, & Kool, 2017; Kavanagh, 2017; Metsälä & Vaherkoski, 2014).

Het personeel moet aangemoedigd worden om medicatiefouten te melden, zelfs hiervoor beloond te worden omdat volgens studies een beloning geassocieerd wordt met een verminderde hoeveelheid aan medicatiefouten (Vermeulen et al., 2017; Kavanagh, 2017; Metsälä & Vaherkoski, 2014).

De informatie over medicatiefouten die zijn gebeurd, dienen systematisch geanalyseerd en binnen het team worden besproken. Afdelingen kunnen leren van elkaar door medicatiefouten openlijk te bespreken (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Een studie in de langdurige zorg toont aan dat een positieve veiligheidscultuur de intrinsieke motivatie van medewerkers beïnvloedt. Deze motivatie stimuleerde hen om kritisch na te denken en daardoor hun werkpraktijk te verbeteren (Vermeulen et al., 2017).

2.2.3 Draagvlak voor de bereidheid van meldingen

De wijze waarop de meldingsprocedure is ingericht heeft invloed op de meldingsbereidheid van werknemers. Er zijn een aantal kernaspecten; helderheid over wat er wel of niet moet worden gemeld en door wie, gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid van de meldingsprocedure, snelheid van feedback en de zichtbaarheid van verbeteringen. Het realiseren van meldingsbereidheid hangt samen met het veiligheidsbewustzijn. Om het leereffect te vergroten naar aanleiding van analyses vanuit meldingssystemen, dan is snelle feedback van belang (Vrbnjak, Denieffe, O'Gorman, & Pajnkihar, 2016). Als medewerkers merken dat er met de melding ook iets gebeurt, neemt de motivatie toe om te melden en dit ook te blijven doen (Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter, & de Roode, 2006).

2.2.4 Interdisciplinaire samenwerking

Een centrale factor in het verbeteren van medicatieveiligheid is de verbintenis van verpleegkundige en management. Zij dienen samen beslissingen te nemen die medicatieveiligheid ondersteunen, multidisciplinaire samenwerking op dit gebied aanmoedigen, rapporteren en behandelen van medicatiefouten. Managers evenals verpleegkundigen en begeleiders dienen ieder hun eigen rol en ethische verantwoordelijkheid in medicatiefouten te nemen. (Metsälä & Vaherkoski, 2014; Vermeulen et al., 2017).

Microniveau

2.2.5 Analysemethode SIRE

Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE) is een gestructureerde manier om een incident te reconstrueren (Leistikow, Ridder, & Vries, 2009). In de eerste plaats geldt dat de analyse zo dicht mogelijk bij de bron moet plaatsvinden van het gemelde incident. Een veel voorkomende aanpak is een afdelingsgebonden commissie. Middels een oorzakenanalyse kan ervoor worden gekozen om dit te doen door een beperkt aantal medewerkers, bijvoorbeeld tijdens een intervisie. Medewerkers dienen beschikbaar te zijn voor alle afdelingen. Het in de commissie laten participeren van een leidinggevende kan drempelverhogend werken (Legemaate et al., 2006).

2.2.6 Klinische lessen & check up

Verpleegkundigen hebben levenslang bijscholing nodig over medicatie diens bijwerkingen, polyfarmacie en medische interacties (Riaz, Riaz, & Latif, 2017). Om een minimum van medicatiefouten te realiseren, zouden verpleegkundigen van tijd tot tijd medicatie overzichten moeten checken (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Tenminste polyfarmacie, geschikte doseringen, toedieningswegen, bijwerkingen en medische interacties zouden door een verpleegkundige gecontroleerd moeten worden. In opleidingen en klinische lessen moet er worden gestreefd naar meer aandacht voor medicatiefouten en de risico's hiervan (Veldhorst-Janssen, de Jong, Swart, van der Kuy, & Beysens, 2002).

2.2.7 Verminderen van 'Loops'

Ieder medicatieproces kent een aantal stappen, hoe meer stappen het proces kent hoe groter het risico is op het ontstaan van medicatiefouten. Het verwijderen van loops minimaliseert de stappen in het medicatieproces waardoor er minder medicatiefouten ontstaan. Er kan een andere procedure ingevoerd worden voor het voorschrijven van eenmalige en zo-nodig medicatie, werkinstructies worden verbeterd en uitgebreid, waardoor stappen in het proces geminimaliseerd zijn. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de processen moeten expliciet worden benoemd en aan ieder duidelijk gemaakt worden (Veldhorst-Janssen et al., 2002).

2.2.8 Stilte graag

Afleidingen en storingen tijdens het medicatieproces verstoren de concentratie en aandacht, dit kan leiden tot verlies van de patiëntgerichtheid. Dit kan vervolgens leiden tot onjuiste acties die medicatiefouten veroorzaken (Kavanagh, 2017; Keers et al., 2013; Lawton, Carruthers, Gardner, Wright, & McEachan, 2012; Riaz et al., 2017). Verpleegkundigen die medicatie toedienen en verstrekken aan de patiënt moeten rustig kunnen werken. In sommige ziekenhuizen wordt er gewerkt met een banner te plaatsen "Verpleegkundige afgiftemedicatie-niet storen"! Ook de gele kleur "aandachtsvesten" voor verpleegkundigen die medicijnen verstrekken worden gebruikt. Daarnaast moet er voldoende personeel op de afdeling aanwezig zijn zodat degene die medicatie verstrekken dit ook in rust kan doen. (Metsälä & Vaherkoski, 2014).

2.3 Conclusie van literatuurstudie

In onderstaande conclusie zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksdeelvraag:

“Welke verbetermaatregelen worden op meso- en microniveau in de literatuur aanbevolen voor verpleegkundigen in een klinische setting om medicatiefouten te minimaliseren?”

Dit literatuuronderzoek heeft aangetoond middels systematische reviews en research artikelen dat medicatiefouten verschillende oorzaken hebben. Het is van belang het hoe en waarom van het ontstaan van medicatiefouten te analyseren en evalueren, dit kan middels de analysemethode van SIRE. Oorzaken en verbetermaatregelen kunnen niet los van elkaar gezien worden.

Er kon geconcludeerd worden dat de verbetermaatregelen een effectieve bijdrage leveren op de reducering van medicatiefouten. Verbetermaatregelen dienen gericht te zijn op het openlijk bespreken, terugkoppelen en het geven van feedback op medicatiefouten. Het verminderen van ‘loops’ en medicatie verstrekken zonder onderbrekingen en afleidingen hebben een positieve werking op het minimaliseren van medicatiefouten. Het bijwonen van klinische lessen en interdisciplinaire samenwerking heeft eveneens een positieve bijdrage. De aandacht van onder andere de risico’s op medicatiefouten in de klinische lessen maakt verpleegkundigen mogelijk bewuster van hun handelen. Er is nog een ingewikkelde weg te gaan om medicatiefouten aan te pakken en hiervoor is dan ook meer literatuur- en praktijkonderzoek nodig.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdeelvragen

In de volgende paragrafen wordt de onderzoeksmethode van deelonderzoeken 2 en 3 toegelicht.

3.1 Onderzoeksdeelvraag 2 “FPB’ers perspectief” (M. van Gils)

3.1.1 Onderzoeksbenadering

De volgende onderzoeksdeelvraag staat centraal in de volgende paragrafen:

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van forensisch psychiatrisch begeleiders binnen de LFPZ rondom medicatieveiligheid?”

Om een antwoord te verkrijgen op de deelvraag werd er gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvend onderzoek. De keuze voor een kwalitatieve beschrijvende onderzoeksbenadering is gebaseerd op de diepgaande verkenning in de belevings- en ervaringswereld van de respondenten (Baarda, 2013; Wouters, Zaalen, & Bruijning, 2015). De studentonderzoeker beschrijft de situatie gericht op medicatieveiligheid, welke aspecten van belang zijn en de onderlinge relatie wordt weergegeven. Het doel van deze deelvraag is het achterhalen hoe FPB’ers de medicatieveiligheid op de werkvloer ervaren en wat de behoeften zijn gericht op verbeteringen.

3.1.2 Dataverzamelingstechniek

De kwalitatieve beschrijvende benaderingswijze heeft vorm gekregen middels acht semigestructureerde interviews. Semigestructureerde interviews zijn geschikt om motivaties, gedachten of argumenten van personen inzichtelijk te maken (Wouters et al., 2015). Tijdens het interview werd er diepgaand en gericht doorgevraagd om informatie te verzamelen (Baarda, 2013).

De interviews werden in de periode van 23 oktober 2017 tot 11 november 2017 afgenomen, met een gemiddelde tijdsduur van 45 minuten. Bij ieder interview waren twee studentonderzoekers aanwezig. Alle interviews zijn middels een voice-recorder opgenomen om tot een volledige en objectieve data-analyse te komen (Baarda, 2013). De studentonderzoeker zorgde ervoor dat de vragen die relevant waren om de onderzoeksdeelvraag te beantwoorden aan bod kwamen. Dit werd bewerkstelligd middels de feedback van de aanwezige medestudentonderzoeker tijdens of na het interview. Alle interviews zijn afgenomen op de locatie waar de respondenten werkzaam zijn, in een aparte gereserveerde ruimte waardoor rust en privacy gewaarborgd werd.

3.1.3 Onderzoeksinstrument

Om het interview te structureren werd er gebruik gemaakt van een topiclijst, zie bijlage 4. De topiclijst was het meetinstrument voor de dataverzameling in dit onderzoek. Ieder interview is afgenomen aan de hand van deze topiclijst. Resultaten konden met elkaar vergeleken worden doordat iedere respondent in grote lijnen dezelfde topics voorgelegd kreeg (Boeijs, 2014). De topics zijn stand gekomen aan de hand van grondig literatuur- document- en vooronderzoek die beschreven staat in hoofdstuk 2 en bijlage 3.

De topiclijst is inhoudelijk beoordeeld door een psychiater en een behandelcoördinator werkzaam binnen de LFPZ. Documentonderzoek van de instelling bestond uit een analyse van de triaswebmelding en deelname aan de medicatieveiligheid-coalitie binnen de instelling.

Door de studentonderzoeker is er gebruik gemaakt van een proefinterview met één FPB’er. Het proefinterview is met de respondent en medestudentonderzoeker geëvalueerd om de betrouwbaarheid van de vragen te verhogen. Er zijn geen aanpassingen tot stand gekomen (Cox et al., 2012).

3.1.4 Onderzoekspopulatie en ethiek

Gezien het aantal deelnemers (N=8) van het onderzoek is ervoor gekozen om alle afdelingen van de LFPZ bij het onderzoek te betrekken. Om inzichten en ervaringen van FPB'ers te generaliseren en het perspectief inzichtelijk te krijgen is het van belang dat iedere afdeling van de LFPZ betrokken werd bij het onderzoek.

Voor deelname aan het onderzoek zijn de volgende criteria gehanteerd:

Inclusiecriteria:

- Bevoegdheid medicatieverstrekking (alleen medewerkers in het bezit van een medicatiecertificaat mogen medicatie verstrekken en toedienen).
- FPB'ers werkzaam binnen de LFPZ
- Beschikbaarheid respondent

Exclusiecriteria

- afwezigheid > 6 maanden (bij langdurige afwezigheid bestaat er de mogelijkheid dat zij niet op de hoogte zijn van recente ontwikkelingen binnen de LFPZ).
- Flexpoolmedewerkers, invalkrachten en stagiaires (zij zijn niet bevoegd om medicatie te verstrekken)
- Verpleegkundige en overige disciplines (is niet relevant voor de beantwoording op de onderzoeksdeelvraag)

Er is gekozen om aan de hand van een selecte doelgerichte steekproef een groep respondenten samen te stellen. Na het toepassen van de inclusie- en exclusiecriteria werden acht FPB'ers verdeeld over acht afdelingen geselecteerd. Dit heeft geleid tot een representatieve bron van informatie. Tevens werd tijdens de selectie rekening gehouden met de bereidheid van de respondent en de heterogene samenstelling van de groep bestaande uit leeftijd, ervaringsjaren en achtergrond.

Middels een informatiebrief (bijlage 6) en mondelinge toelichting zijn de geselecteerde respondenten geïnformeerd over het onderzoek. Op basis van informed consent (bijlage 7) zijn respondenten akkoord gegaan voor deelname aan het onderzoek en opname van het interview. Ethiek speelt een belangrijk rol binnen dit onderzoek omdat het te verwachten was dat respondenten persoonlijke ervaringen delen. Door de studentonderzoeker werd aan het begin van interview nogmaals benoemd dat er vertrouwelijk met de gegevens om wordt gegaan. Er is benoemd dat gegevens anoniem verwerkt werden en dat deelname geheel vrijblijvend was (Baarda, 2013).

3.1.5 Data-analyse methode

Om betrouwbare transcripten te realiseren zijn er van alle interviews audio-opnames gemaakt. Een pluspunt van een audio-opname is dat de studentonderzoeker zich beter kon focussen op het interview, doordat aantekeningen werden vermeden, bracht dit de kwaliteit van de data ten goede (Boeije 2014).

Tijdens de onderzoeksperiode werden er verschillende analyses gemaakt. Deze bracht de studentonderzoeker tot nieuwe inzichten die meegenomen werden naar de resterende interviews. Een voorbeeld hiervan is de niet-storen-hesjes. Het analyseren van de datagegevens werd doorlopen volgens het zes fasen model van Braun en Clarke (2006).

Zonder een vooraf afgesproken schema heeft de studentonderzoeker inductief gecodeerd (Braun & Clarke, 2006). Er werden codes gemaakt uit de transcripten vervolgens werden de codes geclusterd en ondergebracht in thema's, zie bijlage 8. Daaropvolgend werden de thema's gecheckt of ze in relatie staan tot de ruwe data en het overall beeld vormen. De studentonderzoeker heeft de specifieke betekenis van de thema's verfijnd en er werden heldere definities weergegeven. Tot slot werden citaten van de respondenten geciteerd, die de sterke illustratie weergegeven in relatie tot de onderzoeksdeelvraag.

3.1.6 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

Voor een goed kwalitatief onderzoek moet deze voldoen aan vier kwaliteitscriteria; geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid. Transcripten zijn voorgelegd (membercheck) aan respondenten wat de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot tevens is er gebruik gemaakt van audit-trail, zie bijlage 9 (Baarda, 2013). Middels audit-trail zijn de stappen van de data-analyse inzichtelijk, wat voor een controleerbaar spoor zorgt (Baarda, 2014). De context en de respondenten van het onderzoek werden gedetailleerd beschreven (thick description), zodat de resultaten worden gezien als overdraagbaar naar andere settings (Cox et al., 2008). De studentonderzoeker streefde naar verzadiging om de topiclijst tussentijds aan te passen, zodat er geen nieuwe onderwerpen tijdens het interview ontstonden. Na het tweede interview is er een topic toegevoegd over de reeds ingezette interventie niet-storen-hesjes. Het resultaat was dat er een inzicht tot stand kwam gericht op de ervaringen van de interventie. De verifieerbaarheid van het onderzoek werd verhoogd doordat beide studentonderzoekers afzonderlijk van elkaar de transcripten gecodeerd en gethematiseerd hebben dit wordt ook wel peer-review genoemd (Cox et al., 2012).

3.2 Onderzoeksdeelvraag 3 “Verpleegkundig perspectief” (T. Desecka)

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van de deelvraag

“Welke ervaringen en behoeften hebben verpleegkundigen ten opzichte van de medicatieveiligheid binnen de LFPZ?”, nader toegelicht.

3.2.1 Onderzoeksbenadering

Om de bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden heeft de studentonderzoeker voor een kwalitatief beschrijvend onderzoek gekozen (Baarda, 2014). De reden hiervan was om erachter te komen welke ervaringen, achterliggende motivaties, gedragingen en gedachten de verpleegkundigen hebben rondom medicatieveiligheid. Tevens vond de studentonderzoeker het belangrijk om op dat gebied de behoeften vanuit een verpleegkundig perspectief te verkennen en de situatie te beschrijven (Lucassen & olde Hartman, 2007).

3.2.2 Dataverzamelingstechniek

Er is gekozen voor twee focusgroeps gesprekken met topics. Deze vorm van interviewen is geschikt om informatie te verzamelen op basis van een gesprek met meerdere respondenten tegelijkertijd (van Selm, 2007). De interactie binnen de groep speelt hierbij een belangrijke rol vanwege extra diepgaande informatie voor de analyse en interpretatie van de verkregen resultaten (Hennink, Hutter, & Bailey, 2015). Eveneens is het standpunt vanuit het perspectief van de betrokkenen helder te krijgen (Cox et al., 2012). Wel is hier belangrijk om het gesprek bij het onderwerp te houden.

Voorafgaand aan het gesprek heeft de studentonderzoeker een proef focusgesprek gedaan. Dat gebeurde met behulp van een draaiboek gemaakt voor het focusgroepgesprek (bijlage 5) op basis van de ‘Handleiding focusgroep onderzoek van CBO’ (CBO, 2004). Dit draaiboek is effectief gebleken en heeft de kwaliteit en structuur van het gesprek positief beïnvloed. Bovendien is het zelfvertrouwen van de studentonderzoeker hierdoor vergroot.

Tijdens de focusgesprekken zijn beide studentonderzoekers aanwezig geweest. Door een open- en onpartijdige houding aan te nemen hebben de studentonderzoekers een veilige sfeer geprobeerd te creëren, zodat ze vrijuit hebben kunnen spreken en ventileren (Wouters et al., 2015). Hierdoor en door flexibiliteit in het interviewen heeft de studentonderzoeker een breed beeld gekregen over de meningen en denkbeelden van de LFPZ verpleegkundigen over medicatieveiligheid. De medestudentonderzoeker heeft tijdens het interviewen steekwoorden en notities gemaakt en het gesprek is vervolgens met elkaar geëvalueerd.

3.2.3 Onderzoeksinstrument

Om de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten heeft de studentonderzoeker voorafgaand aan het onderzoek de achtergrondinformatie over het onderwerp, de context en de literatuur (hoofdstuk 2 en bijlage 3) grondig bestudeerd. Deze kennis en informatie hebben bijgedragen aan de voorbereiding van een aantal topics (bijlage 4) die tijdens een interview gebruikt zijn. Daarna is de topiclijst voorgelegd aan experts van de organisatie; de behandelcoördinator en de psychiater. Daardoor is de relevantie van dataverzameling gewaarborgd (Wouters et al., 2015). Door een proefgesprek te houden is het instrument gevalideerd.

3.2.4 Onderzoekspopulatie en ethiek

De onderzoeksgroep was samengesteld uit verpleegkundigen die werkzaam zijn op alle afdelingen binnen de LFPZ locatie Zeeland. Voor het onderzoek is gekozen voor twee homogene focusgroepen met hetzelfde werkniveau, bestaande uit zes respondenten. Om die rede en om een zo laagdrempelig mogelijk gesprek te houden, zijn de leidinggevend en de stagiaires geëxcludeerd en niet in aanmerking gekomen voor een focusgesprek (Wouters et al., 2015).

De selectiecriteria zijn hieronder weergegeven.

Inclusiecriteria

- Verpleegkundigen die bevoegd en bekwaam om medicatie te verstrekken.
- Verpleegkundigen > twee maanden werkzaam zijn bij LFPZ en/of ervaring hebben in forensische zorg.

Exclusiecriteria

- Stagiaires
- Leidinggevend

De selectie heeft op basis van een doelgerichte steekproef plaatsgevonden (Baarda, 2014). Hierdoor was de onderzoekspopulatie een representatieve bron van informatie. Alle verpleegkundigen die aan de inclusiecriteria hebben voldaan, zijn meegenomen in het onderzoek op basis van de beschikbaarheid. In samenwerking met de planner is het meest geschikte tijdstip gekozen voor het gesprek. Vervolgens zijn de respondenten via een mail benaderd (bijlage 8). Daarna volgde een officiële uitnodiging samen met een informatiebrief (bijlage 6) en een toestemmingsformulier (bijlage 7).

In het begin van het gesprek is het onderwerp en het doel van het onderzoek toegelicht en is uitleg gegeven over de gespreksopname, de privacy en de anonimiteit borging van de respondenten. Tevens is er gevraagd om het formulier met een toestemmingsverklaring te ondertekenen (Baarda, 2013).

3.2.5 Data-analyse methode

De opnames van de interviews zijn na de interviews volledig getranscribeerd om de resultaten zo goed mogelijk te onderbouwen (credibility). De getranscribeerde teksten zijn vervolgens middels de zes stappen van Braun en Clarke (2006) thematisch geanalyseerd om de bestaande patronen bij kwalitatieve data te identificeren (Braun & Clarke, 2006). Hierbij was het beantwoorden van de onderzoeksdeelvraag de uitgangspunt. De tekstfragmenten zijn daarna gegroepeerd (gecodeerd) en per onderwerp met elkaar in verband gebracht. Tot slot zijn ze als thema's met bijbehorende citaten, gerelateerd aan de onderzoeksvraag, in de samenvatting verwerkt (Wouters et al., 2015).

3.2.6 Kwaliteitsborging van het deelonderzoek

De geldigheid van het onderzoek is verhoogd door gebruik te maken van geluidsopnames, notities tijdens interviews, feedback en het overleg met medestudentonderzoeker. Hierdoor is het onderzoek traceerbaar (plausibel). De fragmenten van interviews zijn door beide studentonderzoekers afzonderlijk gecodeerd en met elkaar vergeleken om vertekening te voorkomen (Wouters et al., 2015). De getranscribeerde interviews zijn aan de respondenten voorgelegd voor membercheck om de feitelijke onnauwkeurigheden te corrigeren (Baarda, 2014). De commentaren van de respondenten zijn vervolgens verwerkt. Hierdoor is de geloofwaardigheid van het onderzoek verbeterd. De overdraagbaarheid van het onderzoek naar een andere setting is gewaarborgd door middel van een "thick description" van de deelnemers en de setting (Wouters et al., 2015). Daarnaast heeft de studentonderzoeker een "audit trail" gemaakt van uitzonderlijke stappen van de data-analyse (bijlage 10) die een controleerbaar spoor nalaat (Baarda, 2014).

3.3 Blending van de resultaten

De tweede en derde deelvraag geven een inzicht in de belevings- en ervaringswereld van de respondenten gericht op medicatieveiligheid binnen de LFPZ. De eerste deelvraag wordt beantwoord middels een literatuurstudie. Door de conclusies van alle drie de deelvragen samen te voegen wordt er een overall conclusie getrokken. Aan de hand van deze overall conclusie worden er aanbevelingen opgesteld om de medicatieveiligheid binnen de LFPZ te verhogen.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van deelvraag twee en drie beschreven en beide afgesloten met een deelconclusie.

4.1 Resultaten onderzoeksdeelvraag 2 (M. van Gils)

4.1.1 Respons en respondentkenmerken

Om een gegeneraliseerd beeld te vormen rondom de ervaringen en behoeften van FPB'ers van de LFPZ is er van iedere afdeling in totaal 8 (N=8) een interview afgenomen. Alle afgenomen interviews zijn meegenomen in de resultaten van het onderzoek. In onderstaande tabel zijn de kenmerken van de respondenten weergegeven.

N	Werkervaring (jaren)	Man/vrouw	Afdeling
1	5	M	Horst
2	11	M	Dijk
3	1	M	Woud
4	11	M	Beemd
5	12,5	M	Bos
6	8	M	Heide
7	20	M	Waard
8	0,5	V	Duin

Tabel 3. Kenmerken respondenten

4.1.2 Thema's in beeld gebracht

In het onderstaande figuur 1 worden de thema's weergegeven die naar voren zijn gekomen uit de interviews. De thema's zijn verwerkt in de verderop beschreven resultaten van het onderzoek.



Figuur 1. Thema's resultaten

4.1.3 Ervaren werkdruk

Alle respondenten ervaren een hoge werkdruk, waarvan de helft van de respondenten deze voornamelijk ervaart tijdens dagdiensten. De meerderheid van de respondenten heeft de ervaring dat zij gestoord worden tijdens de medicatieverstrekking middels telefoontjes, intercomoproepen en vragen van patiënten en/of collega's. De concentratie wordt negatief beïnvloed door de verstoringen die de respondenten ervaren tijdens de medicatieverstrekking.

"De drukte maakt het onveilig omdat je je niet kan concentreren."

R1

"Vaak doordeweeks in de dagdiensten kan het druk zijn."

R7

Het merendeel van de respondenten zijn ervan overtuigd dat afleidingen en verstoringen medicatiefouten veroorzaken. Zij hebben de ervaring dat ze medicatie vergeten af te tekenen of te verstrekken door verstoringen en afleidingen tijdens de medicatieverstrekking. De meerderheid van de respondenten heeft de behoefte aan vast personeel op de afdeling en ervaart de werkdruk hoger wanneer zij met invallers werken. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de hoge werkdruk mede ontstaat door de onderbezetting.

"Laatst was ik vergeten af te tekenen, ik werd gestoord."

R5

"Ja, sowieso met invallers is de druk hoog[...] Je draait eigenlijk altijd op een onderbezetting. Als je het dan over medicatieveiligheid hebt wordt ook de druk daar verhoogt, want op het moment dat je met de medicatieronde bezig bent komen van alle kanten vragen terwijl je eigenlijk met de medicatie bezig moet zijn, ongestoord. Dat gaat dan vaak niet."

R7

Een tweetal respondenten heeft de ervaring dat door de hoge werkdruk er geen tijd is voor een extra controlemoment. De respondenten hebben de ervaring wanneer zij een extra controlemoment voor of na de medicatieverstrekking toepassen, zij bijna fouten eruit filteren.

"Vooraf controleren en als het toelaat ook nog achteraf, zo filter ik fouten eruit. Door de drukte kan ik die controle momenten niet goed doen voor mezelf."

R1

4.1.4 Ongestoord kunnen werken "niet-storen"

Uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de respondenten een positieve ervaring heeft met betrekking tot de niet-storen-hesjes. Waar eerder werd genoemd dat de respondenten verstoringen en afleidingen ervaren tijdens de medicatieverstrekking zijn zij van mening dat dit nu verminderd sinds de niet-storen-hesjes worden gedragen.

Een kanttekening die zij geven is dat de niet-storen-hesjes recent zijn ingezet en dat de effectiviteit op het minimaliseren van medicatiefouten nog niet is aangetoond. Het merendeel van de respondenten heeft de ervaring wanneer zij medicatie verstrekken bij de kamerdeur van de patiënt dit voor duidelijkheid, rust en structuur zorgt. Het is duidelijk wie de medicatie verstrekt waardoor zij de ervaring hebben om minder afgeleid en gestoord te worden tijdens de medicatieverstrekking.

"Sinds dat we die hesjes gebruiken merk ik dat de concentratie vele malen hoger is."

R5

“Ik merk nu we met die hesjes werken en de kamers van de bewoners afgaan dat het beter gaat. Het geeft mij in ieder geval meer rust, bewoners zien dat ze je niet moeten storen.”

R4

Twee respondenten hebben de ervaring dat het dragen van de niet-storen-hesjes zorgt voor meer afleidingen en storingen. Zij hebben de ervaring dat de niet-storen-hesjes niet werkt en er grapjes over gemaakt worden. Het hesje lokt meer afleidingen en storingen uit omdat er iets anders dan anders gebeurt. Zij hebben de ervaring juist door niet neutraal te zijn middels het dragen van een niet-storen-hesje je meer reacties uitlokt van de patiënt.

“Eerlijk gezegd werkt het niet. Er worden grapjes over gemaakt ook door de bewoners zelf en omdat ze het grapje alweer aan het maken zijn dat je het hesje aan hebt, dan ben je eigenlijk al afgeleid.”

R3

“Meer een soort van zwaailicht op je hoofd. Het roept een reactie uit. Als je neutraal bent hoe je er altijd uitziet op de afdeling, nodigt het niet uit om een opmerking te plaatsen.”

R6

4.1.5 Werken volgens apothekers-toedienlijst

In grote mate zijn de respondenten het met elkaar eens dat ze werken volgens de apotheek geleverde toedienlijst. De toedienlijst wordt door het merendeel van de respondenten als duidelijk en overzichtelijk ervaren. Tevens geeft de meerderheid van de respondenten aan dat zij onduidelijkheid ervaren omtrent de wijze waarop zo-nodig medicatie voorgeschreven staat, zoals de tijd die tussen twee giften kan zitten. Zij geven aan behoefte te hebben aan een duidelijk kopje op de toedienlijst, waarin onder andere het aantal uren beschreven staat tussen twee giften. Het merendeel van de respondenten hebben de ervaring dat uitzonderingen zoals afwijkende medicatietijden medicatiefouten kunnen veroorzaken.

“Ik vind ze wel overzichtelijk, maar waar ik af en toe wel mee zit is met de zo-nodig, dat je vaak zelf de inschatting moet maken over hoeveel uren er tussen moeten zitten.”

R1

Twee respondenten hebben de ervaring dat de apothekers-toedienlijst niet overzichtelijk is. De ervaring is dat voorgeschreven medicatie op de toedienlijst niet op een logische volgorde in combinatie met de baxterrol is. Tevens ervaren zij dat de benaming van medicatie op de baxterrol niet overeenkomt met de toedienlijst.

“Door de tijd heen zie je dat je veel moet bladeren door de deellijsten heen en terug. Het is dan heel makkelijk om daar dan een fout in te maken. Wat ik minder vind is dat de benaming nog steeds niet overeenkomt met wat op de deellijst staat.”

R6

4.1.6 Meldingsbereidheid en terugkoppeling

De meerderheid van de respondenten voelt zich veilig om medicatiefouten te melden. Dat komt mede doordat het bewustzijn van het nut van de meldingen onder de respondenten is vergroot. Het bewustzijn is vergroot door de gevolgde cursussen en de aandacht die door het management wordt gegeven aan het onderwerp medicatieveiligheid. Echter een melding voor een collega maken voelt voor het merendeel van de respondenten niet als juist. Zij geven de voorkeur aan dat degene die de fout heeft gemaakt zelf een melding maakt.

“Ik voel me vrij om te melden, maar ik laat liever degene melden die de fout ook gemaakt heeft”.

R8

Het merendeel van de respondenten hebben de ervaring dat het normaler geworden is om elkaar aan te spreken op fouten, zij ervaren hierdoor meer openheid en transparantie gericht op medicatiefouten. Een kanttekening die zij geven, is dat zij het ontbreken van een terugkoppeling van de meldingen een gemis vinden. De behoefte bestaat om medicatiefouten en interventies structureel te bespreken in het team. Grotendeels ervaren de respondenten dat medicatiefouten worden gemeld in het triaswebsysteem en de cijfers alleen verdwijnen in het kwartaaloverzicht.

“Je hoort er nooit niets meer van. Het zal uiteindelijk wel ergens verzameld worden.”

R7

“Laat het maar eens in de twee maanden terug komen. Nu gaat het ooit in de overdracht erover en worden er oplossingen gezocht waar niet het gehele team achterstaat.”

R8

Een tweetal respondenten voelen zich niet veilig om te melden en hebben de ervaring dat er consequenties worden verbonden aan het maken van medicatiefouten.

“Dat het niet altijd zo vrijblijvend is, ze zeggen je mag fouten maken [...] Het is echt bedoelt om te kijken waar verbeterpunten liggen, maar dat stuk krijg ik niet mee. Ik krijg wel mee, dat als collega's een paar keer de mist in gaan met dingen, dat daar consequenties aan kunnen zitten.”

R6

4.1.7 Kennisverspreiding onder disciplines

Uit de interviews kwam naar voren dat de meerderheid van de respondenten de behoefte hebben om kennis structureel te delen met verschillende disciplines die werkzaam zijn binnen de LFPZ. Het merendeel van de respondenten gaf een hiaat aan in het structureel delen van kennis. Geen enkele respondent gaf aan dat zij structureel het onderwerp medicatieveiligheid teambreed bespreken.

“Wat ik jammer vind, is dat er weinig stafmiddagen zijn zodat je er teambreed over kan spreken hoe mensen met medicatie omgaan. Dat wordt nu niet gedaan dat vind ik wel jammer.”

R4

“In ons team zitten een aantal verpleegkundigen en die weten veel meer van medicatie dan degene die geen verpleegkundige zijn. Dat verschil is vrij groot. Ik denk dat er iets meer kennis gedeeld mag worden.”

R5

De meerderheid van de respondenten gaf zelf een oplossing aan om kennis te vergroten. Zij hebben de behoeften om via de mail of persoonlijk op de hoogte worden gesteld bij medicatiewijzigingen en welke bijwerkingen of gedragsveranderingen zij kunnen verwachten.

“Het makkelijkste zou zijn, dat als iemand nieuwe medicatie krijgt, dat ik een mail krijg en/of de afdeling van de voorschrijver met daarin de bijwerkingen en wat er kan gaan gebeuren.”

R2

Een aantal respondenten geeft aan behoefte te hebben aan klinische lessen waarbij kennis over medicatie kan worden gedeeld. Zij hebben nu de ervaring dat ze over te weinig kennis beschikken, omtrent de medicatie die wordt verstrekt op de afdeling.

“Een klinische les van een psychiater, die dan een uurtje aansluit bij de stafmiddag ofzo om vragen te stellen over medicatie, zo kom je achter dingen en kun je het ook zien vanuit de kant van de psychiater. Dat mis ik nu.”

R1

4.1.8 Ervaringen en behoeften medicatiecursus

De meeste respondenten gaven aan dat de medicatiecursus je bewust maakt en je aan het denken zet. In grote mate zijn de respondenten het met elkaar eens dat de medicatiecursus genoeg informatie bevat om medicatie toe te dienen en verstrekken.

“Het dwingt je ertoe om er meer over na te denken [...] Het maakt je meer betrokken en je weet meer van medicatie, wat het doet en waar het voor is.”

R4

Een kanttekening die de meerderheid van de respondenten benoemen is dat de medicatiecursus te laat werd aangeboden. Respondenten waren gemiddeld vijf maanden werkzaam voordat zij bekwaam en bevoegd waren om medicatie toe te dienen en te verstrekken. Zij voelde zich hierdoor overbodig. De meerderheid van de respondenten die wel medicatie mochten verstrekken ervaren een hogere werkdruk wanneer zijn of haar directe collega geen medicatie mocht verstrekken.

“Het is fijn als iemand zijn cursussen heeft gehad, want dan is de pijn evenredig verdeeld. Anders komt alles als je niet oppast op de oude garde neer.”

R7

Drie respondenten hebben de ervaring dat de aansluiting met de praktijk in de medicatiecursus en e-learning wordt gemist. Zij hebben de behoefte om de cursus meer te richten op de bijwerkingen en werking van medicatie van de eigen afdeling. Een aandachtspunt die de respondenten benoemen is dat de e-learning in samenwerking met collega's wordt gemaakt wat de effectiviteit van de training af doet nemen.

“Medicatiecursus, waarbij veel informatie verstrekt is waarvan ik zeker 80% informatie vind waarvan wij die niet in het werkveld gebruiken [...] Ik mis de praktijk in de cursus.”

R6

“Veel collega's maken de e-learning samen, waardoor je er niets van leert”

R3

Eén respondent heeft de behoefte om meer kennis in de medicatiecursus te verkrijgen rondom diabetes. Geen enkele respondent kon een antwoord geven op de vraag of er nog vervolgcursussen zijn gericht op medicatie.

“Wat ik daar in mis is het stukje over diabetes [...] Daar kwam niet heel veel over, terwijl je het in de praktijk veel tegenkomt. Of je een herhalingscursus krijgt dat weet ik zo niet, volgens mij niet.”

R8

4.1.9 Deelconclusie deelvraag 2

“Wat zijn de ervaringen en behoeften van forensisch psychiatrisch begeleiders binnen de LFPZ rondom medicatieveiligheid?”

Uit het onderzoek kwamen een aantal onderwerpen naar voren bestaande uit de ervaringen en behoeften van FPB'ers rondom medicatieveiligheid. Er kan geconcludeerd worden dat FPB'ers binnen de LFPZ in grote mate werken volgens de toedienlijst. Om de medicatieveiligheid mogelijk te vergroten bestaat de behoefte

om eenduidigheid te creëren in de toedienlijst rondom zo-nodig medicatie. Het ontbreken van volledige informatie op de toedienlijst zorgt voor verwarring tijdens het toedienen en verstrekken van de medicatie.

In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat de FPB'ers een hoge werkdruk ervaren waardoor zij van mening zijn dat hierdoor medicatiefouten kunnen ontstaan. De ervaring van de FPB'ers is dat grotendeels het aantal storingen en afleidingen tijdens de medicatieverstrekking afgenomen is door de recente implementatie van de niet-storen-hesjes.

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat de FPB'ers zich veilig voelen om medicatiefouten te melden. Er kan worden vastgesteld dat het leereffect van (bijna)fouten niet optimaal benut wordt. Een structurele terugkoppeling en het bespreken van medicatiefouten in teamverband heeft de behoefte van de meerderheid van de FPB'ers.

Gericht op deskundigheidsbevordering kan geconcludeerd worden dat de behoefte bestaat om kennis te delen onder de disciplines. Aanwezige kennis kan effectiever en efficiënter benut worden door deze bewust te delen onder verschillende disciplines. Verpleegkundigen en psychiaters zouden hierin een actieve rol kunnen spelen.

De medicatiecursus levert een bijdrage aan de medicatieveiligheid en de bewustwording hiervan. Doordat de medicatiecursus laat wordt aangeboden voelen nieuwe medewerkers zich overbodig wat effect kan hebben op hun werkvreugde.

4.2 Resultaten deelvraag 3 Teresa Desecka

Om deelvraag drie te kunnen beantwoorden, zijn twee focusgroepgesprekken gehouden met werkzame verpleegkundigen binnen de LFPZ, met twee weken tussentijd.

4.2.1 Respons en respondentkenmerken.

Beide focusgroepen bestonden uit zes verpleegkundigen (N=12). Deze verpleegkundigen vertegenwoordigen alle acht afdelingen. Alle verpleegkundigen hebben toestemming gegeven voor informatieverwerking en een membercheck heeft plaatsgevonden. Eén van de deelnemers had opmerkingen over de verwerkte data. Deze zijn vervolgens door de studentonderzoeker verwerkt. De andere elf respondenten zijn hiermee akkoord gegaan.

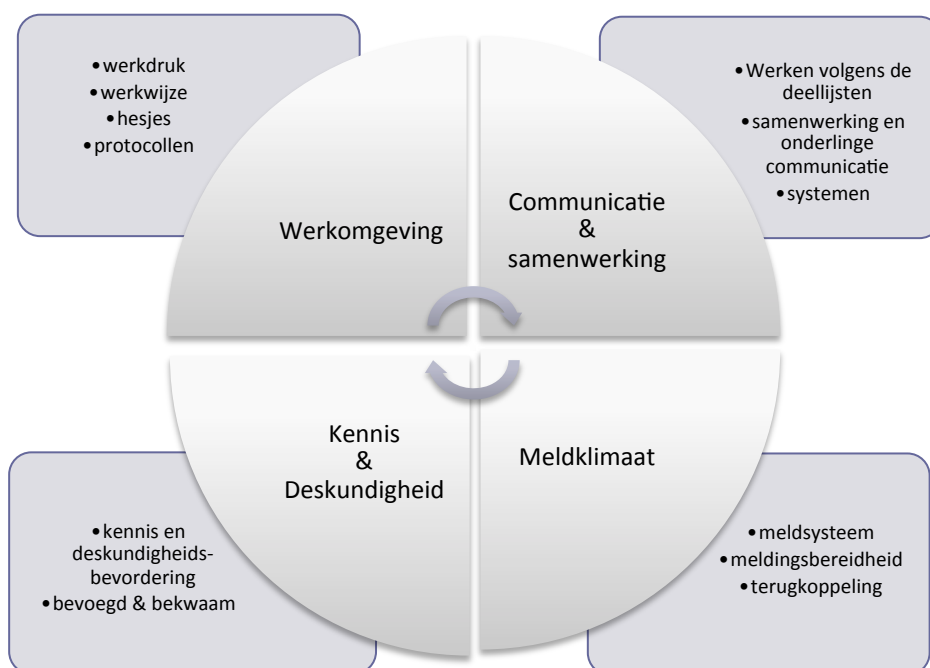
In de onderstaande tabel zijn de kenmerken van de deelnemende respondenten weergegeven.

Focusgroep	Aantal respondenten	Duur (min)	Geslacht	Gemiddelde jaren ervaring als verpleegkundige
1.	N= 6	65	V=5/M=1	6
2.	N= 6	56	V=6	5.5

Tabel 4: kenmerken van respondenten

4.2.2 Resultaten in beeld gebracht.

De onderstaande figuur beeldt de medicatieveiligheid binnen LFPZ per thema uit met elementen die het thema beschrijven wat voortgekomen is uit thematische analyse. Deze thema's zijn vervolgens beknopt beschreven en verwerkt in de resultaten van het onderzoek.



4.2.3 De ervaringen over de invloed van werkomgeving op medicatieveiligheid.

De verpleegkundigen gaven aan dat ze in de bezetting werken, terwijl de werkdruk toeneemt. Hierdoor resteert er weinig tijd om uitleg te geven en kennis te delen met FPB'ers. Ook hebben ze niet altijd de gelegenheid om een collega verpleegkundige te raadplegen in complexe situaties. Er is voornamelijk de behoefte om verpleegkundigen boven de bezetting in te plannen.

"Ik zou willen [...] boven bezetting kunnen zijn, medische dingen kunnen uitleggen enzo, ons kennis die wij hebben ook te delen met FPB'ers"

R8

"Plus dat toch wel fijn is als je gewoon één of twee collega's verpleegkundigen in dienst hebt. Als je twijfelt, dat je eerst met die collega eventjes kunt overleggen."

R10

Per afdeling worden verschillende werkwijzen van medicatie-uitgifte gehanteerd vertelden de respondenten. Op de meeste afdelingen wordt er met de medicatiekar rond gegaan. Dat wordt in het algemeen als prettig ervaren. Ook zijn de recent ingevoerde niet-storen-hesjes deels als positief ervaren omdat de respondenten hierdoor rustig door kunnen werken en bij vragen hiernaar kunnen wijzen. De ervaringen hiermee zijn echter wisselend en volgens respondenten per afdeling verschillend, afhankelijk van de doelgroep en de medewerkers.

"Ik vind ergens wel prettig, moet ik zeggen [...] In het begin werden er grapjes gemaakt. Maar ik merk wel dat iets doet. En ook bij ons rondgaan met de kar is nieuw [...] We merken dat we het toch fijner vinden."

R6

Eén van respondenten gaf duidelijk aan om juist gestoord te worden door het dragen van een hesje.

"We moeten een pieper dragen vanwege de veiligheid. Mag je geen telefoon bij je hebben, collega's moeten je ook met rust laten wat niet gebeurt. Ik wordt juist meer gestoord door dragen van een hesje."

R7

Protocollen zijn niet altijd even helder aldus respondenten. Opiaten en insuline dienen dubbel geparafeerd te worden bij de verstrekking maar dat gebeurt niet altijd omdat de dubbelcheck verschillend wordt begrepen. Sommige collega's van het team zetten een tweede paraaf op de deellijst terwijl ze er niet bij zijn. Ook omgaan met de dubbelcheck bij patiënten die zelf insuline spuiten of medicatie in eigen beheer hebben, is onduidelijk.

"Een bewoner die wel zelf de insuline spuit. Dan kan het niet dubbel afgetekend worden, want je staat niet met zijn tweeën erbij. Dat vind ik een hiaat."

R5

"Het eigen beheer geven van medicatie in het algemeen [...] Dat is ook niet helemaal duidelijk hoe dat nou precies werkt."

R3

4.2.4 Werken volgens de deellijsten van de apotheek.

Een deel van respondenten gaf ook aan dat er te veel overbodige informatie op deellijsten geplaatst wordt, waardoor ze minder overzichtelijk ogen. Vooral de deellijsten bij de karwissel ervaren de verpleegkundigen als onduidelijk door de grijze vakjes.

“Het grijs vakje is een gestopte medicatie. Officieel mag je die niet aftekenen maar is wel voorgeschreven dus doen we het toch.”

R6

De deellijsten kunnen ook niet worden aangepast in het systeem en kunnen voor fouten zorgen. Evenals de medicatiewijzigingen. De gewijzigde lijsten kunnen niet worden uitgeprint voor zeven uur (de dag erna) vanwege een niet kloppende datum. Verder vertelden de respondenten dat de online informatie bij zo-nodig medicatie soms verdwijnt. Hierdoor zijn verschillende interpretaties wat betreft de tussentijden bij het verstrekken.

“Het systeem werkt gewoon niet [...] Dat is gewoon.”

R4

De respondenten ervaren de niet altijd corresponderende medicatielijsten met de medicatie die in GDS zakjes wordt geleverd, ook als lastig.

“Dan staat er soms wel eens een middel, onder het kopje niet in GDS, terwijl die wel in de rol zit [...] Ook heel regelmatig zaken die voorheen in een zakje verstrekt waren, ineens los komen.”

R3

4.2.5 Het meldklimaat door het vergrootglas van verpleegkundigen.

In het algemeen is de bereidheid om fouten te melden via Triasweb verbeterd. Dat komt deels door gevolgde meditatiecursussen en hierdoor meer bewustzijn van het nut van de meldingen, gaven de respondenten aan. De respondenten ervaren dat het normaler is geworden en er wordt ook eerder op fouten aangesproken onder elkaar.

“Ik denk dat in het begin [...] Mensen het gevoel hadden dat het een vingertje wijzen was [...] Maar volgens mij nu een beetje normaal begin te worden. Dat het niet vingertje wijzen is maar gewoon echt verbetering voor iedereen.”

R4

De meerderheid van de respondenten ervaart een onduidelijk beleid wat betreft de consequenties van hun fouten. Er wordt hier geen één duidelijke lijn kliniekbreed getrokken. Dat wekt soms een onveilig gevoel op, vinden zij.

“In een korte tijd op dezelfde afdeling door verschillende collega's fout is gemaakt. De ene collega, behoorlijk flink op zijn vingers is getikt en ook geen pillen mocht delen en de andere collega, daar is wel wat milder mee omgegaan.”

R12

“Ja ik vind het niet, dat er een situatie gecreëerd wordt waarin mensen mogen leren van hun fout.”

R6

Respondenten gaven wel aan dat het waar nodig is wel persoonlijk besproken moet worden, zodat eventueel een verbetertraject voor die persoon uitgezet kan worden zolang het systeem niet wordt misbruikt.

"Daar wat nodig is, dan denk ik dat je dat ook op een ander manier zou kunnen. Als je het systeem maar niet daarvoor misbruikt."

R3

Volgens de respondenten weerhoudt dat toch de verpleegkundigen niet om medicatiefouten te melden. Dat geldt echter niet altijd voor de FPB'ers, aldus respondenten, omdat men het plaatsen van een melding in het systeem niet nuttig vindt. Bovendien kost het veel tijd. Het systeem zelf wordt als te omslachtig en te uitgebreid ervaren. Het kan eenvoudiger, makkelijker en meer uitnodigend.

"Dat kost wel weer, als je dan al fouten maakt door een werkdruk, dan is dat formulier net te lang."

R12

De meerderheid van de respondenten heeft de behoefte aan de terugkoppeling van de gemaakte fouten. Dat gebeurt op dit moment niet optimaal. De medicatiefouten worden niet structureel in alle teams besproken op enkele teams kliniekbreed na. De gemelde fouten verdwijnen op een hoop, aldus de respondenten en de verpleegkundigen hebben hier geen inzicht van.

"Inzicht bijvoorbeeld, zoveel echt medicatiefouten worden gemaakt. Sommige op bepaalde momenten op de dag. En je kunt kijken of zo ja, dan extra actie uit kan zetten."

R3

"De mensen denken; Waarom zou ik een melding maken, want het wordt toch niet teruggekoppeld."

R1

4.2.6 De ervaringen van de samenwerking en onderlinge communicatie.

De respondenten van de eerste focusgroep gaven duidelijk aan behoefte te hebben aan een betere informatiestroom en informatie-uitwisseling tussen de verschillende disciplines. Dat heeft deels te maken met het hanteren van twee verschillende dossiers van de patiënten, namelijk een medische en psychische. Daardoor worden de rapportages van elkaar niet gelezen, wat de communicatie nadelig beïnvloed. Bovendien vanwege beroepsgeheim kunnen verpleegkundigen informatie niet optimaal informatie uitwisselen met niet-verpleegkundige collega's. Ze hebben voornamelijk behoefte aan één algemeen systeem voor iedereen, zodat alle disciplines aan hetzelfde doel kunnen werken.

"Wij als verpleegkundigen kunnen in dat medisch dossier maar dat is een medisch beroepsgeheim dus dat kunnen we niet delen met onze collega terwijl daar kunnen situaties ontstaan dat er informatie van belang is voor het werk voor de groep met de medebewoner en dat niet bekend is in het dossier waarin wij wel in kunnen kijken."

R7

Respondenten gaven verder ook aan dat de verpleegkundigen overspoeld worden met een groot aantal mailtjes. Hierdoor is het lastig om de juiste mails uit te kiezen voor de karwissel in het weekend. Respondenten hebben aan de ene kant behoefte aan efficiënte informatie. Hier zien ze de taak van de medische dienst in om de informatie uit te filteren. Aan de andere kant hebben een tal van respondenten behoefte aan informatie via de mail naar de afdeling over de werking en bijwerkingen van de nieuwe medicatie.

"Stel: Ik zou dit weekend nachtdienst hebben. Dat kan goed drie pagina's mails verder terug moeten gaan zoeken naar mailtjes. Het is niet efficiënt nee."

R7

“Als er bijvoorbeeld een arts iets voorschrijft dat, dat de afdeling als het medicijn grote bijwerkingen heeft dan best een mailtje naar de afdeling mag.”

R6

4.2.7 Kennis en deskundigheidsbevordering.

Beide groepen respondenten verschillen qua behoeften met betrekking tot bijscholing en opfrissing van kennis. De zes respondenten van de ene groep hebben niet zozeer behoefte aan bijscholing. Ze hebben vooral behoefte aan intervisie waar ze een casus kunnen bespreken. Dat was duidelijk merkbaar in het focusgesprek middels casuïstiek specifiek gericht op één situatie.

Daarnaast zien ze de kans om op de overleggen nieuwe inzichten bij te dragen en deze met collega's te delen, mits ze boven bezetting werken. Ze denken ook aan cursussen en voorlichtingen.

“Het gaat het gewoon om een casusbespreking daar hebben we toch behoefte aan.”

R9

De andere groep respondenten gaf aan meer behoefte te hebben aan het verbreden van hun kennis en hierdoor deskundigheid te bevorderen. Dat gebeurt op dit moment te weinig volgens hen. Voornamelijk hebben ze behoefte aan opfriscursussen voor iedereen, themamiddagen, theorie koppelen met de praktijk en persoonlijke verbeterprojecten.

Één van de respondenten ziet ook een toegevoegde waarde aan protocollen toetsen. Ze hebben in mindere mate behoefte aan intervisie.

“Kennis verbeteren voor iedereen. Weet je wat je deelt en ook wat de consequenties eventueel zouden kunnen zijn. Gewoon een verbetering van kennis.”

R4

“Ik wil eigenlijk toetsen protocollen.”

R3

De meerderheid van de respondenten in de eerste focusgroep vindt dat de verantwoordelijkheid om bekwaam te zijn en om medicatie te verstrekken, bij henzelf ligt. De verpleegkundige moet zelf alert zijn om eigen de bekwaamheid bij te houden.

“Ik denk dat je dat zelf voelt. Als ik het zolang niet doe dan durf ik straks op een gegeven moment ook niet meer. Dus dan zit je zelf met het probleem.”

R10

4.2.8 Deelconclusie deelvraag 3

“Welke ervaringen en behoeften hebben verpleegkundigen ten opzichte van de medicatieveiligheid binnen de organisatie LFPZ ?”

Vanuit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat:

Verhoogde werkdruk, afleiding en hectiek op de afdeling ervaren de verpleegkundigen als belemmerende factoren die kans op medicatiefouten kunnen verhogen. De meningen over het effect op medicatieveiligheid van de onlangs ingevoerde niet-storen-hesjes, zijn verdeeld. Deels positief en deels negatief ontvangen. Verpleegkundigen hebben vooral behoefte om boven bezetting te werken, aan heldere protocollen conform werkwijze met betrekking tot dubbelcheck en aan medicatie in eigen beheer. Daarbij een compacter en minder tijdrovend meldsysteem.

Medicatiefouten inzichtelijk weergeven en structureel terugkoppelen aan de teams zou helpen volgens de respondenten om gerichte interventies uit te zetten en een positief leerklimaat te bevorderen waardoor het minder medicatiefouten tot gevolg zou hebben. De houding ten opzichte van het melden van medicatiefouten is volgens de respondenten verbeterd. Men voelt zich veilig om dat te doen. Echter is een behoefte aan duidelijk beleid met betrekking tot consequenties. Dat zou het meldklimaat positief beïnvloeden.

Kennis vinden verpleegkundigen belangrijk om deskundigheid te bevorderen. Ze hebben zelf ideeën over verschillende methoden die ze in kunnen zetten om de behoefte aan het verbreden van kennis te optimaliseren. De opgedane kennis zouden de verpleegkundigen onder elkaar uit willen wisselen. Tevens zouden ze de informatiestroom tussen verschillende disciplines binnen de kliniek willen vergemakkelijken door één dossier voor iedereen te hanteren. Dat zou ten goede komen van de samenwerking onderling. Bovendien zou het bij kunnen dragen aan eenduidigheid en een betere afstemming binnen teams.

Tot slot hebben de verpleegkundigen behoefte aan duidelijke medicatielijsten bij medicatiewijzigingen en karwisselingen.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

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

5.1 Hoofdconclusie

In onderstaande conclusie zijn alle opgedane resultaten geblend en zal er een kernachtig antwoord worden gegeven op de vraag hoe de medicatieveiligheid door verpleegkundigen en FPB'ers binnen de LFPZ wordt ervaren en welke verbeteringen nodig zijn om medicatiefouten te verminderen. Als hulpmiddel werd de visgraatdiagram (BTSG, 2017) gebruikt, resultaten werden ingedeeld volgens de vier M's¹.

Uit het praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat zowel de verpleegkundigen als de FPB'ers een hoge werkdruk ervaren. Onderbezetting is volgens beide groepen een bijdragende factor voor de hoge werkdruk. Door verstoringen, zoals afleidingen en onderbrekingen tijdens de medicatieverstrekking neemt de concentratie af. Een mogelijk gevolg hiervan is een medicatiefout. Dit bevestigt Kavanagh (2017) in een wetenschappelijk artikel.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat medewerkers in een veilige omgeving eerder gemotiveerd zijn om incidenten te melden en hiervan te leren (Vermeulen et al., 2017). Zowel verpleegkundigen als FPB'ers zijn zich bewust van het belang om medicatiefouten te melden.

Beide groepen ervaren een cultuur waarin het normaal is dat je elkaar aanspreekt op fouten. Men voelt zich in het algemeen veilig waardoor de meldingsbereidheid toeneemt. Echter bestaat de behoefte aan een duidelijk beleid met betrekking tot consequenties van medicatiefouten. Bovendien bestaat de behoefte om inzicht te krijgen in de gemaakte fouten en deze structureel binnen de teams te bespreken.

De informatie over medicatiefouten moet volgens Metsälä en Vaherkoski (2014) systematisch geanalyseerd en openlijk besproken worden. Hierdoor kan mogelijk een positief leereffect bij beide onderzochte groepen bereikt worden.

De recent ingevoerde niet-storen-hesjes lijkt een positieve invloed te hebben op de medicatieveiligheid (Metsälä & Vaherkoski, 2014). Ze zijn door de meerderheid FPB'ers als positief ervaren. De mening van verpleegkundigen is hierover verdeeld. Er heeft nog geen evaluatie plaatsgevonden waardoor concrete cijfers ontbreken.

De verpleegkundigen geven aan behoefte te hebben aan een efficiënte communicatie en informatiestroom binnen het team en met andere disciplines. Ze hebben behoefte aan duidelijke en overzichtelijke medicatielijsten en heldere protocollen. Deze behoefte is door FPB'ers voornamelijk bij zo-nodig medicatie bevestigd. Volgens Metsälä en Vaherkoski (2014) is een multidisciplinaire samenwerking belangrijk om medicatieveiligheid te waarborgen.

Beide onderzochte groepen vinden dat de medicatiecursussen een positieve bijdrage hebben geleverd aan de bewustwording van medicatieveiligheid. Daarnaast hebben ze behoefte aan het uitwisselen en delen van kennis met elkaar en andere disciplines. Literatuur bevestigt dat verpleegkundigen levenslang bijscholing nodig hebben over de medicatie, bijwerkingen en medische interacties (Riaz et al., 2017).

5.2 Discussie

Sterke punten

De selectie van wetenschappelijke artikelen is door onafhankelijke beoordeling op kwaliteit en bruikbaarheid door beide studentonderzoekers tot stand gekomen. Daardoor is de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd (Cox et al., 2012). Er zijn vijf reviews geïnccludeerd, deze bevatten het hoogste niveau van bewijs (Offringa et al., 2007). Op basis van het wetenschappelijke bewijs, verkregen door grondig literatuuronderzoek is een topiclijst opgesteld. Deze topiclijst is vervolgens voorgelegd ter beoordeling bij de experts. De studentonderzoekers hebben hierbij gebruikt gemaakt van de expertise van de behandelcoördinator en de psychiater. Hierdoor is de relevantie van dataverzameling verhoogd (Wouters et al., 2015).

Beide studentonderzoekers hebben vooraf van de interviews een proefinterview individueel en met een focusgroep gehouden. Hierdoor is de kwaliteit van de interviews positief beïnvloed. De aanwezigheid van beide studentonderzoekers bij alle interviews heeft een positieve invloed gehad op de verdieping en de kwaliteit van data (Baarda & van der Hulst, 2017). Dit door constante evaluatie van interviews en feedback die de studentonderzoekers elkaar hebben gegeven. Daarnaast zijn bij alle interviews audio-opnames gemaakt en vervolgens volledig getranscribeerd. Waardoor de geldigheid en controleerbaarheid van interviews gegarandeerd is (Baarda & van der Hulst, 2017).

De overtuigingskracht van het onderzoek is verhoogd door toepassing van peerreview en membercheck. Toepassing van audit-trial (zie bijlage 8 & 9) heeft de geloofwaardigheid en reproduceerbaarheid versterkt (Cox et al., 2012).

De codering van de ruwe data en deels de uitvoering van thematische analyse is door beide studentonderzoekers onafhankelijk gedaan, waardoor de geldigheid van het onderzoek verhoogd is. De aanbevelingen zijn in samenspraak met de opdrachtgever tot stand gekomen en zijn afgestemd op de context van de organisatie.

Zwakke punten

De studentonderzoekers hebben beperkingen gehad in het zoeken naar wetenschappelijke artikelen waarin de context vergelijkbaar was. Hierdoor is besloten om het onderwerp breed te verkennen. Hoewel de geselecteerde artikelen een hoog niveau van het bewijs bevatten, kan er getwijfeld worden aan de verplaatsbaarheid op de specifieke context (Cox et al, 2012).

Vanwege een beperkt aantal beschikbare verpleegkundigen in de kliniek, was het moeilijk om een focusgroep samen te stellen. Respondenten die niet op de uitnodiging gereageerd hebben, zijn persoonlijk benaderd voor deelname en vervolgens door de planner ingepland. Daardoor heeft een vrijwilligheid vertekening tot stand kunnen komen en is mogelijk de verplaatsbaarheid beïnvloed.

Een andere kritische noot van dit onderzoek is dat beide studentonderzoekers een geringe ervaring hebben in het afnemen van interviews (Baarda & van der Hulst, 2017). Sommige topics zijn hierdoor mogelijk onvolledig toegelicht en wellicht zijn niet alle respondenten evenveel aan het woord geweest. Tevens is de gewenste verzadiging in beide onderzoeksdelen niet bereikt door een beperking in tijd (Nieswiadomy, 2009). Eén van de studentonderzoekers is werkzaam binnen de organisatie, waardoor er mogelijk bias kan ontstaan middels sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten (Cox et al, 2012).

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor verbetering van de medicatieveiligheid binnen de LFPZ. Eveneens worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Aanbeveling 1: Kennisborging

Een aanbeveling is om de kennis van medewerkers op een systematische wijze te borgen. Er zouden structureel bijeenkomsten georganiseerd kunnen worden onder leiding van een verpleegkundige waarbij zij een coachende rol inneemt. Verpleegkundige en FPB'ers kunnen met elkaar in gesprek gaan over verschillende processen rondom medicatie. Knelpunten kunnen inzichtelijk gemaakt worden en er kunnen indien nodig afspraken worden gemaakt (Zorgverbeter, 2014). Tevens is het voordeel van dergelijke bijeenkomsten dat kennis gedeeld kan worden onder beide disciplines.

Om kennis structureel te borgen is het aan te bevelen om een herhalingscursus of een klinische les gericht op medicatie te organiseren. Het is raadzaam om de inhoud van de cursus of klinische lessen dicht bij de praktijk te houden middels het schetsen van situaties die zich op afdelingsniveau afspelen.

Een belemmerende factor zou het participeren van een leidinggevende en een grote groep kunnen zijn. Hierdoor kan het zijn dat medewerkers zich niet vrij voelen om te spreken (Legemaate et al., 2006). Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om de bijeenkomsten per afdeling te organiseren zonder leidinggevende.

Een bevorderende factor zou een afdelingsgebonden verpleegkundige kunnen zijn. Deze is op de hoogte van de meest actuele informatie op de afdeling. Het is belangrijk dat de klinische lessen en/of bijeenkomsten structureel terug komen en geëvalueerd worden. Hierdoor raakt de medewerker zich bewust van het belang van medicatieveiligheid en de risico's die het met zich mee kan brengen (Zorgverbeter, 2014).

Aanbeveling 2 Structureel analyseren en evalueren van meldingen

Het leereffect van meldingen kan vergroot worden middels snelle feedback (Legemaate et al., 2006). Als medewerkers merken dat er iets met de melding wordt gedaan dan wordt de intrinsieke motivatie vergroot om te melden (Legemaate et al., 2006). Het is raadzaam om (bijna)medicatiefouten systematisch te analyseren en binnen het team te bespreken. Een aanbeveling is om dit eens in de drie maanden teambreed te analyseren en evalueren. Recente kwartaalcijfers worden besproken waardoor snelle feedback gewaarborgd wordt. Doordat medewerkers inzicht krijgen en hier open en transparant over kunnen spreken worden zij zich meer bewust van het risicovolle karakter van hun eigen handelen.

Een belemmerende factor van bovenstaande aanbeveling zou kunnen zijn dat er niet geleerd wordt van andere afdelingen. Een oplossing hiervoor zou zijn om iemand van een andere afdeling aan te laten sluiten. Een bevorderende factor zou kunnen zijn dat het leereffect van (bijna)medicatiefouten vergroot wordt, waardoor medicatiefouten geminimaliseerd worden.

Systeem- en persoonsgebonden interventies ingezet ter bevordering van de medicatieveiligheid

Systeemgebonden interventies:

-Voldoende personeel: Tijdens de medicatieronde dienen medewerkers niet meer gestoord te worden zodat zij zich kunnen concentreren op hun werk. Het is aan te raden om extra personeel in te zetten op drukke momenten zoals bij de medicatieverstrekking.

-Eenduidigheid toedienlijsten: Het is raadzaam om eenzelfde werkwijze te hanteren gericht op de beschrijving van onder andere zo-nodig medicatie op de toedienlijst.

Persoonsgebonden interventies

-Reminders: Om het bewustzijn te vergroten is het raadzaam om reminders op te hangen rondom medicatieveiligheid. Je kan hierbij denken aan de vijf j's, alertheid van bijwerkingen en mogelijke veranderingen kort na inname van medicatie.

6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op reeds ingezette interventies zoals de niet-storen-hesjes binnen de LFPZ en hun effectiviteit op de medicatiefouten. Tevens is het aan te raden om effectief gebleken interventies in een vergelijkbare setting te onderzoeken en te implementeren binnen de LFPZ.

Bibliografie

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B. (2012). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, B., & van der Hulst, M. (2017). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (4 druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

BTSG Bibliotheek. (2017). *Visgraatdiagram*. Geraadpleegd op 1 december 2017, van <https://www.btsg.nl/infobulletin/visgraatdiagram.html>

Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO). (2004). *Handleiding focusgroepen*. Gedownload op 28 september 2017, van <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Hennink, M., Hunter, I., & Bailey, A. (2015). *Qualitative Research Methods*. London: SAGE Publications Inc.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2004). *Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: De toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Kavanagh, C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 26(3).

Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J., & Ashcroft, D. M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug safety*, 36(11), 1045-1067. doi:10.1007/s40264-013-0090-2

Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M., & de Roode, R.P. (2006). *Melden van incidenten in de gezondheidszorg: Onderzoek in opdracht van ZonMw. September 2006*. Utrecht, Nederland. Geraadpleegd op 17 september 2017 van :<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/veilig-melden.htm>

- Lucassen, P.L., & olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lawton, R., Carruthers, S., Gardner, P., Wright, J., & McEachan, R. R. (2012). Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: An exploratory study. *Health services research*, 47(4), 1437-1459. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x
- Leistikow, I. P., Ridder, K., & Vries, B. (2009). *Patiëntveiligheid: Systematische incident reconstructie en evaluatie*. Elsevier gezondheidszorg.
- Lemmens, L. C., Delwel, G. O., Meijler, A. P., & Weda, M. (2015). Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie moet beter. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 46(4), 189-195.
- Metsälä, E., & Vaherkoski, U. (2014). Medication errors in elderly acute care--a systematic review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(1), 12. doi: 10.1111/scs.12034
- Nieswiadomy, R. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden* (5e druk). Amsterdam, Nederland: Pearson Education.
- Nyst, C. T., & van der Schaaf, T. W. (2005). The Use of Human Factors and Risk Analysis in Anesthesia in the Netherlands. In *Proceedings of the 2005 Annual Conference on European Association of Cognitive Ergonomics* (pp. 205–211). Chania, Greece: University of Athens.
- Offringa, M., Assendelft, W., & Scholten, R. (2007). *Inleiding in evidence based medicine* (2e druk). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reason, J. T., Carthey, J., & De Leval, M. R. (2001). Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality and safety in health care*, 10(suppl 2), ii21-ii25.
- Riaz, M. K., Riaz, M., & Latif, A. (2017). Medication errors and strategies for their prevention. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 30(3).
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht. Geraadpleegd op 17 september 2017 van: https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Van den Bemt, P.M., Egberts, A.C., & Leendertse, A. (2006). *Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport*. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.
- Van Selm, M. (2007). Focusgroeponderzoek. *KWALON*, 12(1), 5-10.
- Valentin, A., Schiffinger, M., Steyrer, J., Huber, C., & Strunk, G. (2013). Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive care medicine*, 39(3), 391-398. doi:10.1007/s00134-012-2764-0
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>

Veldhorst-Janssen, M.L., de Jong, I., Swart, M.J., van der Kuy, P.H., & Beysens, A.J. (2002). Het medicatiedistributieproces in het azM: Systematische risicoanalyse levert verbeterpunten op. *Pharmaceutisch Weekblad special Medicatieveiligheid*, 137(44), 1548.

Vermeulen, J. A., Kleefstra, S. M., Zijp, E. M., & Kool, R. B. (2017). Understanding the impact of supervision on reducing medication risks: an interview study in long-term elderly care. *BMC health services research*, 17(1), 464. doi: 10.1186/s12913-017-2418-6

Wouters, E., van Zaalen, Y., & Bruijning J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg*. (2e druk). Bussum, Nederland: Uitgeverij coutinho.

Zorgvoorbeter. (2014). *Training innoveren en leiding geven*. Geraadpleegd op 5 december 2017, van http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/verbeteren%20doe%20je%20zo/Training_Innoveren_en_Leiding_Geven.pdf

Zorgvoorbeter. (2017). *Wat is medicatieveiligheid?* Geraadpleegd op 30 november 2017, van: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Medicatieveiligheid-Praktijk-Wat-is-het-Definitie.html>

(1) *Mens, machine, materiaal, methode*

Bijlage

Bijlage 1 Zoekstrategie voor het literatuuronderzoek

“Welke verbetermaatregelen worden op meso- en microniveau in de literatuur aanbevolen voor verpleegkundigen in een klinische setting om medicatiefouten te minimaliseren?”

Databank	Combinatie van zoektermen	Aantal Hits	Geïnccludeerd (T&AB)	Geïnccludeerd (C.B.)
Pub Med	medication OR drug AND safe* AND nurs* AND intervention	45	15	1
Cochrane	medication OR drug AND safe* AND nurs* AND supervision	458	1	
	MeSH descriptor: [Medication Errors]	6	2	
Cinahl	(AB) medication OR drug AND safe* AND nurs* AND intervention; AB (MM "Medication Errors+") AND AB supervision	142	17	1
Medline	Medication OR drug AND safe* AND nurs* AND supervision	282	77	6
BIB.NU	medicatie*AND veiligheid; medication OR drug AND safe* AND nurs* AND intervention; medication AND error AND safe AND nurs	25	6	1
SpringerLink	medicatiefouten AND veiligheid AND verpleegkundige AND interventie; medicatie* AND veiligheid AND verpleegkundige	83	8	

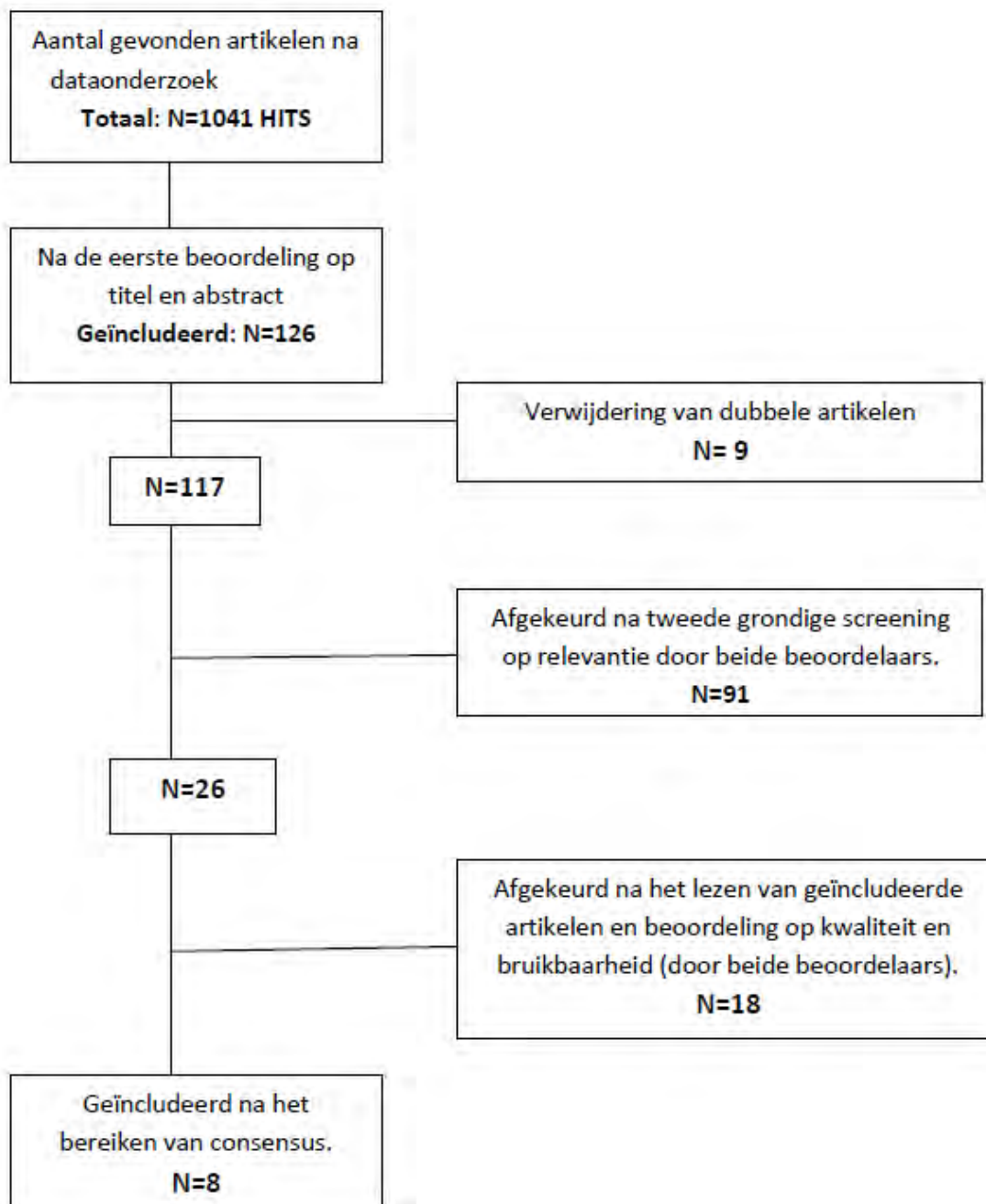
Totaal: N=1041 HITS

-> na eerste screening op titel en abstract geïnccludeerd: N=126

-> na het verwijderen van dubbele artikelen N= 126 - 9 = 117

-> na screening op titel en abstract door beide beoordelaars zijn er 91 artikelen afgekeurd (relevantie) N= 26

-> na het lezen van geïnccludeerde artikelen door beide beoordelaars en beoordeling op kwaliteit N= 8



Bijlage 2 Resultaten van het literatuuronderzoek N=8

NR	Auteur	Titel	Jaar	Design	Beschrijving van onderwerp
1	Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J., & Ashcroft, D. M.	Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence.	2013	Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence	Een systematisch literatuuronderzoek naar de oorzaken van medicijnadministratie fouten in ziekenhuizen. Er zijn in totaal 55 publicaties geïnccludeerd en vervolgens samengevat. Daarna zijn de gegevens in thema's, volgens een model van Rason's verwerkt en gepresenteerd. De data over de oorzaken van de medicatiefouten worden opgezocht in publicaties die tussen 1985 en mei 2013 verschenen.
2	Vermeulen, J. A., Kleefstra, S. M., Zijp, E. M., & Kool, R. B.	Understanding the impact of supervision on reducing medication risks: an interview study in long-term elderly care.	2017	A mixed methods study, qualitative and quantitative,	Studie met gemengde methodes van kwalitatieve semigestructureerde interviews en kwantitatieve berekeningen van risico's bij verschillende organisaties. Dit onderzoek vond plaats in Nederland op basis van de IGZ bezoeken bij instellingen waar toezicht op medicatieveiligheid is gehouden. Het artikel beschrijft de invloed van toezicht op de medicatieveiligheid.
3	Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C., & Pajnikihar, M.	Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review	2016	A systematic review	Dit artikel richt zich op belemmerende factoren van het melden van (bijna) medicatiefouten. Er zijn 38 studies meegenomen geanalyseerd in het onderzoek. Uit deze studie blijkt dat behalve organisatorische barrières (cultuur, management en meldsysteem) ook de professionele en persoonlijke barrières (angst, aansprakelijkheid) invloed hebben op meldingsbereidheid.
4	Valentin, A., Schiffinger, M., Steyrer, J., Huber, C., & Strunk, G.	Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice	2013	A prospective, observational, 48 h cross sectional study	Een prospectieve, 48-uurs observatie, cross-sectionele studie is uitgevoerd in 57 ziekenhuizen op intensive care units in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland. De studie richtte zich op medische fouten en de beoordeling van het veiligheidsklimaat en werklust van personeel.
5	Kavanagh, C.	Medication governance: preventing errors and promoting patient safety.	2017	Verkennd artikel	Dit artikel verklaart de betekenis van de medicatiefouten en de rol van de verpleegkundige in het medicatieproces. Er wordt onder andere aandacht besteed aan meldingen van incidenten, medicatiekennis, en werkklimaat,
6	Metsälä, E., & Vaherkoski, U.	Medication errors in elderly acute care--a systematic review.	2014	A systematic review	Er wordt een systematische literatuurstudie uitgevoerd en geëvalueerd over de medicatiefouten bij acute ouderenzorg. Er

					zijn 20 artikelen gekozen van gepubliceerde studies tussen 2001 en 2011.
7	Riaz, M. K., Riaz, M., & Latif, A.	Medication errors and strategies for their prevention.	2017	Review	Dit review belicht verschillende aspecten van het ontstaan van medicatiefouten die tijdens het medicatieproces gebeuren. Daarnaast worden er acht strategieën onderzocht om deze fouten te voorkomen
8	Lawton, R., Carruthers, S., Gardner, P., Wright, J., & McEachan, R. R.	Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: An exploratory study	2012	An exploratory study	De beschreven studie is uitgevoerd op drie afdelingen in een ziekenhuis in het Verenigd Koninkrijk. In deze studie zijn de verstoringen beschreven die verpleegkundigen ervaren tijdens hun werk die invloed kunnen hebben op medicatiefouten. Er werden 12 verpleegkundigen en acht managers geïnterviewd en getranscribeerd. Hiervan zijn na de analyse tien thema's uitgefilterd. Dit artikel beschrijft in het bijzonder het afdelingsklimaat.

Aanvullende literatuur

N	Auteur	Titel	Jaar
1	Leistikow, I. P., Ridder, K., & Vries, B	Patiëntveiligheid: systematische incident reconstructie en evaluatie..	2009
2	Veldhorst-Janssen, N. M. L., de Jong, I., Swart, M. J., VAN DER KUY, P. H. M., & Beysens, A. J. M.	Het medicatiedistributieproces in het azM.	2002
3	Prof. mr J. Legemaate (projectleider) Mr I. Christiaans-Dingelhoff Mr R.M.S. Doppegieter Mr R.P. de Roode	Melden van incidenten in de gezondheidszorg: Onderzoek in opdracht van ZonMw	2006
4	Reason, J. T., Carthey, J., & De Leval, M. R. (2001).	Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management	2001

Bijlage 3 De oorzaken van fouten

De medicatiefouten kunnen verschillende oorzaken hebben:

3.1 Werkdruk, afleiding en onderbreking van het medicatietoedieningsproces.

Volgens verschillende onderzoeken kunnen hoge werklust, drukke omgevingen, verstoringen en onderbrekingen leiden tot afleiding, aandacht- en concentratievermindering, irritaties en stress (Kavanagh, 2017; Keers et al, 2013; Lawton et al., 2012; Riaz et al., 2017).

Hierdoor wordt het risico op medicatiefouten of bijna fouten (near misses) beduidend verhoogd. In de studies wordt gesuggereerd dat de bovengenoemde factoren leiden tot verwaarlozing van een normale procedure zoals dubbel check (Kavanagh, 2017). Dat uit zich vervolgens in het toedienen van een verkeerd medicijn, een verkeerde dosering, een verkeerde tijd en een gebrekkige doses administratie van medicatie. De meeste storingsfactoren hebben te maken met gesprekken face-to-face met collega's, patiënten, telefoongesprekken in eventueel combinatie met hoge werkdruk en/of slechte toezicht (Keers, et al., 2013). De hoge werkdruk en tijdsdruk bleek volgens verschillende andere onderzoekers toch geen directe gevolgen hiervan te hebben. Echter hoge werkdruk in combinatie met multitasking en belasting van patiënten wordt als een belangrijke eindschakel gezien (Keers, et al., 2013; Valentin, Schiffinger, Steyrer, Huber, & Strunk, 2013). Dat kan resulteren in nalatigheid, vermindering van prestaties, geduld en scherpte. Dit in combinatie met weinig ervaring van werknemers tot andere fouten leiden (Kavanagh, 2017; Keers, et al., 2013).

3.2 Veiligheidsklimaat

Het veiligheidsklimaat werd in verband gebracht met het aantal gemelde medicatie incidenten (Vermeulen et al., 2017; Kavanagh, 2017; Metsälä & Vaherkoski, 2014; Vrtnjak, Denieffe, O'Gorman, & Pajnikhar, 2016). Zoals in de literatuur wordt beschreven, worden de medewerkers in een veilige omgeving gemotiveerd om incidenten te rapporteren en hiervan te leren. Daarentegen in een onveilige en onduidelijke omgeving zullen de medewerkers minder snel bereid zijn om incidenten te melden vanwege de angst om bestraft te worden (Metsälä & Vaherkoski, 2014; Keers, et al., 2013). In het onderzoek naar de onzichtbare storingen die tot medicatieadministratie fouten leiden, kwam het veilige klimaat op de afdeling als het belangrijkste thema naar voren (Lawton, et al., 2012). Vanuit het onderzoek is duidelijk geworden dat verpleegkundigen het vermogen en vertrouwen moeten hebben om de onjuiste beslissingen van collega's te corrigeren en uitdagen om hierover na te denken. Een verschil van status remt de uitdagingen en leidt tot onzekerheden (angst om de reputatie van deskundigheid te verliezen). Bovendien vermeldde de verpleegkundigen dat er onzekerheid heerst over de definitie van een fout. Dat vormt een belemmerende factor om de fout te rapporteren. Ook werden de fouten niet gemeld die geen schade veroorzaakten. Tevens werd geheimhouding als belemmering beschouwd (Lawton, et al., 2012).

3.3 Communicatie & supervisie

Fouten kunnen ontstaan tijdens een verkeerde of onvolledige informatieoverdracht. Ook fouten die voorkomen door het verbuigen of het verkeerd begrijpen van de overdrachten, samenvattingen en medische dossiers na het ontslag tussen verschillende partijen (Riaz, et al., 2017). Het verbeteren van de communicatie tussen de verschillende disciplines zou een positief invloed moeten hebben op de verhoudingen en de fouten verminderen (Lawton, et al., 2012). Verschillende studies toonden aan dat artsen en verpleegkundigen onjuiste informatie aan hun collega's verstrekten. Het gevolg was dat de medicatieverstrekking en administratie vertraagd werd (Lawton, et al., 2012).

Medicatiefouten kunnen ook ontstaan door een slechte toezicht van ervaren collega's tijdens begeleiding van onervaren en onbekwame verpleegkundige studenten. De ervaren verpleegkundigen hebben een toezichthoudende rol en de verantwoordelijkheid voor het opleiden van onervaren verpleegkundigen in de klinische setting (Kavanagh, 2017). Een slecht toezicht geassocieerd met vermindering van vertrouwen op eigen vaardigheden, overtredingsfouten, moeilijke situaties en vermoeidheid (Lawton, et al., 2012).

3.4 Kennis & ervaring

Een systematisch review van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens naar de oorzaken van medicatiefouten beschrijft onder andere de oorzaak van onvoldoende kennis van medicijnen onder verpleegkundigen. Het is een erkende bijdragende risicofactor voor het ontstaan van medicatiefouten. Er is sprake van een kennisgebrek op het gebied van medicatie met een hoog risico zoals: anticoagulantia, insuline, geconcentreerde elektrolyten, cytostatica, sedativa en opiaten (Keers, et al., 2013).

Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de kennis over de medicijnen die ze toedienen en die ze beheren. Ze moeten beschikken over relevante kennis over de werkzame stoffen, diens bijwerkingen, doseringen en interacties met andere medicijnen. Hiervoor zijn ze zelf verantwoordelijk en de kennis en vaardigheden op dat gebied moeten ze voortdurend bijhouden. Ook de beheersing van de rekenvaardigheden hoort bij de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Gebrekkige kennis op dat gebied is een voorspellende factor voor het ontstaan van een fout. Verder kan het gebrek aan kennis en ervaring in het voorbereiden en gebruiken van geneesmiddelenafgiftesystemen fouten veroorzaken. Ook het gebruik van informatietechnologie heeft hier een rol in (Kavanagh, 2017; Metsälä, & Vaherkoski 2014). In de oudere acute zorg bleken volgens de onderzoekers de meeste fouten te maken hebben met polyfarmacie en medicatie interacties (Metsälä, & Vaherkoski 2014; Kavanagh, 2017).

Andere beïnvloedende factoren om fouten te maken bij medicatietoediening hebben te maken met onduidelijke instructies en protocollen of het niet naleven hiervan (Keers, et al., 2013) .

Bijlage 4 Topiclijst

Onderzoeksinstrument individuele interviews/focusgroepen met verpleegkundigen/fpb'ers

Topiclijst

Vorbereiding

- Controleren van opnameapparatuur en ruimte;
- Noteren van functie, aantal contracturen, leeftijd, aantal jaren werkervaring;
- Benodigdheden:
 - o pen en papier;
 - o opnameapparatuur;
 - o topiclijst;
 - o cadeautje.

Hoofdvraag:

- o *"Hoe wordt de medicatieveiligheid door verpleegkundigen en FPB'ers binnen de LFPZ ervaren en welke aanbevelingen zijn er nodig om het aantal medicatiefouten te minimaliseren?"*

Doel van het onderzoek:

- o *"Eind januari 2018 zijn ervaringen en behoeften van verpleegkundigen en FPB'ers onderzocht, geanalyseerd en worden er minimaal twee aanbevelingen gedaan vanuit praktijk- en literatuuronderzoek om de medicatieveiligheid binnen de LFPZ te verbeteren."*

Interview

o Opening

- Welkom en dank;
- Introductie van het onderzoek;
- Vertrouwelijkheid met anonieme verwerking;
- Alle antwoorden zijn goed / gesprek met diepgang in antwoorden;
- Duur max. 3 kwartier;
- Vragen of opmerkingen vooraf?;
- Toestemming voor opname?;
- Inschakelen van opnameapparatuur (Evers, 2015).

Beginvraag

- Waar denkt u aan bij het begrip medicatieveiligheid?
- Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot medicatieveiligheid op uw afdeling?

- Doorvragen:
- Kunt u daar meer over vertellen? Kunt u uitleggen waarom?
- Waar zit hem dat in?
- Wat vindt u daarvan?
- Als ik het goed begrijp ... Klopt dat?
- Dus u zegt ...
- En wat is volgens u de relatie met ...?

Kern met topics

Gebaseerd op het ASE model

- *De intentie om bepaald gedrag te gaan vertonen, hebben we alleen als we zelf positief tegen het gedrag aankijken (attitude). Daarnaast is het belangrijk dat de sociale omgeving ons steunt in hoe we ons gedragen (sociale invloed), maar ook of we denken dat we het gedrag zouden kunnen vertonen (eigen-effectiviteit). Een gebrek aan vaardigheden of de aanwezigheid van drempels (barrières) kunnen gedragsverandering juist verhinderen.*

Houding

Beginvraag: Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot medicatieveiligheid op uw afdeling?

Zijn er bepaalde aspecten tav de meldingsbereidheid die uw houding positief kunnen beïnvloeden?

- **-Meldingsbereidheid** (Wat is uw houding tav de meldingsbereidheid?)
- **-Veiligheid & eerdere ervaringen die de houding beïnvloeden**

Omgeving

Beginvraag: Wat zijn uw ervaringen mbt de werkomgeving gericht op medicatieveiligheid?

- *Werkomgeving (Werkdruk)*
- *Veiligheidsklimaat/cultuur*

Hoe worden fouten en/of bijna fouten besproken?

Hoe ervaar je de veiligheidscultuur? Hoe is die voor u?

- *Personeelsbeleid (communicatie & supervisie)*
- *Opleidingsmogelijkheden*

Eigen gedrag Vaardigheden

Beginvraag: Wat zou u aanbevelen gericht op uw eigen kennis en/of vaardigheden om medicatiefouten te voorkomen (minimaliseren)?

- *Medicatie kennis*
- *Protocolen en richtlijnen kennis*
- *Klinische lessen*
- *Bijscholing*
- *Wat zijn uw wensen en behoeften met betrekking tot medicatieveiligheid op uw afdeling?*
- *Ideeën en mogelijke interventies tav medicatieveiligheid op de afdeling.*

Afsluiting

- Aankondigen van de afronding;
- Alles kort samenvatten, klopt het, wil persoon ergens op terugkomen?;
- Eventuele vragen beantwoorden;
- Member check aankondigen;
- Wil men tzt resultaten krijgen?;
- Bedanken en cadeautje;
- Uitschakelen van opname apparatuur;
- Eventueel napraten;
- Maken van eerste aantekeningen (Evers, 2015).

Draaiboek focusgroepgesprek met topiclijst

Hoofdvraag: "Hoe wordt de medicatieveiligheid door verpleegkundigen en FPB'ers binnen de LFPZ ervaren en welke aanbevelingen zijn er nodig om het aantal medicatiefouten te minimaliseren?"

Deelvraag: "Welke ervaringen en behoeften hebben verpleegkundigen ten opzichte van de medicatieveiligheid binnen de organisatie LFPZ en welke verbeterpunten bevelen zij aan? ""

1. Introductie + uitleg spelregels (5 min).

- Welkom heten
- Voorstellen van de gespreksleider en assistent.
- Korte introductie van onderwerp van het gesprek .

Doel van de bijeenkomst,

- o Hoe lang duurt het gesprek
 - o Ieder is vrij te zeggen wat hij/zij wil
 - o Het gesprek wordt opgenomen en wordt vertrouwelijk behandeld
 - o Het gaat erom wat u vindt en waarom u dat vindt?
 - o Laat elkaar uitpraten
 - o Rol van de gespreksleider (De discussieleider is er alleen om het tempo erin te houden en af en toe het gesprek te sturen).
 - o In totaal worden twee gesprekken gehouden, daarna wordt hier een verslag van gemaakt.
- *Heeft u nog vragen voor we beginnen?*
- *Kunt u eens kort vertellen wie u bent, uw ervaring, wat u leuk vindt in uw werk?*

1. Openingsvraag (5 min).

- *Waar denkt u aan bij het woord (begrip) medicatieveiligheid?*

1. Introductie vraag (5 min).

- *Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot medicatieveiligheid op uw afdeling?*
- *Welke factoren (denkt u,)kunnen de houding ten opzichte van de meldingsbereidheid positief beïnvloeden?*
- **Meldingsbereidheid**
 - *Hoe ervaart u de bereidheid om fouten te melden binnen uw afdeling?*
- **Veiligheid & eerdere ervaringen die de houding beïnvloeden.**
 - *Hoe worden fouten en/of bijna fouten besproken?*
 - *Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot de werkomgeving gericht op medicatieveiligheid?*
- **Werkomgeving (Werkdruk, storingen)/ Veiligheidsklimaat/cultuur**
 - *Hoe wordt de veiligheidscultuur op uw afdeling ervaren?*
- **Personeelsbeleid (communicatie & supervisie)**
 - *Welke ervaringen hebt u m.b.t. communicatie en overdracht?*
- **Opleidingsmogelijkheden**
 - *Wat zou u aanbevelen gericht op kennis en/of vaardigheden om medicatiefouten te voorkomen (minimaliseren)?*

- *Medicatie kennis*
- *Protocollen (ontwerp) en richtlijnen kennis*
- *Klinische lessen*
- *Bijscholing*
- *Ideeën en mogelijke interventies t.a.v. medicatieveiligheid op de afdeling.*

1. **Afrondende vragen: (10 min).**

- *Stel dat u morgen een directeur van deze instelling (LFPZ) zou worden, welke belangrijke maatregelen m.b.t. medicatieveiligheid zou u dan treffen om de veiligheid op dat gebied te waarborgen?*

- **Samenvatting (3 min)**

- *Kunnen jullie de belangrijkste punten benoemen die naar voren zijn gekomen in dit gesprek*
- *Wat in jullie ogen goed en minder goed geregeld is, in jullie organisatie m.b.t. medicatieveiligheid en welke mogelijkheden zijn er om deze te verbeteren?*
- *Heb ik alle belangrijke ideeën die naar voren kwamen in de samenvatting genoemd?*
- *Hebben jullie nog iets gemist?, Willen jullie nog iets toevoegen?*

1. **Evaluatie (1 min).**

- *Hoe hebben jullie het gesprek ervaren?*
- *Welke tips hebben jullie voor mij als facilitator die ik bij de uitvoering van het volgende focusgesprek kan gebruiken?*

1. **Afsluiting met dankwoord (1 min).**

- De gegevens worden uitgeschreven en voorgelegd in een samenvatting aan respondenten via een mail. Graag antwoorden binnen 5 dagen.
- Als u belangstelling heeft kunt u een eindverslag krijgen. Dit noteren we na afloop van ons onderzoek.

Informatiebrief aan verpleegkundigen en forensisch psychiatrisch begeleiders “Medicatieveiligheid binnen de klinische forensische zorg”

Geachte verpleegkundige en/of forensisch psychiatrisch begeleider,

In deze brief willen wij u informeren over de aard en het doel van dit onderzoek. Het onderzoek vindt op vrijwillige basis plaats en als u besluit deel te nemen, dan zal er om schriftelijke toestemming worden gevraagd, ofwel informed consent te ondertekenen. Daarmee geeft u aan, voldoende te zijn geïnformeerd en vrijwillig deel te nemen aan dit onderzoek.

Indien u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebt, kunt u altijd terecht bij de studentonderzoekers. Op bladzijde 2 vindt u hun gegevens.

Wie gaat het onderzoek uitvoeren.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Moniek van Gils en Teresa Desecka, twee laatstejaarsstudenten HBO-Verpleegkunde aan Fontys Hogeschool Mens & Gezondheid te Eindhoven.

Wat is het doel van het onderzoek?

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in uw ervaringen.

Tevens willen we uw behoeften en aanbevelingen met betrekking tot medicatieveiligheid verkennen. Op basis hiervan krijgen we een beeld hoe de medicatieveiligheid op dit moment is en ervaren wordt en wat er verbeterd kan worden op dit gebied.

Uw meningen en ervaringen zullen bijdragen aan de toekomstige verbeterprojecten.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er wordt een interview van ongeveer één uur afgenomen en het wordt opgenomen met een voice recorder of een ander apparaat. Dit interview vindt binnen de LFPZ plaats in een aparte ruimte. Waarbij rekening gehouden wordt met uw privacy. Tijdens het interview zijn twee studentonderzoekers aanwezig. Een van de studentonderzoeker zal het interview afnemen en de ander zal hier notitie en opnames van maken.

Uiteraard wordt er voor koffie en/of thee gezorgd.

Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Deelname aan dit onderzoek levert tijdens het onderzoek geen direct voordeel voor u op. Het onderzoek kan echter voor de toekomst wel nuttige gegevens opleveren om de medicatie- en patiëntveiligheid in de LFPZ te verbeteren en hierdoor de kwaliteit op dit gebied te verhogen.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan dit onderzoek. Deelname is vrijwillig en geheel vrijblijvend. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. Als u wel meedoet, kan u altijd zich bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

De opnames van de interviews worden na afloop van het interview volledig door de studentonderzoekers geanalyseerd en de samenvatting hiervan wordt binnen één week aan jullie voorgelegd voor uw goedkeuring. U krijgt op die manier de gelegenheid om de informatie in de samenvatting te controleren op eventuele onjuistheden en deze te corrigeren. Dit heet membercheck. Als u het met de informatie eens bent, betekent dat de studentonderzoeker de informatie die u verstrekt hebt, juist begrepen en geïnterpreteerd heeft. Indien u na het lezen van de samenvatting toch opmerkingen hebt, worden deze in het onderzoek verwerkt. Hierdoor willen we de objectiviteit van het onderzoek garanderen.

Uiteraard krijgt u de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten in de vorm van een samenvatting, mocht u hier interesse in hebben.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

De studentonderzoekers zullen uiterst zorgvuldig omgaan met de van u verkregen informatie. Behalve beide studentonderzoekers heeft niemand meer toegang tot deze gegevens. Alle geluidsopnames worden letterlijk uitgeschreven (getranscribeerd) en vervolgens anoniem gemaakt door hier een code aan te koppelen. De gecodeerde gegevens worden daarna geanalyseerd en in thema's geclusterd zodat geen herleiding naar een bepaalde persoon plaats kan vinden. Bij verwijzingen naar citaten in de tekst wordt geen of een fictieve naam gebruikt.

Na afloop van het onderzoek worden alle geluidsopnames vernietigd.

Wilt u verder nog iets weten?

We hopen dat na het lezen van deze informatiebrief alles duidelijk is.

Mocht u alsnog vragen hebben dan kunt u ons gerust bellen of mailen.

Met vriendelijke groeten,

Moniek & Teresa

Onze gegevens:

Moniek van Gils

T.: 06-83229311

E: moniek.vangils@student.fontys.nl

Teresa Desecka

T.: 0622443220,

E: t.desecka@student.fontys.nl

Bijlage 7 Toestemmingsformulier (Informed consent)

Toestemmingsformulier

Medicatieveiligheid binnen de klinische forensische zorg

- ☐ 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. Die 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 te maken.
- ☐ Ik weet dat ik gevraagd wordt om een membercheck uit te voeren.
- ☐ 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 er 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 (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 8 Uitnodigingen

1. Algemeen gericht aan verpleegkundigen en forensisch psychiatrisch begeleiders.



Uitnodiging *Deelname onderzoek* *"medicatieveiligheid"*

Beste verpleegkundigen en forensisch psychiatrisch begeleiders van de LFPZ,



Wist u dat: *"Uit een analyse van de gemelde medicatie incidenten in de LFPZ blijkt dat 57,9% van de medicatie incidenten betrekking hebben op een fout bij het toedienen en verstrekken van medicatie aan een cliënt."*

Wist u dat:

Moniek van Gils & Teresa Desecka, zijn op dit moment bezig met een afstudeerproject over de medicatieveiligheid binnen de LFPZ.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in uw ervaringen, gedachten, meningen en uw behoeften met betrekking tot medicatieveiligheid. Samen met u willen we naar verbeterpunten zoeken om de medicatieveiligheid te verhogen. Uw mening is hier zeer belangrijk !

Wat & Hoe:

Om uw ervaringen en uw behoeften in kaart te brengen willen we graag individuele- en focusgroepinterviews met u houden. Moniek zal acht semigestructureerde interviews met FPB'ers afnemen en Teresa zal twee focusgroepgesprekken in samenspraak met verpleegkundigen organiseren.

Het interview (gesprek) zal ongeveer één uur in beslag nemen. We realiseren ons heel goed dat het voor u extra tijd kost en dat we extra inspanning van u vragen. Uw meningen en uw ervaringen zijn echter een uitgangspunt in ons onderzoek en uw deelname hierin stellen we zeer op prijs.

Wanneer:

De individuele interviews en focusgroepgesprekken worden in de komende weken van oktober en november afgenomen.

Het eerste focusgroepgesprek willen we graag aansluitend aan het verpleegkundig overleg op 31 oktober houden. Het tijdstip en plaats van individuele interviews zal Moniek met U afstemmen.

Voorafgaande aan de individuele- en focusgroepinterviews ontvangen jullie een informatiebrief met een formulier waarmee u kan aangeven of u wil deelnemen aan het onderzoek.

We hopen u individueel en in de focusgroep te mogen begroeten. Ook willen we u alvast bedanken voor uw medewerking !

Bij vragen kan u altijd mailen naar onderstaande contacten.

Met vriendelijke groet,

Teresa Desecka t.desecka@student.fontys.nl
Moniek van Gils moniek.vangils@student.fontys.nl



2. Semi-gestructureerd interview

Uitnodiging



Geachte...,

Graag wil ik U uitnodigen voor deelname aan het semi-gestructureerd interview over uw ervaringen van medicatieveiligheid in uw instelling.

Het gesprek is gepland op woensdag 18-10-2017.

Het interview zal om 14.00 uur starten, in het voorgebouw in de flexruimte en zal ongeveer één uur duren.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de ervaringen en de belevingen van de verpleegkundigen/FPB'ers rondom de medicatieveiligheid. Bovendien willen we erachter komen welke behoeften en aanbevelingen de verpleegkundigen/FPB'ers hebben die kunnen bijdragen aan verbetering van de medicatieveiligheid.

Uw mening is van groot belang voor het onderzoek. U helpt ons en de instelling hiermee.

In de bijgaande informatiebrief vindt u meer informatie hierover.

Alvast bedankt voor u bijdrage.

Graag wil ik u woensdag 18-10 welkom heten! Tot ziens.

Met vriendelijke groeten,

Teresa Desecka & Moniek van Gils

3. Focusgroepgesprek

Uitnodiging



Geachte verpleegkundige,

Graag wil ik U uitnodigen voor deelname aan het focusgroepgesprek over uw ervaringen van medicatieveiligheid in uw instelling.

Het gesprek is gepland op woensdag 8-11-2017.

Het interview zal om 14.00 uur starten, in het voorgebouw in de flexruimte (we verwachten u in de Foyer) en zal ongeveer één uur duren.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de ervaringen en de belevingen van de verpleegkundigen/FPB'ers rondom de medicatieveiligheid. Bovendien willen we erachter komen welke behoeften en aanbevelingen de verpleegkundigen/FPB'ers hebben die kunnen bijdragen aan verbetering van de medicatieveiligheid.

Uw mening is van groot belang voor het onderzoek. U helpt ons en de instelling hiermee.

In de bijgaande informatiebrief vindt u meer informatie hierover.
Alvast bedankt voor u bijdrage.

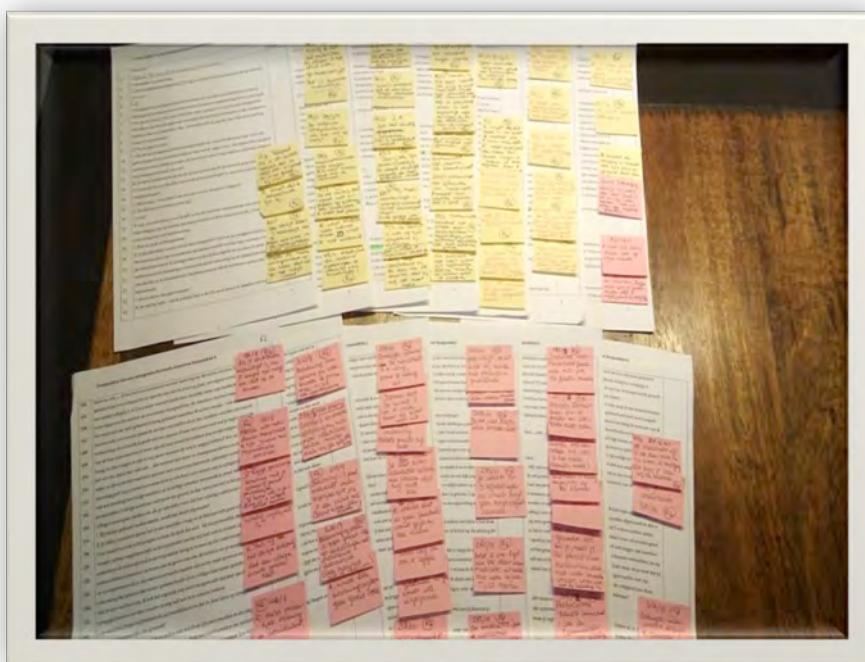
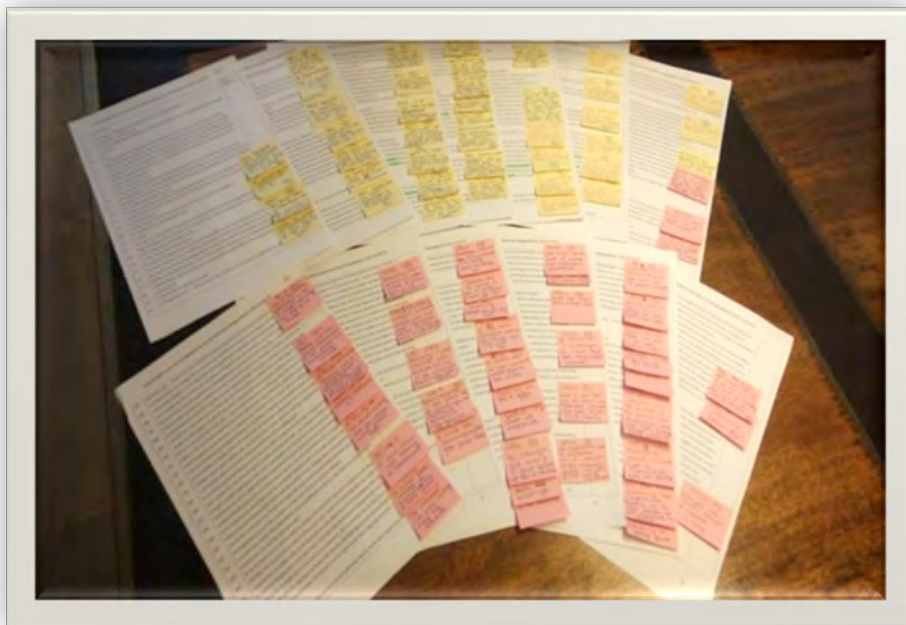
Graag willen we u woensdag 8-11 welkom heten! Tot ziens.

Met vriendelijke groeten,

Teresa Desecka & Moniek van Gils

Bijlage 9 Audit trial van data-analyse (semigestructureerde interview).

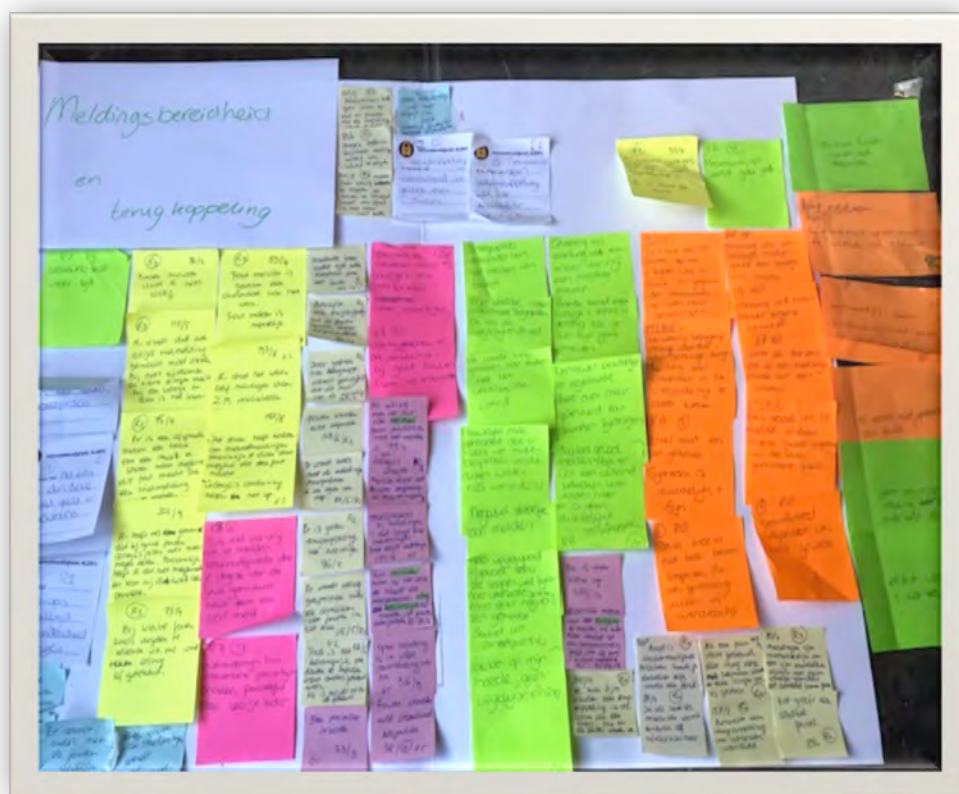
1. Codes aanbrengen



2. Thematiseren



3. Herzien van thema's

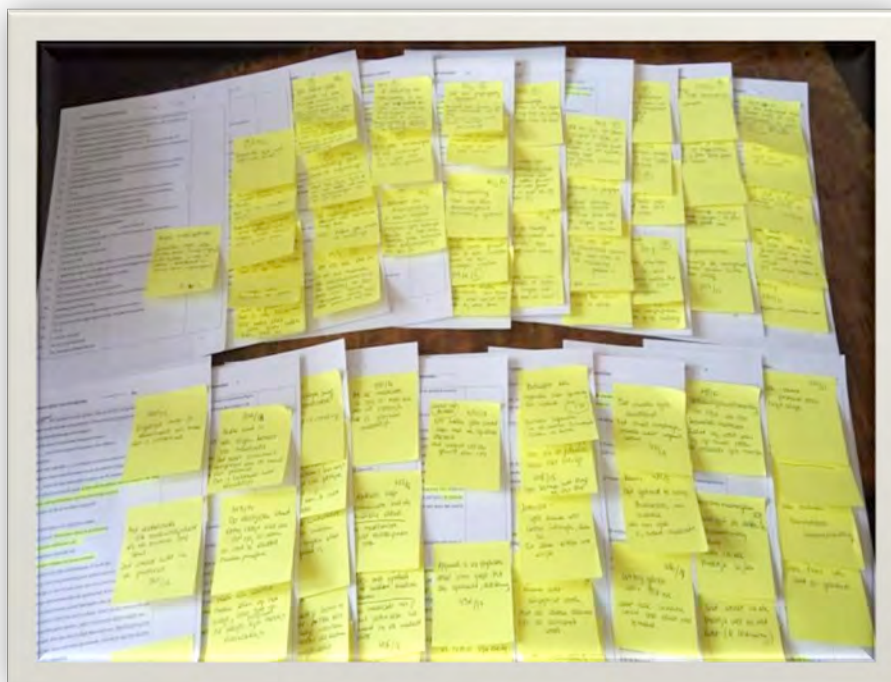
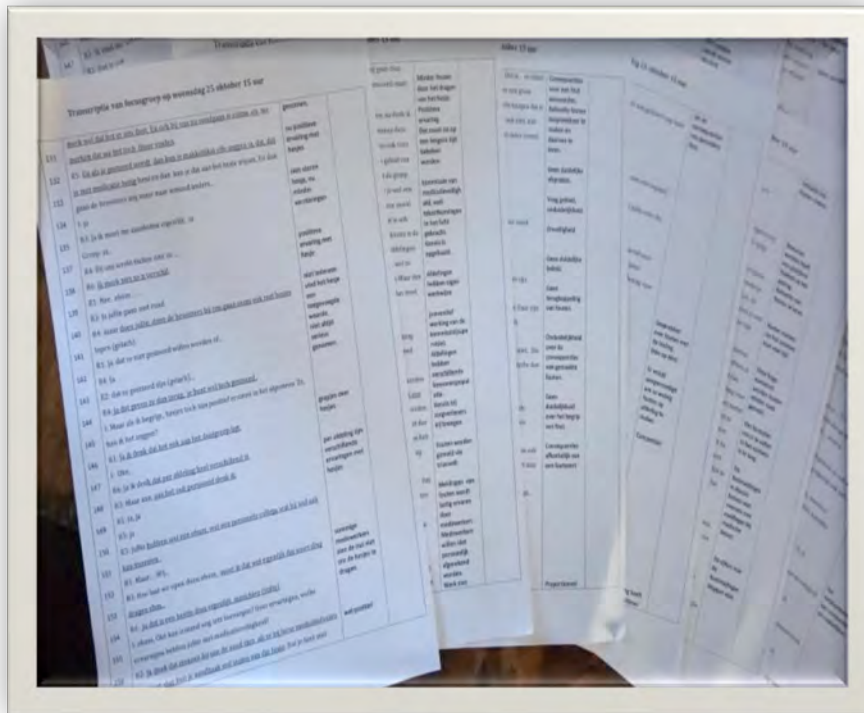


4. Passende citaten kiezen

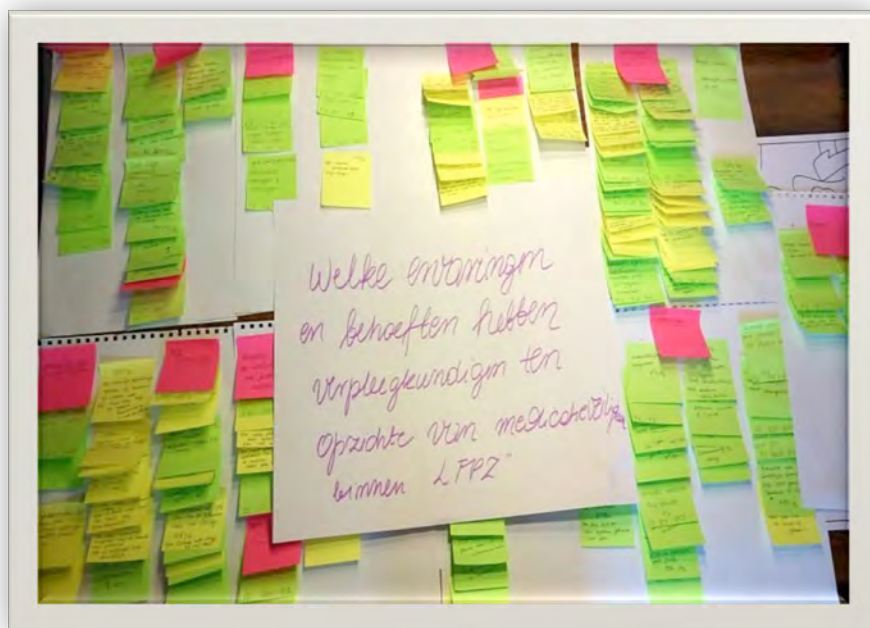
Transcript	Code Notities
I: Welkom... dat je wil deelnemen, dat stel ik zeer op prijs. Ik ga dadelijk eerst een stukje algemene gegevens doornemen. Hoeveel jaar jij in functie bent en dat soort dingen. Het gesprek zal ongeveer drie kwartier duren. uuh.. alle antwoorden zijn goed, er is geen goed of fout ik wil wel zoveel mogelijk proberen te diepte in te gaan en daar door te vragen. Alles wordt anoniem verwerkt, jouw naam is nergens in terug te vinden. Na dit gesprek ga ik alles uittypen, woord voor woord daar ga ik een analyse van maken en hang ik thema's aan vast en die wil ik dan nog aan jou voorleggen. Dat is puur om te kijken is dit overlappend wat jij zegt en of het ook juist is wat ik samenvat. R: ja, ja duidelijk. I: Het gesprek wordt opgenomen. Ik ben de leider van het interview en Teresa maakt eventuele aantekeningen en observeert geeft mij eventueel tips of tops en mocht ik iets vergeten kan zij me waar nodig aanvullen. R: ja duidelijk. I: Je hebt vooraf de informatiebrief ontvangen? Daarin stond het aard en het doel van het onderzoek? R: ja was allemaal heel duidelijk, stond duidelijk op papier en ik weet grotendeels waar ik aan toe ben ik verwacht niet zo heel veel verrassingen. I: De hoofdvraag is gericht op de ervaringen en het behoeften van het multidisciplinair team gericht op medicatieveiligheid. uuh.. dat was het eigenlijk. Heb jij nog vragen of opmerkingen vooraf? R: Nee, de enige opmerking die ik wil maken vooraf is dat ik merk nu we met die hesjes werken en de kamers van de bewoners afgaan dat ik nu al het idee heb dat het beter gaat dan wanneer de bewoners naar je toe komen bij de medicatieruimte. Het geeft mij in ieder geval meer rust, de meeste bewoners zien dat ze je dan niet moeten storen, een enkeling dan daar gelaten maar het gaat wel voor mij werkt het fijn. I: Oke dat is fijn. Ik wil nu beginnen met de medicatieveiligheid en hoe je die ervaart? R: Je hebt op verschillende afdelingen gewerkt ook een hele tijd op bos beemd. R: Klopt en een tijd op duin dijk. I: Probeer een afdeling voor ogen te houden of noem dingen gericht op meerdere afdelingen waar nog eventuele verbeterpunten liggen. R: Ik denk dat het makkelijkste is op je eigen afdeling, dit is nog het meest actuele en zit nog het vers in je geheugen. I: mmm...	

Bijlage 10 Audit trail van data-analyse (focusgroepgesprek)

1. Codes aanbrengen



2. Thematiseren



3. Herzien van thema's



4. Passende citaten kiezen

219	R5: Ik vind het ongevoerd,	
220	R5: Omslachtig	
221	R3: Vroeger hadden we voor de MIP, dan was je één of twee dingen in willen, was je klaar dan moest je vijf blaadzijdes invullen.	
222	R1: Nee, dat is ook wat korter	
223	R3: Ja geworden inmiddels, ja .Maar goed het is nog best veel je moet .	
224	R4: Veel, veel is het.	
225	R3: Ja	
226	R1: Maar een probleem blijft natuurlijk dat je een melding hebt die niet compleet is.	
227	Want ik besef, Ho willen jullie dan <u>triaswebmelding</u> van maken dat weet ik dus nooit of dat er gebeurd wordt. Of dat er gebeurd. En er zijn wel mensen die hebben geen tijd, ..(?) , vergeten het,,,[	
228	I: Hoe komt dat dat ze niet bereid zijn om te melden?	
229	R5: Nou, omdat het inderdaad nogal veel werk is. Het is inderdaad nu wel wat vereenvoudigd maar het was.. Het kost nog wel wat tijd.	
230	I: in dit systeem werken?	
231	R5: Het invullen van het systeem zelf zeg maar , van de melding zelf .	
232	R2: de mensen denken , waarom zou ik een melding maken want het wordt toch niet terug gekoppeld. Ook is wel de gedachte ook wel.	
233	R3: Of ervaringen van de mensen...?	
234	R6: ...Ook zijn de mensen volgens ook gewoon, ook soms een beetje bangig , heb ik het idee.	
235	I: Hoezo bang:	
236		