



Eigen medicatiebeheer tijdens een ziekenhuisopname

Als ik het kan, mag het dan?

3^{de} fase Bachelor verpleegkunde
major ziekenhuisverpleegkunde

Lisa Hellemans
Isabeau Huyge
Eline Vanhoof

Academiejaar 2013-2014

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Voorwoord

Deze bachelorproef kwam tot stand door persoonlijke stage ervaringen uit te wisselen met een hoofdverpleegkundige tewerkgesteld binnen ZNA. Hij heeft jaren geleden in het kader van zijn masteropleiding reeds een thesis geschreven rond medicatie in eigen beheer gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier. Bij deze willen we hem graag bedanken voor de inspiratie.

Wij bedanken ook het Heilig Hart Ziekenhuis te Lier en in het bijzonder de directie verpleging, voor de vlotte samenwerking.

Verder zouden wij graag onze docent van de minor wetenschappelijk onderzoek bedanken, voor de begeleiding van het wetenschappelijk luik binnen deze bachelorproef.

Thomas More campus Lier bedanken wij graag voor het openstellen van hun bibliotheek.

Onze mentor en coördinator van de bachelorproef bedanken we eveneens voor de begeleiding en de feedback.

Tot slot bedankten we graag onze ouders om het ons mogelijk te maken om te studeren en voor de mentale steun.

Samenvatting

Het doel van dit werk was het onderzoeken of het mogelijk is om medicatie in eigen beheer te implementeren in de praktijk. Hierbij werd onderzocht wat voor- en nadelen zijn van zelfmedicatie en wat aandachtspunten zijn bij het toepassen ervan. Op basis hiervan werd een model ontwikkeld om aan medicatie in eigen beheer te doen. Dit model heet het Elisa model en bestaat uit 5 stappen. Er werd onderzocht wat het belang daarbij is van patiëntenvoorlichting en hoe men dit best aanpakt. Daarnaast werd ook gewerkt rond de veiligheid voor de patiënt en de hulpverleners bij het toepassen van medicatie in eigen beheer. In het laatste deel werd een eigenlijk onderzoek uitgevoerd naar hoe frequent medicatie in eigen beheer reeds voorkomt in de praktijk. Er werd onderzocht wat redenen zijn om dit toe te staan en naar wat mogelijke gevolgen zijn.

Doorheen deze bachelorproef werd grotendeels gebruik gemaakt van literatuurstudie. Enkel bij het laatste deel (onderzoekslijn) werd zelf aan datacollectie gedaan.

In stap 1 van het Elisa model wordt achterhaald of de patiënt in aanmerking komt en bereid is om zijn medicatie zelf te beheren. In stap 2 zal in samenspraak met de arts een medicatieschema opgesteld worden. Dit schema bevat duidelijke richtlijnen in verband met de in te nemen geneesmiddelen. Het voorlichtingsgesprek is de derde stap in het model waarin de verpleegkundige individuele gesprekken aangaat met de patiënt. Hier zal informatie gegeven worden over de in te nemen geneesmiddelen en zullen vaardigheden aangeleerd worden. In stap 4 worden suggesties gegeven van hoe de veiligheid, zowel voor de zorgverlener als zorgvrager, bewaard kan worden. Een van deze suggestie voor de veiligheid van de patiënt is een medicatiekastje. Veiligheid van de verpleegkundige kan gegarandeerd worden door gebruik van een 'pill organizer' en het laten ondertekenen van een document. Dit document legt de verantwoordelijkheid voor (eventuele) medicatiefouten bij de patiënt. Tot slot gaat stap 5 over de evaluatie van de patiënt die deelneemt aan het zelfmedicatieprogramma.

Uit dit onderzoek blijkt dat medicatie in eigen beheer vooral op heelkundige diensten reeds frequent voorkomt. Op geneeskundige diensten gebeurt dit minder. Verder kan besloten worden dat volgens verpleegkundigen veel meer patiënten hun medicatie zelf kunnen beheren (57%) dan dat het momenteel gebeurt (32%). Bijna alle (92%) geneesmiddelen in eigen beheer worden oraal ingenomen of geïnhaleerd. Subcutane inspuitingen worden nooit door de patiënt zelf beheerd. De belangrijkste determinanten in de keuze om medicatie in eigen beheer toe te staan, zijn de zelfstandigheid, de leeftijd en het cognitieve functioneren van de patiënt.

Tot slot kunnen we besluiten dat verpleegkundigen zowel voor patiënten als voor zorgverleners weinig voordelen zien in het toepassen van medicatie in eigen beheer. Vooral het verlies van controle en de kans op foutieve inname worden aangegeven als grote risico's. Verpleegkundigen geven wel aan dat de therapietrouw, de onafhankelijkheid en zelfzorgvermogen van de patiënt zal toenemen.

Kort kunnen we besluiten dat er nog een lange weg te gaan is om medicatie in eigen beheer te kunnen implementeren in de praktijk. Vooral het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader is daarbij een struikelblok. Daarnaast moet er een duidelijk plan gevolgd worden, zoals bijvoorbeeld het Elisa model. Verder moeten verpleegkundigen bereid zijn om veranderingen door te voeren. Ze zullen de controle over het beheer van medicatie uit handen moeten geven en werken aan het geven van patiëntenvoorlichting. Patiënten zullen hierdoor meer partner in de zorg worden, en samenwerken met verpleegkundigen.

Inhoudstafel

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudstafel	5
Overzicht illustraties	7
Inleiding	8
1 Probleemstelling	9
1.1 Definiëring	9
1.2 Verpleegkundige relevantie	10
1.3 Prevalentie	11
1.4 Vraagstellingen	11
Conceptueel model	12
2 Methodologie	13
3 Resultaten	15
3.1 Voordelen medicatie in eigen beheer	15
3.1.1 Toenametherapietrouw	14
3.2.2 Verminderde werkdruk	15
3.2.3 Toename kennis	15
3.2.4 Patiënten tevredenheid	15
3.2.5 Stimulatie zelfzorg	15
3.2 Nadelen medicatie in eigen beheer	17
3.3 Aandachtspunten bij medicatie in eigen beheer	17
3.4 Het Elisa model	17
3.4.1 Stap 1 Elisa model	17
3.5 Individueel deel Isabeau Huyge	22
3.5.1 Stap 2 Elisa model: Het medicatieschema	22
3.5.2 Stap 3 Elisa model: Het voorlichtingsgesprek	24
3.5.2.1 Definiëring voorlichtingsgesprek	23
3.5.2.2 Problematiek bij voorlichtingsgesprekken in het ziekenhuis	24
3.5.2.3 Het voorlichtingsgesprek	25
3.5.2.4 Methoden en middelen voorlichtingsgesprek	28
3.6 Opstellen folder omtrent zelfmedicatieprogramma	31
3.7 Individueel deel Eline Vanhoof	32
3.7.1 Patiëntveiligheid	32
3.7.1.1 Juridische kijk op patiëntveiligheid	32
3.7.1.2 Wettelijk kader	32
3.7.2 Stap 4 Elisa Model	33
3.7.2.1 Veiligheid van de patiënt	32
3.7.2.2 Veiligheid van de verpleegkundige	34
3.7.2.3 Kostprijs van geneesmiddelen in het ziekenhuis	35
3.7.3 Stap 5 Elisa model	36
3.7.4 Empowerment van de patiënt	37
3.8 Individueel deel Lisa Hellemans	38
3.8.1 Onderzoeksvraag	38

3.8.2	Methode	38
3.8.2.1	Onderzoeksdesign	37
3.8.2.2	Onderzoeksveld en onderzoekspopulatie	37
3.8.2.3	Datacollectie	38
3.8.2.4	Meetinstrument	38
3.8.2.5	Analyse	39
3.8.2.6	Ethische aspecten	39
3.8.3	Resultaten	39
3.8.3.1	Kwalitatief	39
3.8.3.2	Kwantitatief	41
3.8.4	Conclusie	48
	Kritische reflectie	51
	Besluit	52
	Literatuurlijst	53
	Bijlagen	56

Overzicht illustraties

Figuur 1: Elisa model	18
Figuur 2: stap 1 Elisa model.....	19
Figuur 3: Medicijnkastje	33
Figuur 4: Pill organizer	35
Figuur 5: verdeling aantal patiënten	43
Figuur 6: verdeling patiënten met medicatie in eigen beheer (San Joaquin)	43
Figuur 7: verdeling medicatie naar toedieningswijze	44
Figuur 8: verdeling GM in eigen beheer (ATC)	45
Figuur 9: D4	45
Figuur 10: B4.....	46
Figuur 11: D6	46
Figuur 12: betrokken professionals	48
Figuur 13: in staat tot zelfbeheer medicatie	48
Tabel 1: Medicatieschema.....	23
Tabel 2: Doelpubliek voorlichting (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx , 2007)	25
Tabel 3: Voorlichtingsgesprek door verschillende disciplines (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).....	27

Inleiding

Met deze bachelorproef wilden wij graag te weten komen of het mogelijk is om medicatie in eigen beheer toe te passen in de praktijk, en wat hier criteria voor zijn.

Tijdens onze stages in verschillende ziekenhuizen, merkten we op dat sommige patiënten weinig kennis hebben omtrent hun medicatiegebruik voor en tijdens de ziekenhuisopname. Velen kennen bijvoorbeeld de indicatie niet van hun medicatie en weten niet waarom bepaalde medicijnen worden gestaakt of opgestart. Anderen zijn hier dan wel heel goed van op de hoogte, maar zij moeten dit stukje zelfzorg bij een ziekenhuisopname meteen opgeven. Voor deze personen is het erg aanpassen, en zeker wanneer hun medicatie verandert van merkproducten naar generische middelen of omgekeerd. Op stage viel ons op dat veranderingen van medicatie vaak onvoldoende of niet gecommuniceerd worden aan de patiënt. Dit leidt meermaals tot verwarringen. Door deze observaties hebben we gekozen om te werken rond dit onderwerp.

We hebben gekozen om gebruik te maken van een dubbele bachelorproef. Het gaat hierbij om de combinatie van een gezondheidsvoorlichting- en een onderzoek bachelorproef.

In het kader van dit werkstuk hebben wij voornamelijk gebruik gemaakt van literatuurstudie. In de literatuur vonden we zeer beperkte informatie, vooral Nederlandstalige bronnen waren moeilijk te vinden. Hierdoor hebben we deels eigen inbreng verwerkt in dit werkstuk. Dit wordt verder aangevuld met wetenschappelijk onderzoek aan de hand van vragenlijsten.

We hebben ons bij het uitwerken van de bachelorproef beperkt tot 4 grote lijnen. In het gemeenschappelijk deel zijn we nagegaan wat mogelijke voor- en nadelen zijn van medicatie in eigen beheer. Gebaseerd op deze argumenten hebben we een nieuw model ontwikkeld om er voor te zorgen dat patiënten beter geïnformeerd zijn over hun medicatie en zelf voor hun medicatiegebruik kunnen instaan. Dit uiteraard enkel indien zij dit wensen en hiervoor in aanmerking komen. Een eerste individueel stuk uitgewerkt door Isabeau Huyge handelt over het opstellen van een medicatieschema en patiënteneducatie. Een tweede deel uitgewerkt door Eline Vanhoof gaat over de veiligheid bij medicatie in eigen beheer voor zowel patiënten als verpleegkundigen en de noodzaak tot evaluaties. In het derde deel uitgewerkt door Lisa Hellemans wordt onderzocht hoe vaak medicatie in eigen beheer voorkomt in de praktijk, wat redenen zijn om dit toe te staan of te weigeren, en wat mogelijke gevolgen zijn.

Volgens ons kan medicatie in eigen beheer enkele voordelen opleveren voor zowel verpleegkundigen als patiënten. Zo zou bijvoorbeeld de werkdruk van verpleegkundigen kunnen afnemen. Verder zouden zelfzorg en therapietrouw gestimuleerd worden.

1 Probleemstelling

1.1 Definiëring

Om misverstanden uit te sluiten worden hieronder belangrijke en veelgebruikte termen uit de bachelorproef verklaard.

Bij medicatie in eigen beheer (of zelfbeheer) bedoelen we het gebruiken en beheren van één of meerdere geneesmiddelen door de patiënt zelf. Geneesmiddelen worden gedefinieerd als: "een stof die wordt gebruikt bij de diagnose, de genezing, de behandeling of de preventie van ziekte. Het is een middel dat de structuur of de functie van het lichaam beïnvloedt." (Food and Drug Administration, 2007).

Patiënten kunnen verward geraken doordat één geneesmiddel (GM) vaak meerdere namen kan hebben. Hierbij gaat het dan om het verschil tussen generische geneesmiddelen en merkproducten. Een generisch geneesmiddel wordt gedefinieerd als: "een geneesmiddel met dezelfde actieve stof, dosering, veiligheid, sterkte, toedieningswijze, kwaliteit, prestaties en het beoogde gebruik." (Food and Drug Administration, 2007).

"Wanneer een farmaceutisch bedrijf een nieuw geneesmiddel ontwikkelt, wordt dit gedurende een bepaalde periode beschermd door een patent. De producent heeft zo het recht om dit 'referentiegeneesmiddel' als eerste en enige op de markt te brengen. Na de beschermde periode kan een andere farmaceutisch bedrijf dit geneesmiddel ook op de markt brengen aan een lagere prijs. Indien dit geneesmiddel evenwaardig en goedkoper is dan het oorspronkelijke, noemt men dit een generisch geneesmiddel." (Christelijke Mutualiteit, 2003).

Een risico dat steeds gepaard gaat met het beheren en toedienen of innemen van medicatie is het maken van medicatiefouten. "Medicatiefouten zijn fouten in het proces van voorschrijven, verstrekken, bereiden, toedienen en controleren van medicatie ongeacht of er sprake is van complicatie of van de potentie voor complicatie." (Dr. Eliens & Dr. Poot, 2011).

Een belangrijke reden waarom medicatie in eigen beheer wordt aangemoedigd is omdat hierbij de zelfzorg van de patiënt gestimuleerd wordt. Volgens Nursing International Classification (NIC) is zelfzorg: "het management van de dagelijkse activiteiten, met het vermogen om de zorgen onafhankelijk uit te voeren, met het versterken van de gewoonten, met betrekking tot de gezondheid en met de aanmoediging tot onafhankelijkheid, rekening houdend met de leeftijd, met de pathologie en de omgeving van de patiënt." (Federale Overheidsdienst: volksgezondheid).

Medicatie in eigen beheer is uiteraard niet mogelijk indien patiënten onvoldoende geïnformeerd worden over hun medicatie en over het gebruik ervan. Patiënteneducatie en patiëntenvoorlichting zijn dan ook van primordiaal belang. Patiënteneducatie is het proces van het beïnvloeden van gedrag van patiënten en het produceren van veranderingen in kennis, attitudes en vaardigheden die nodig zijn voor het behouden of verbeteren van de gezondheid (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Het begeleiden van patiënten gedurende een leerproces voor het verdere beheer van zijn ziekte noemt men patiënteneducatie. Dit wordt meer gezien als een geheel van gestructureerde benaderingswijzen, aangepast aan elke patiënt. Deze benaderingswijzen worden weerspiegeld in termen van vormingsdoelen, cognitieve, gedragsgebonden en psychomotorische doelen, anders gezegd in termen van kennis en vaardigheden (Genevieve, 2004).

"Patiëntenvoorlichting is een proces van communicatie met, voor en over patiënten dat op een planmatige manier een integraal onderdeel uitmaakt van het zorgtraject en gericht is op kennisvermeerdering, attitude- en/of gedragsverandering van de patiënt ten aanzien van zijn gezondheidssituatie." (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Omdat therapietrouw zeer belangrijk is bij het innemen van bepaalde geneesmiddelen wordt ook deze term verklaard: "therapieontrouw is de mate waarin het gedrag van een persoon afwijkt van de voorgeschreven medische en/of gezondheidsadviezen." (Dobbels, 2003).

1.2 Verpleegkundige relevantie

Het verbeteren van de medicatieveiligheid is de laatste tijd één van de kernpunten geworden binnen de ziekenhuisfarmacie. Een review (Krahenbuhl, Schlienger, Lampet, Haschke, Drewe, & Krahenbuhl, 2007) toonde aan dat circa 6% van alle medicatieopdrachten fouten bevat. Van deze fouten leidt naar schatting 10% tot schade bij de patiënt. Verpleegkundigen vervullen hierbij een belangrijke rol. Bij het medicatieproces is het namelijk hun taak om het geneesmiddel voor te bereiden, toe te dienen of aan te reiken. Bovendien hebben zij ook een bewakende functie op eventuele nevenwerkingen van de medicatie (Vermeulen, 2010).

Uit een enquête van de Consumentenbond, uitgevoerd onder verpleegkundigen, blijkt dat veel van deze medicatiefouten ontstaan door personeel met te weinig ervaring, zoals artsen in opleiding en invalkrachten (Combée, 2010).

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat volgende factoren aanleiding geven tot medicatiefouten in de ziekenhuissetting:

- Medicijnen met vergelijkbare namen of een soortgelijke verpakking
- Medicijnen die niet vaak worden gebruikt of voorgeschreven
- Ook een hoge werkdruk maakt dat er meer medicatiefouten gebeuren (Hughes, 2008)

Verder blijkt uit talrijke onderzoeken, enquêtes en uit praktijkervaring dat patiënten na ontslag uit het ziekenhuis vaak hun geneesmiddelenvoorschrift niet of inadequaat opvolgen. Verpleegkundigen besteden een groot gedeelte van hun werktijd aan het toedienen van geneesmiddelen en de patiënt wordt daar onvoldoende bij betrokken. Momenteel is de manier waarop verpleegkundigen met geneesmiddelen in het ziekenhuis omgaan niet van die aard dat het therapietrouw na ontslag bevordert. Daarnaast worden patiënten en familieleden ook steeds mondiger. Zij eisen meer kwaliteitsvolle verzorging en blijven momenteel met veel vragen i.v.m. hun medicatie achter. O.a.: "Waarvoor dient dit pilletje?", "Wanneer moet ik de medicatie nemen?", "Hoe moet ik dit pilletje nemen?", ... Vaak weigeren patiënten hun medicatie in te nemen door een gebrek aan therapie-inzicht. Momenteel krijgen de patiënten pas bij ontslag uit het ziekenhuis een persoonlijk medicatieschema (Clement, 2008).

1.3 Prevalentie

In België werd in 2008 een gezondheidsenquête uitgevoerd in opdracht van alle ministers die voor volksgezondheid bevoegd zijn op federaal, regionaal en gemeenschapsniveau. Binnen deze enquête werd nagegaan hoeveel 'officiële geneesmiddelen' er ambulant worden gebruikt. Met 'officiële geneesmiddelen' worden alle geneesmiddelen bedoeld die zijn opgenomen in het Gecommentarieerde Geneesmiddelenrepertorium van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie (BCFI). Uit deze studie blijkt dat dagelijks gemiddeld 1,3 verschillende soorten geneesmiddelen gebruikt worden per persoon in België en dat dit bij 75-plussers oploopt tot een gemiddelde van 4 geneesmiddelen per persoon. Verder blijkt dat vrouwen gemiddeld meer geneesmiddelen gebruiken dan mannen. De enquête stelt: "bij mannen heeft 43% van de gebruikte geneesmiddelen te maken met het cardiovasculaire stelsel, 14% met het zenuwstelsel, 11% met het ademhalingsstelsel en 10% zijn voor pijn en ontsteking". "Bij vrouwen heeft 32% van de gebruikte geneesmiddelen te maken met het cardiovasculaire stelsel, 18% met het zenuwstelsel, 15% met het hormonale stelsel en 11% zijn tegen pijn en ontsteking." (Gezondheidsenquête, België 2008, 2010).

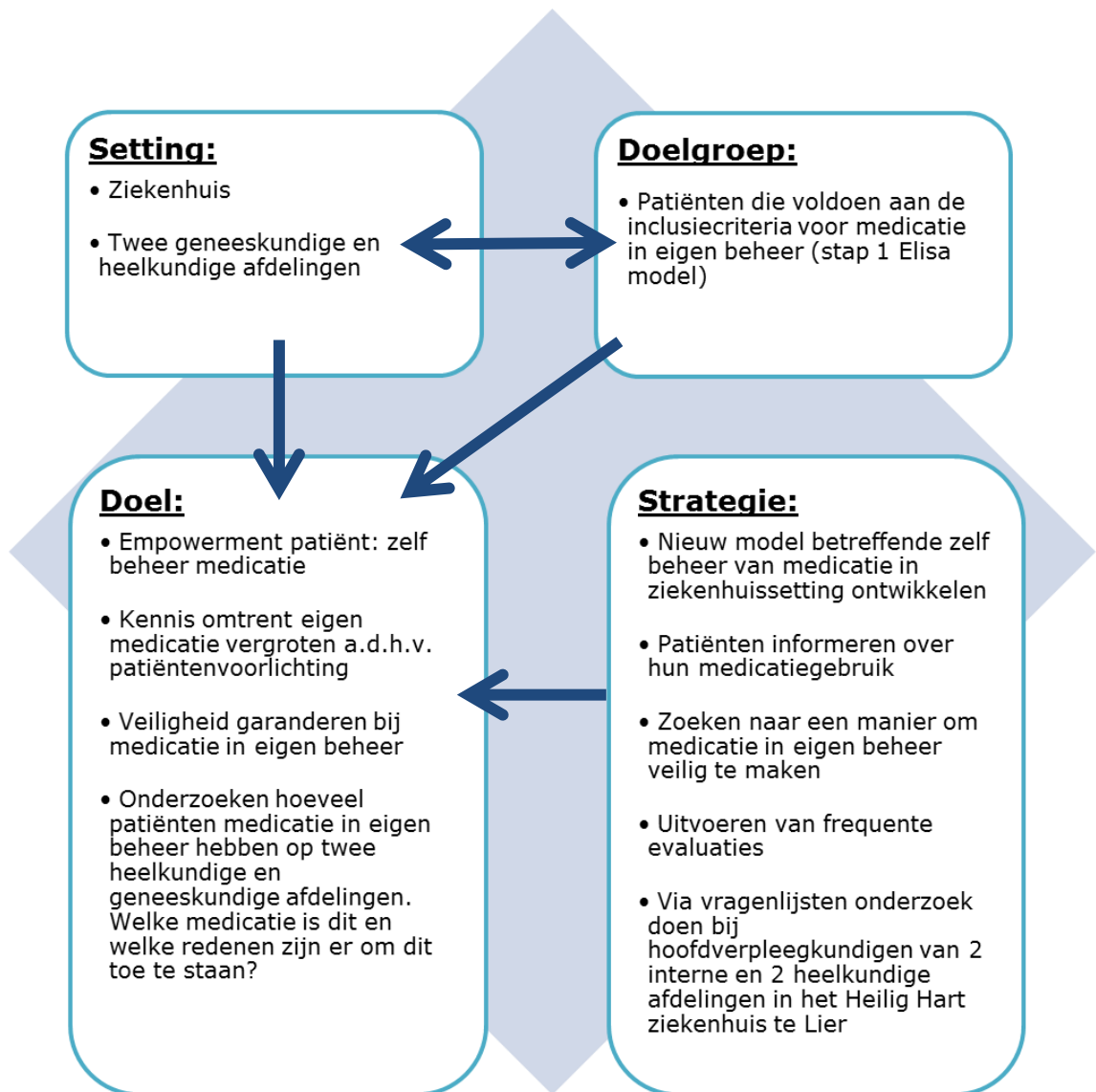
De HARM studie (Hospital Admissions Related to Medication) (2006) uitgevoerd in Nederland leert ons dat 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van de acute opnames gerelateerd zijn aan geneesmiddelen. Dit wil zeggen 41.000 ziekenhuisopnames per jaar door medicijngebruik, waarvan 19.000 mogelijk vermijdbare opnames. Geneesmiddel gerelateerde opnames komen bij patiënten ouder dan 65 jaar twee keer zo vaak voor als bij patiënten die jonger zijn dan 65 jaar. De belangrijkste risicofactoren die hiermee samenhangen zijn polyfarmacie, verminderde cognitie, therapieontrouw, het aantal co-morbiditeiten, verminderde nierfunctie en het niet-zelfstandig wonen. (de Bekker, drs. Eliens, drs. de Haan, drs Schouten, & drs Wigboldus, 2010).

Concrete cijfers over de implementatie van medicatie in eigenbeheer konden niet gevonden worden in de literatuur.

1.4 Vraagstellingen

- Gezamenlijk deel: Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van medicatie in eigen beheer? Gebaseerd op het antwoord op deze vraag werd een model ontwikkeld om eigen beheer van medicatie in de ziekenhuissetting mogelijk te maken.
- Huyge Isabeau: Welke informatie omtrent medicatiegebruik en therapietrouw moet de patiënt krijgen om medicatie in zelfbeheer te kunnen uitvoeren tijdens en na een ziekenhuisopname? Op welke manier wordt deze informatie bij voorkeur meegedeeld?
- Vanhoof Eline: Hoe garanderen de verpleegkundigen de veiligheid bij het toepassen van medicatie in eigen beheer, zowel voor de patiënt, de verpleegkundigen als de omgeving?
- Hellemans Lisa: Hoe vaak komt medicatie in eigen beheer voor op heelkundige en interne diensten in een Vlaams algemeen ziekenhuis? Wat zijn redenen om dit toe te staan of te weigeren, en wat zijn mogelijke gevolgen? (Onderzoekslijn binnen de bachelorproef)

Conceptueel model:



2 Methodologie

Om relevante informatie te verzamelen rond zelfbeheer van medicatie en therapietrouw zijn we onze zoektocht gestart in de bibliotheek van Thomas More campus Lier. Hier vonden we een zeer goede bron, deze is helaas verouderd (Christelijke Mutualiteit, & Van steenberghe, R. (1997). Medicatie-ontslagplanning.), maar volgens ons wel bruikbaar en geeft ons een zeer interessante kijk op het onderwerp. Daarnaast hebben we ook gepraat met een hoofdverpleegkundige in het Middelheim ziekenhuis Antwerpen (ZNA), die zelf reeds heeft gewerkt rond dit thema.

Verder zijn wij voornamelijk via internet te werk gaan. Hierbij hebben we voornamelijk gebruik gemaakt van volgende zoekmachines; Google Scholar, Pubmed, LIMO, Springerlink, Cochrane, Yahoo Nursing Section, Science Direct en Statistiek Vlaanderen en Gezondheidsenquête. Onze zoektermen waren 'zelfbeheer medicatie', 'zelfzorg', 'stimuleren van zelfzorg', 'instructies zelfmedicatie', 'voordelen therapietrouw', 'voordelen zelfbeheer medicatie', 'therapietrouw', 'self-medication', 'self-controlled medication use', 'compliance', 'instructions self-controlled medication', 'knowledge', 'patient medication', 'patient compliance', 'self-medication in hospital', 'medicatiefouten', 'medicatiegebruik' en 'self-administration of medication'. We hebben voor ons onderzoek enkel gebruik gemaakt van Nederlands- en Engelstalige bronnen. We hebben ons, met uitzondering van enkele bronnen, beperkt tot informatie uit de afgelopen 10 jaar.

Wij hebben in dit werk zelf een model ontwikkeld, namelijk het Elisa model. Hiervoor hebben wij ons deels gebaseerd op zaken die bleken uit de literatuur en deels op onze eigen ideeën.

De folder in dit werk werd opgesteld door de opbouw van reeds bestaande folders te volgen. De inhoud is een samenvatting van de bachelorproef waarbij de nadruk ligt op het belang voor de patiënt. De folder is geschreven op maat van patiënten en heeft als doel te informeren over medicatie in eigen beheer en de belangrijkste aspecten daarvan.

Persoonlijk deel Isabeau: Om de nodige literatuur te verzamelen voor de uitwerking van mijn persoonlijk deel binnen de bachelorproef ben ik gestart met een zoektocht op verscheidene wetenschappelijke sites. Ik heb gezocht op Pubmed, Springerlink, Cochrane en LIMO. Hier zocht ik aan de hand van zowel Nederlandstalige als Engelstalige zoektermen zoals 'patiënteneducatie', 'patiënten informatie', 'opleiding patiënt', 'medicatie voorlichting', 'patient education', 'teaching patients', 'pill chared'. Op deze wetenschappelijke sites had ik weinig succes en krijg ik weinig informatieve of relevante literatuur. Vervolgens heb ik dezelfde zoektermen ingetypt in 'Google Scholar'. Voornamelijk uit de Engelse Zoektermen, verkreeg ik via Google Scholar de nodige informatie. Mijn oudste bron dateert van 2002.

Persoonlijk deel Eline: Voor de verdere uitwerking van de literatuur van mijn persoonlijk deel, ben ik op identieke wijze tewerk gegaan als het gezamenlijke deel van de bachelorproef. Ik heb verscheidene wetenschappelijke sites doorzocht. Namelijk: LIMO, Invert, Springerlink, Science direct en Pubmed. Ik heb enkel Engelstalige zoektermen gebruikt zoals: 'patient safety', 'nurse safety', 'self-administration of medication', 'medication errors', 'standards for medicine management', 'pill-organizer', 'medicine box', 'evaluation of self-administration of medication', 'patient satisfaction in medication'. Ik heb uiteindelijk mijn zoektocht verder gezet op Google Scholar omdat de andere wetenschappelijke sites minder toegankelijk waren. Enkel Engelstalige bronnen waren wetenschappelijk goed onderbouwd voor mijn individueel deel. Ik heb mezelf beperkt om informatie te halen uit bronnen die maximum 12 jaar oud waren.

Persoonlijk deel Lisa: Voor het uitwerken van de onderzoekslijn binnen de bachelorproef ben ik, na de goedkeuring van de directie verpleegkunde van het Heilig Hart ziekenhuis te Lier, begonnen met het opstellen van een vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte (zie bijlage) en werd opgesteld in overleg met de

directie verpleging en een stafmedewerker van het verpleegkundig departement. Na het opstellen van de vragenlijst werd deze goedgekeurd door een docent van de Thomas More hogeschool. Er werden bij dit onderzoek 4 verpleegafdelingen bevraagd, 2 heelkundige en 2 geneeskundige diensten. Alle gegevens werden verzameld in de periode tussen 24 februari en 6 maart 2014 in het Heilig Hart ziekenhuis te Lier. Informed consent werd daarbij mondeling verkregen.

3 Resultaten

3.1 Voordelen medicatie in eigen beheer

Medicatie in eigen beheer kan tal van voordelen bieden voor zowel zorgvrager als zorgverlener. Deze worden hieronder uitvoerig besproken.

3.1.1 Toename therapietrouw

De therapietrouw van de patiënt zou verbeteren indien medicatie in eigen beheer wordt gegeven. Het is bijvoorbeeld erg handig dat een patiënt zelf kan instaan voor medicatie die frequent moet worden ingenomen, daar verpleegkundigen slechts enkele malen per dag en op vaste tijdstippen medicatie ronddelen (Witterland, 2012).

Tijdens onderzoek naar de effectiviteit van het 'Self Medication Programme' (SMP) uitgevoerd in 2006 werden geen patiënten geïnitieerde medicatiefouten tijdens de studieperiode vastgesteld. Uit deze studie blijkt dus dat het SMP een effectief hulpmiddel is voor het verbeteren van therapietrouw. Samenwerking tussen verpleegkundigen, medisch personeel, apothekers, patiënten en mantelzorgers is een essentieel onderdeel voor het succes van SMP in het ziekenhuis (Grantham, McMillan, Dunn, Gassner, & Woodcock, 2006).

Onregelmatige follow-up, slechte sociale ondersteuning en complexe medicatie werden onafhankelijk geassocieerd met het niet naleven van de therapie. Geslacht en leeftijd zouden hier geen invloed hebben op hebben. Het voorschrijven van generische geneesmiddelen zou de therapietrouw eveneens niet significant doen toenemen. Wel kon worden vastgesteld dat een gebrek aan therapietrouw groter is bij patiënten die zelfstandig wonen en bij patiënten met angst (Montenegro, Luque, Auroles, Verdú, Moreno, & Correa, 2013) (Tsfay, Girma, Negash, Tesfaye, & Dehning, 2013).

Medicatie in eigen beheer geeft een significante toename van de correcte naleving van het medicatiegebruik. Dit een groot pluspunt aangezien therapieontrouw leidt tot een hogere morbiditeit en mortaliteit. Door het niet naleven van vooropgestelde medicamenteuze therapieën kunnen behandelingen falen. Dit kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid en de kwaliteit van leven. Verder leidt therapietrouw tot een opvallende vermindering van het aantal heropnames binnen de 30 dagen na ontslag en het heeft een positief effect op de patiënttevredenheid. Bij patiënten die therapieontrouw zijn stelt men een toename van het aantal medicatie gerelateerde hospitalisaties vast. Uiteraard heeft dit ook economische gevolgen. De frequentere hospitalisaties, de extra behandelingen, het mogelijke werkverzuim en dergelijke zijn allemaal gevolgen van therapieontrouw die een grote extra kost kunnen betekenen voor patiënten (Warden, Freels, Furuno, & Mackay, 2014) (Dobbels, 2003).

Therapieontrouw is een grote zorg voor de hulpverleners. Het lijkt erop dat ongeveer 30-40% van de medicatie niet genomen wordt zoals voorgeschreven. Therapieontrouw kan in grote lijnen in twee categorieën worden gesplitst. Onbedoelde therapieontrouw treedt op wanneer de intenties van de patiënt om de medicatie in te nemen gedwarsboemd worden door zaken zoals: de patiënt die niet begrijpt welke medicatie hij neemt, lichamelijke problemen, een slecht gezichtsvermogen of een verminderde motoriek. Een tweede groep is de opzettelijke therapieontrouw. Dit ontstaat wanneer de patiënt beslist om de behandeling niet volgens de vooropgestelde instructies te volgen (Petrie & Weinman, 2001).

3.1.2 Verminderde werkdruk

Een ander belangrijk voordeel van medicatie in eigen beheer is volgens de literatuur dat de werkdruk voor verpleegkundigen (voornamelijk betreffende de ontslag procedure) zal afnemen (Witterland, 2012) (Grantham, McMillan, Dunn, Gassner, & Woodcock, 2006).

3.1.3 Toename kennis

Kennis is de grootste determinant die bijdraagt tot therapietrouw. Medicatie kan namelijk pas correct worden ingenomen als de patiënt voldoende kennis heeft over het doel ervan, de dosis, de manier van inname en de belangrijke aandachtspunten. Vandaar wordt verder in dit werk bijzondere aandacht gevestigd op het belang van patiënten voorlichting en patiënteneducatie.

Uit onderzoek is gebleken dat patiënten die deelnemen aan een zelfmedicatie programma (95%) van hun medicatieschema beter naleven dan patiënten in de controlegroep (83%). Er werd eveneens vastgesteld dat 90% van de proefpersonen het doel van hun geneesmiddelen kende tegenover slecht 46% van de patiënten uit de controlegroep. Dit onderzoek toont dus aan dat zelfmedicatie programma's een effectief hulpmiddel zijn voor het verbeteren van therapietrouw bij patiënten na ontslag en voor het vergroten van de kennis omtrent de eigen geneesmiddelen (Lowe, Raynor, Courtney, Purvis, & Teale, 1995).

Bij ontslag uit het ziekenhuis zijn er af en toe moeilijkheden voor de patiënt. Vaak wordt er bij ontslag onvoldoende informatie gegeven over de te nemen medicatie en soms ontbreekt zelf een medicatieoverzicht. Als gevolg hiervan weten zij vaak niet welke geneesmiddelen ze momenteel gebruiken en welke er gestopt zijn. Daarnaast gebeurt het ook dat bij ontslag geen medicatie wordt meegegeven om de avond of het weekend te overbruggen (Berends, 2013). Dit zijn opnieuw twee problemen die volgens ons met medicatie in eigen beheer grotendeels kunnen worden voorkomen. Bij het toepassen hiervan vergroot namelijk de kennis van de patiënt waardoor hij beter met zijn medicatie omgaat en beter is voorbereid op ontslag.

Tijdens een onderzoek (Grantham, McMillan, Dunn, Gassner, & Woodcock, 2006) werd de effectiviteit van een zelfmedicatie programma (SMP) voor opgenomen patiënten geëvalueerd. Hierbij gaven de verpleegkundigen over het algemeen aan dat het SMP hun kennis van medicijnen verhoogde en dat het bijdraagt aan een effectief patiëntonderwijs.

3.1.4 Patiënttevredenheid

Het krijgen van duidelijke informatie over de ontslagmedicatie en deze nadien kunnen nalezen, heeft positief effect op de tevredenheid van de patiënt (Warden, Freels, Furuno, & Mackay, 2014).

3.1.5 Stimulatie zelfzorg

Door patiënten zelf verantwoordelijkheid te geven over de correcte inname van hun geneesmiddelen wordt de zelfzorg gestimuleerd. Patiënten zijn hierdoor zelfstandiger (Davis, et al., 2002).

3.2 Nadelen medicatie in eigen beheer

Het grote nadeel voor verpleegkundigen is dat zij hoe dan ook eindverantwoordelijke blijven voor de toediening en het beheer van de medicatie. Volgens onderzoek gevoerd door Witterland is medicatie in eigen beheer zeer risicovol. Verpleegkundigen verliezen een gevoel van controle en zekerheid. Toch zou medicatie in eigen beheer volgens dit artikel mogelijk zijn, mits duidelijke regels. Zowel de artsen, de verpleegkundigen als de patiënten dienen op de hoogte te worden gebracht van het te volgen protocol om medicatie succesvol en veilig in zelfbeheer te kunnen geven (Witterland, 2012).

3.3 Aandachtspunten bij medicatie in eigen beheer

Een eerste belangrijk punt is het multidisciplinair werken. Wanneer de apotheker gedurende de ziekenhuisopname mee binnen het multidisciplinaire team werkte om de medicamenteuze behandeling op te volgen en aanbevelingen te doen, werd een significante toename van de naleving van het medicatiegebruik opgemerkt. Tijdens de uitwerking van dit onderzoek kwam het belang van het op punt stellen van de ontslagmedicatie duidelijk aan bod en kreeg de patiënt een volledige lijst met zijn ontslagmedicatie mee naar huis (Warden, Freels, Furuno, & Mackay, 2014).

Daarnaast moeten personen aan bepaalde voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor het zelf beheren van hun medicatie. Het gaat hierbij o.a. het onderzoeken van de functionele, sensorische en cognitieve beperkingen. Dit is van cruciaal belang en zou deel moeten uitmaken van de standaardscreening. Op die manier kunnen barrières voor een correct medicatiemanagement tijdig ontdekt worden. Deze voorwaarden worden verder in het werk bij het Elisa model uitgewerkt (Dobbels, 2003).

Een laatste aandachtspunt zijn de tijdstippen voor de inname van medicatie. Er moet daarbij rekening gehouden worden met het tijdstip van de maaltijden (bepaalde medicatie moet nuchter worden ingenomen, anderen dan weer tijdens de maaltijden) en met de inname van andere medicatie (oplettend voor de compatibiliteit en halfwaardetijd van verschillende geneesmiddelen). Verder moet tijdens het aanleren van het zelfmedicatieproces in acht genomen worden dat er een verschil bestaat tussen het gebruik van vaste, dagelijkse dosissen en variabele dosage van medicatie. Met variabele dosages wordt bedoeld dat de toegediende dosages regelmatig veranderen. Hier denken we bijvoorbeeld aan een afbouwkuur van cortisone en aan het toedienen van insuline afhankelijk van de bloedsuikerspiegel. De patiënt moet betrokken worden bij de beslissing om zijn medicatie in eigen beheer te houden en moet een informed consent geven voor het nemen van de verantwoordelijkheid. Indien medicatie in eigen beheer wordt toegepast moet dit vermeld worden in het patiëntendossier. Het geven van de kans om medicatie in eigen beheer toe te staan in een ziekenhuissetting kan enkel met de nodige educatie en aanmoediging van de verpleegkundigen. Dit vergroot het vertrouwen en de competenties van de patiënt (Davis, et al., 2002).

3.4 Het Elisa model

Het Elisa model is een door ons zelf ontwikkeld instrument om medicatie in eigen beheer in de ziekenhuissetting mogelijk te maken. We hebben dit ontwikkeld omdat we in de literatuur geen bestaand schema konden terugvinden. De naam is ontstaan door onze voornamen samen te voegen in een makkelijke, vlot klinkende naam. We hebben eveneens geen bestaand model gevonden met een gelijkaardige naam. Het model is tot stand gekomen door bevindingen uit de literatuur. Aanvullend hierop hebben we nagedacht over welke zaken we zelf belangrijk achten.

Op die manier hebben we onderstaand schema opgesteld, waar verpleegkundigen gebruik van zouden kunnen maken op de werkvloer.

Hieronder volgt eerst een overzicht van de 5 stappen die moeten worden overlopen om via het Elisa model aan medicatie in eigen beheer te doen. Deze stappen worden verder in dit werk uitvoerig besproken.

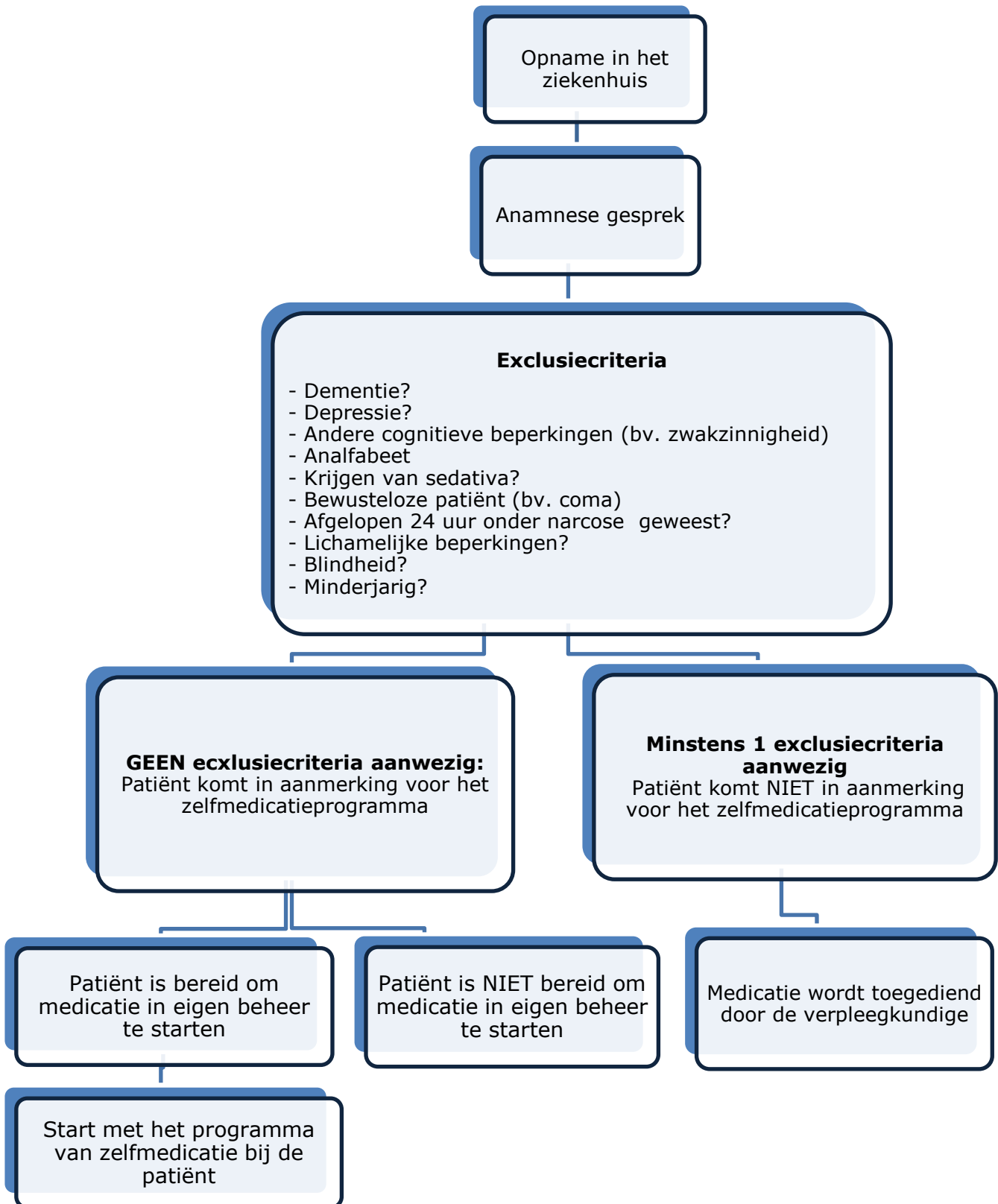


Figuur 1: Elisa model

3.4.1 Stap 1 Elisa model

Wanneer een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis gaan we door middel van een anamnese achterhalen of de patiënt in aanmerking komt voor medicatie in eigen beheer. De anamneselijst is niet ter vervanging van een verpleegkundige anamnese, deze dient namelijk eerst afgenomen te worden. Om te achterhalen of de patiënt al dan niet in aanmerking komt, gaan we mondeling een vragenlijst afnemen om zo de competenties van de patiënt te toetsen.

Hieronder staat in schematische vorm weergegeven wat er tijdens het anamnese gesprek bevraagd moet worden. Nadien volgt uitleg over waarom nu net deze zaken van belang zijn en over hoe we dit concreet aanpakken.



Figuur 2: stap 1 Elisa model

Exclusiecriteria zelfmedicatieprogramma:

1. Leeftijd

Indien de patiënt 65 jaar of ouder is dient er eerst een Mini Mental State Exam (MMSE) uitgevoerd te worden om zo (vroegtijdige) dementie vast te stellen. De MMSE (zie bijlage) is een screeningsinstrument waarmee een algemene indruk van het cognitief functioneren bij ouderen wordt verkregen. Deze test dient te worden uitgevoerd door een ergotherapeut. Wij kiezen hierbij voor een ergotherapeut omdat het afnemen van dergelijke testen in hun takenpakket past en omdat op die manier medicatie in eigen beheer een meer multidisciplinaire aanpak krijgt. Leeftijd is voor ons geen exclusiecriteria, dementie is dat wel. Ondanks dat cognitieve achteruitgang vaak hand in hand gaat met ouder worden is het fout te veronderstellen dat bejaarde patiënten minder therapietrouw zijn. Uit onderzoek blijkt namelijk dat er geen overeenkomstige leeftijdsgebonden afname is in therapietrouw. Zelfs het tegendeel bleek waar. Oudere patiënten (55 tot 84 jaar) bleken meer therapietrouw te zijn dan jongere patiënten (34 tot 54 jaar). Van de oudere groep waren 47% van de patiënten therapietrouw, tegenover slechts 28% uit de jongere groep. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is dat oudere patiënten vaak waakzamer zijn over hun gezondheid (Park, Hertzog, & Leventhal, 1999).

2. Depressie

Depressie dient uitgesloten te worden aangezien dit een absolute contra-indicatie is voor medicatie in eigen beheer. Het medicatieschema dient nagekeken te worden op gebruik van antidepressiva, hierbij maak wordt best gebruik gemaakt van het geneesmiddelencompendium uitgegeven door het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie). Indien de patiënt geen antidepressiva inneemt maar wel een depressieve indruk geeft, dient een psycholoog geconsulteerd te worden. Na een verkennend gesprek kan daarna interdisciplinair worden besproken of de patiënt al dan niet in aanmerking komt om zijn of haar medicatie zelf te beheren.

3. Cognitieve beperkingen

Indien er vermoeden en/of bevestiging is van mentale retardatie komen deze patiënten niet in aanmerking. Therapietrouw is een cognitief veeleisende taak. De patiënt moet de instructies begrijpen, hij moet de informatie kunnen onthouden en dit kunnen opslaan in zijn langetermijngeheugen (Dobbels, 2003) (Davis, et al., 2002).

4. Analfabeet

Patiënten die analfabeet zijn, zijn niet in staat om bijsluiters, brochures en medicatieschema's te lezen. Hierdoor komen zij niet in aanmerking om hun medicatie zelfstandig te beheren. We gaan dit nagaan door de patiënt luidop 5 zinnen te laten voorlezen van een bijsluiters. Nadien vragen we een samenvatting van wat ze gelezen hebben, om na te gaan of deze informatie onthouden en begrepen is (Davis, et al., 2002).

5. Krijgen van sedativa

Door het remmend effect van sedativa op de hersenen kunnen bijwerkingen zoals versuffing, stemmingsveranderingen, hallucinaties, verwardheid, gezichtsstoornissen voorkomen. Bij hoge dosissen kan er een verminderd geestelijk en motorische vermogen optreden. Het geheel van deze bijwerkingen geven een negatief effect op een optimaal verloop van medicatie in eigen beheer ((BCFI), 2012).

6. Bewusteloze patiënt: coma.

7. Afgelopen 24u onder narcose geweest

Afhankelijk van de gebruikte middelen en de reactie van het lichaam hierop duurt het een bepaalde tijd voor de anesthesiemiddelen uit het lichaam zijn verdwenen. Gedurende deze tijd kunnen de patiënten last hebben van een suf, slaperig gevoel en concentratieproblemen. Om deze redenen zijn ze niet in staat hun medicatie in eigen beheer te hebben (Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), 2014). Uit onderzoek blijkt dat patiënten, indien zij hun medicatie zelf bewaren in een opbergkastje, zij preoperatief zelf kunnen instaan voor hun medicatie. Er moet dan wel duidelijke informatie worden gegeven over welke medicamenten er de dag van de operatie wel en niet moeten worden ingenomen. Deze informatie kan door verpleegkundigen worden gegeven in overleg met de arts. Vanaf wanneer de patiënt niet langer medicatie per os mag nemen (nuchter), dient hij de sleutel van het medicatiekastje af te geven aan de verpleging. De patiënt krijgt 24 uur na de operatie, wanneer hij terug in staat is om zijn medicatie zelf te beheren, de sleutel terug (Glenn & Daniel , 2013).

8. Lichamelijke beperkingen

Onder lichamelijke beperkingen valt alles waardoor personen niet meer in staat zijn hun medicatieverpakkingen te openen, hun medicatie correct in te nemen en deze veilig te bewaren. Lichamelijke (sensorische- en functionele-) beperkingen zijn een exclusiecriteria omdat ze therapietrouw negatief kunnen beïnvloeden. Zo kunnen mensen bijvoorbeeld moeilijkheden ondervinden bij het gebruiken van inhalatiepuffs, oogdruppels of bij het openen van bepaalde verpakkingen. Indien er twijfel is over de mogelijkheid om dit correct uit te voeren geef je de patiënt een medicatieverpakking. Indien zij dit vlot kunnen openen, innemen en kunnen opbergen op een daarvoor geschikte plaats, komen zij in aanmerking voor medicatie in eigen beheer (Dobbels, 2003) (Davis, et al., 2002).

9. Blindheid en verminderd zicht

Instructies omtrent medicatiegebruik niet kunnen begrijpen of labels niet kunnen lezen omwille van doofheid of blindheid kunnen grote hinderpalen zijn (Dobbels, 2003).

10. Minderjarig

Deze groep personen komt niet in aanmerking omdat uit de literatuur is gebleken dat zij in mindere mate therapietrouw zijn. Verder zien wij dit ook niet als een optie omdat toestemming van de ouders steeds vereist is (Dobbels, 2003).

Stap 2 en 3 worden verder uitgewerkt in het individueel deel van Isabeau Huyge. Stap 4 en 5 worden behandeld in het individueel onderdeel van Eline Vanhoof.

3.5 Individueel deel Isabeau Huyge

In dit onderdeel wordt besproken hoe in stap 2 van het Elisa model een medicatieschema opgesteld wordt. Welke informatie omtrent medicatiegebruik de patiënt moet krijgen om medicatie in zelfbeheer te kunnen uitvoeren, tijdens en na een ziekenhuisopname. Ten slotte wordt bekeken hoe in stap 3 van het Elisa Model het voorlichtingsgesprek met de patiënt zal verlopen en op welke manier deze informatie bij voorkeur meegedeeld wordt.

3.5.1 Stap 2 Elisa model: Het medicatieschema

Na het overlopen van de eerste stap in het Elisa model, waarin achterhaald wordt of de patiënt voldoet aan de nodige criteria en bereid is om zijn medicatie in eigen beheer te nemen, kunnen we overgaan naar de volgende stap. Deze omvat het opstellen van een overzichtelijk schema dat de patiënt kan volgen.

Het medicatieschema is een visueel en makkelijk te begrijpen instrument voor de patiënt. Hierop worden duidelijke instructies vermeld over elk medicijn dat de patiënt inneemt tijdens zijn ziekenhuisopname. Aan de hand van deze instructies zal de patiënt de juiste medicatie, in de juiste dosis en op het juiste tijdstip zelfstandig kunnen innemen (Jacobson, Kripalani, Gazmararian, & McMorris, 2008).

Vooraleer het medicatieschema wordt opgesteld, dient de verpleegkundige eerst de medicatie van de patiënt te organiseren en te achterhalen welke medicatie de patiënt dient in te nemen (Jacobson, Kripalani, Gazmararian, & McMorris, 2008). De medicatie die toegepast zal worden in het zelfmedicatieprogramma, dient voorgeschreven te worden door de behandelende arts (Bewley, et al., 2010). Eens de verpleegkundige weet welke medicatie de patiënt inneemt, kan een medicatieschema opgesteld worden. Het doel van dit schema is tweedelig. Het gaat hierbij om het voorkomen van medicatiefouten en om het zelfstandig beheren en innemen van de medicatie.

Een medicatieschema moet geschreven instructies bevatten over de in te nemen geneesmiddelen, inclusief de in te nemen dosis, de toedieningswijze, de frequentie van inname, vaak voorkomende bijwerkingen en specifieke aandachtspunten van de medicatie. Het medicatieschema kan niet gelijk gesteld worden aan een voorschrift van de arts, maar is een begeleidend document voor het zelfstandig innemen van medicatie in het ziekenhuis (Bewley, et al., 2010). Wanneer medicatie wordt voorgeschreven door de arts die 'zo nodig' ingenomen mag worden, dient de verpleegkundige eerst na te gaan of de patiënt begrijpt wat dit inhoudt, wanneer hij deze medicatie mag innemen, de frequentie en de dosis van de medicatie. De 'zo nodig' medicatie zal mee opgenomen worden in het medicatieschema van de patiënt met een maximale frequentie en dosis die ingenomen mag worden in vierentwintig uur (Allen & Blachard, 2013).

Om de correctheid te garanderen, dient het schema te worden ondertekend door de behandelende en voorschrijvende arts (Bewley, et al., 2010). Dergelijk medicatieschema wordt tijdens het voorlichtingsgesprek met de patiënt grondig overlopen.

Een medicatieschema opstellen:

Tabel 1: Medicatieschema

Medicatie	"wit product"	Hoeveelheid	Uur	Werking/ indicatie	Bijwerking	Aandachtspunt
Dafalgan® 500 mg	Paracetamol 500 mg	1 tablet 4 x per dag	8u 12u 16u 20u	Verlicht pijn en koorts	Zelden	- Minstens 4 uur tussen 2 tabletten
Augmentin® 500 mg	Amoxiclav 500 mg	1 tablet 2 x per dag	8u 17u	Behandeling van bacteriële infectie	- Maaglast - Diarree	- Tijdens de maaltijd - Doos volledig uit te nemen
Pantozol® 20 mg	Pantomed 20 mg	1 tabel 1 x per dag	8u	Maagbescher mer Verlichting maaglasten	Zelden	- 30 min voor de maaltijd
Lysomucil® 600 mg Bruistablet	Acetylcysteïne 600 mg Bruistablet	1 tablet 1 x per dag	8u	Oplossen van slijmen	Zelden	In te nemen in een half glas water
Amlor® 5 mg	Amlodipine 5 mg	1 tablet 1 x per dag	8u	Behandeling van hoge bloeddruk Behandeling van pijn op de borst	Begin: Hoofdpijn Duizeligheid	U mag geen pompelmoes eten en geen pompelmoes sap drinken als u Amlor gebruik → geeft enorme bloeddrukval

Bovenstaande tabel is een voorbeeld hoe het medicatieschema opgemaakt kan worden. Het schema is steeds individueel opgesteld per patiënt.

In de eerste en de tweede kolom worden zowel de merknaam als de generische naam van een geneesmiddel weergegeven. Zo kan de patiënt zijn medicatie snel terugvinden ongeacht of hij merk- of generische producten gebruikt. In de derde kolom wordt steeds weergegeven hoeveel tabletten per dag of per inname dienen ingenomen te worden.

In de vierde kolom wordt het tijdstip vermeld, wanneer de medicatie ingenomen moet worden. Het tijdstip dient steeds vermeld te zijn om te voorkomen dat de patiënt te vroeg of te laat de volgende dosis inneemt. Wanneer de patiënt zijn medicatie te vroeg inneemt, kan de dosis in het bloed te hoog stijgen, waardoor de patiënt eventuele bijwerkingen kan ervaren. Wanneer de patiënt zijn medicatie te laat inneemt, kan het zijn dat de medicatie minder effectief is, en zoals bijvoorbeeld bij pijn, zullen zo pijnpieken niet onderdrukt worden waardoor de patiënt meer pijn zal ervaren. Aan deze kolom zal tijdens het voorlichtingsgesprek extra aandacht besteed worden, om het belang van de inname op het juiste tijdstip te benadrukken.

In de vijfde kolom wordt de werking weergegeven van het gebruikte medicijn. Zo kent de patiënt de indicatie waarom hij/zij bepaalde medicijnen dient in te nemen. Tevens kan dit een belangrijk gegeven zijn zodat de patiënt zichzelf evalueert en de communicatie naar het zorgteam verbetert. Wanneer de patiënt de indicatie van een bepaald medicijn kent, kan hij bij zichzelf nagaan of het medicijn nog steeds geïndiceerd is. Bijvoorbeeld Dafalgan® wordt aan een patiënt voorgeschreven voor de verlichting van pijn. Wanneer de patiënt weet dat hij dit medicament dient in te nemen om de pijn te verlichten, kan hij ook nagaan of de medicijnen nog steeds van toepassing zijn na enige tijd.

Zo kan de patiënt melden aan de arts of verpleegkundige dat hij geen pijn meer heeft, hierdoor kan het zorgteam de behandeling met Dafalgan® herevalueren of deze nog steeds van toepassing is. Zo kan men vermijden dat bepaalde medicatie onnodig wordt toegediend met kans op eventuele nevenwerkingen. Dit verbetert het ziekte-inzicht van de patiënt, de openheid en de communicatie naar het zorgteam toe.

In de zesde kolom staan eventuele bijwerkingen vermeld die de patiënt kan ervaren tijdens het gebruik van een bepaald medicijn. Als de patiënt inzicht heeft in deze bijwerkingen, kunnen deze opgemerkt worden door de patiënt en vervolgens gemeld worden. Zo kan het team naar een oplossing zoeken, zoals het stoppen van de behandeling of de toevoeging van nieuwe medicijnen om de bijwerkingen te behandelen.

In de zevende kolom staan steeds specifieke aandachtspunten vermeld. Deze kunnen van belang zijn bij de werking van een bepaald medicijn en moeten nauw opgevolgd en uitgevoerd worden door de patiënt. In deze tabel kunnen vermeldingen staan geschreven zoals het bewaren van bepaalde medicatie. Zo dient bijvoorbeeld insuline in de ijskast bewaard te worden. Ook kan vermeld worden of bepaalde medicatie tijdens, voor of na de maaltijd dient ingenomen te worden. Elk medicijn kent zo zijn specifieke aandachtspunten. Deze dienen zeker vermeld te worden in het medicatieschema van de patiënt zodat deze zijn medicatie in eigenbeheer kan innemen zonder enige fouten.

3.5.2 Stap 3 Elisa model: Het voorlichtingsgesprek

Deze stap in het Elisa model bevat alle handelingen die de verpleegkundige zal uitvoeren om er voor te zorgen dat de patiënt voldoende informatie verkrijgt en de nodige handelingen aanleert om medicatie in eigen beheer te kunnen starten. Tevens wordt ook een folder opgesteld die zowel tijdens als na de voorlichting, door de patiënt grondig kan worden doorgenomen. Kort gezegd zal tijdens deze fase een voorlichtingsgesprek plaatsvinden tussen zorgverlener en zorgvrager.

3.5.2.1 Definiëring voorlichtingsgesprek

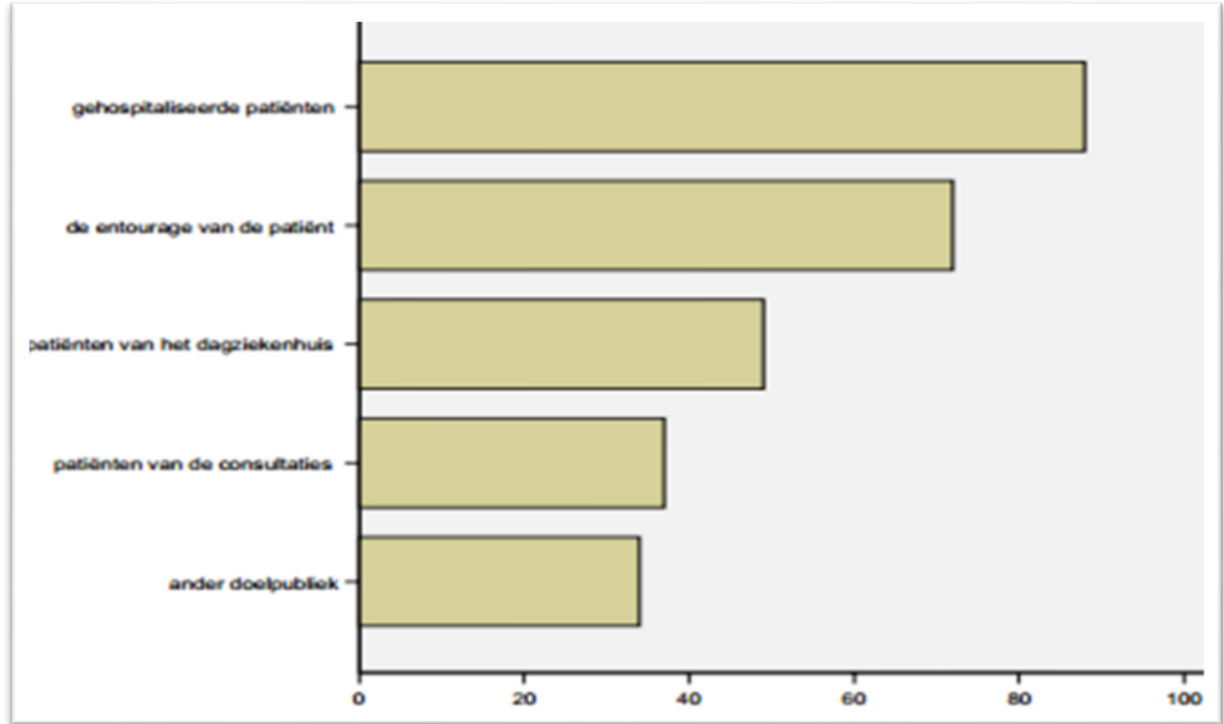
Patiënteneducatie wordt omschreven als het begeleiden en leiden van patiënten gedurende een leerproces voor het betere beheer van zijn ziekte. De patiënteneducatie wordt meer gezien als een geheel van gestructureerde benaderingswijze, aangepast aan elke patiënt. Deze benaderingswijzen worden weerspiegeld in termen van cognitieve, gedrag gebonden en psychomotorische doelen, anders gezegd in termen van kennis, vaardigheden en levenskunst (Thomas, 2004). Patiëntenvoorlichting is mogelijk in meerdere settingen zoals onder meer in het ziekenhuis, het rust- of verzorgingstehuis, bij de apotheek of door de huisarts. Tevens kan voorlichting op meerdere manieren tot stand komen, bijvoorbeeld mondeling of schriftelijk, individueel of in groepsverband (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Zelfbeheer is een term die toegepast wordt in educatieve programma's, gericht op het aanleren van vaardigheden die noodzakelijk zijn om medicatie in eigen beheer te nemen. Aan de hand van informatieve en praktijkgerichte gesprekken wordt er geopteerd het gedrag en de emoties van de patiënt die betrekking hebben tot hun ziektebeeld te veranderen (Effing, et al., 2007).

3.5.2.2 Problematiek bij voorlichtingsgesprekken in het ziekenhuis

In onderstaande tabel is op te merken dat het voorlichtingsgesprek voornamelijk (90%) uitgevoerd wordt bij gehospitaliseerde patiënten. Doch blijkt het uitvoeren van een correct voorlichtingsgesprek niet zo evident. Zowel patiënt als verpleegkundige ondervinden hier heel wat problemen, die door een andere aanpak eventueel zouden kunnen worden opgelost (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Tabel 2: Doelpubliek voorlichting (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007)



Patiënten ervaren vaak knelpunten in de voorlichting. Die kunnen van praktische aard zijn, zoals tijdsgebrek of onvoldoende aanvulling tussen zorgverleners. Informatie is dan tegenstrijdig of relevante informatie ontbreekt. De informatie is deels ongevraagd en niet altijd afgestemd op de persoonlijke situatie. Tot slot bestaat het probleem van de grote hoeveelheid informatie. De patiënt kan niet altijd alle informatie (tegelijk) in zich opnemen en hij kan met vragen zitten die niet gesteld of beantwoord werden. Een patiënt die is opgenomen, heeft kort voor ontslag vaak meer vragen dan daarvoor. Soms realiseert de patiënt zich dat pas na afloop van het gesprek of als hij weer thuis is na een verblijf in het ziekenhuis. Deze gebreken in de voorlichting kunnen aanleiding geven tot het falen van het zelfmedicatieprogramma met medicatiefouten als gevolg (Tarra, van Mechelen-Gevers, & van der Burgt, 2010).

Uit studies, uitgevoerd door Alper, O'Malley, Greenwald, Aronson, & Sokol in 2012, blijkt dat regelmatige herhaling van voorlichtingsgesprekken met betrekking tot het medicatiegebruik van de patiënt geassocieerd wordt met een vermindering van actuele en potentiële medicatiefouten. Uit een observationele studie bleek dat de meerderheid van de patiënten die ontslagen werden uit het ziekenhuis geen of weinig kennis hadden omtrent hun medicatie, die al dan niet aangepast werden tijdens de opname. Tijdens het ontslag werd kort het medicatieschema met de patiënt overlopen, zonder dat een voorlichtingsgesprek tijdens de opname of voor het ontslag plaats vond (Alper, O'Malley, Greenwald, Aronson, & Sokol, 2014).

Volgens Effing (2007) werden al een aantal problemen aangehaald, gerelateerd aan inadequate of ontoereikende informatie gedurende een ziekenhuisverblijf. Gezondheidsprofessionelen zijn soms geneigd in hun patiëntencontacten een complexe terminologie te gebruiken die patiënten niet begrijpen. In andere gevallen is de informatie die patiënten krijgen ontoereikend. Om actief aan hun noden tegemoet te komen, halen patiënten dikwijls hun informatie uit verschillende bronnen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het internet als informatiekanaal (Effing, et al., 2007).

Om fouten in het zelfmedicatieprogramma te voorkomen is een correct en volledig voorlichtingsgesprek van groot belang. Het voorkomen van fouten tijdens deze voorlichtingsgesprekken is daarom niet verwaarloosbaar.

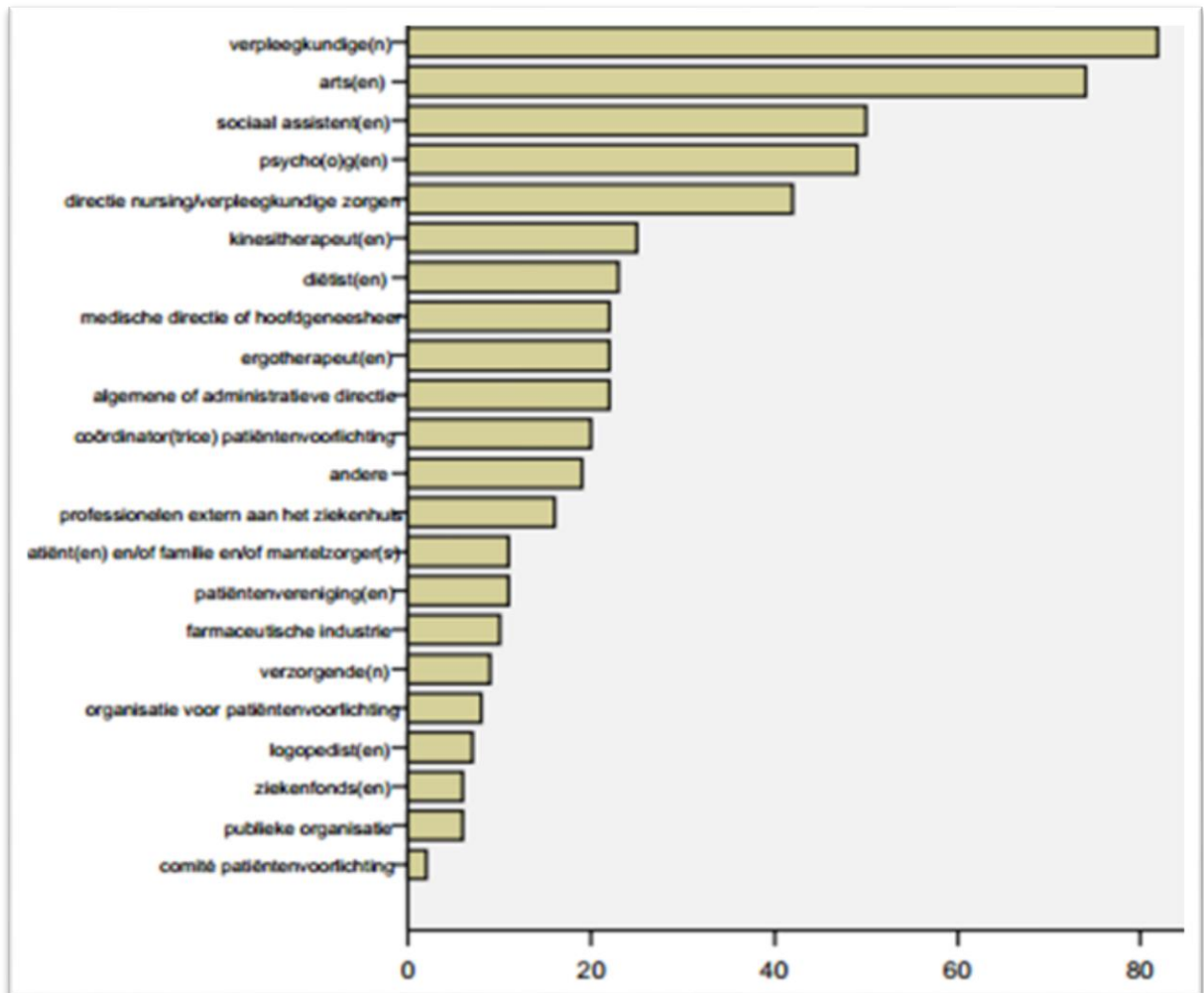
3.5.2.3 Het voorlichtingsgesprek

Eigen beheer van medicatie is een essentieel deel in het succesvol behandelen van patiënten. Uit allerlei onderzoeken en reviews is gebleken dat patiëntenvoorlichting daadwerkelijk efficiënt is. Hieruit is eveneens gebleken dat het verschaffen van kennis en informatie alleen niet voldoende is om eigen beheer van medicatie aan te leren. De focus moet eveneens gericht zijn op vaardigheden en gedrag (Meng, et al., 2013). Het uitvoeren van een effectief en informatief voorlichtingsgesprek is een essentieel onderdeel om succes van het zelfmedicatieprogramma te garanderen.

Het geven van voorlichting hoort integraal tot de dagelijkse activiteiten van medici en paramedici. Patiëntenvoorlichting is een belangrijk element in het verpleegkundig handelen. Opname in het ziekenhuis wordt vaak veroorzaakt door een tekort in het opnemen van de zorg voor eigen gezondheidszorg. Dit tekort kan veroorzaakt worden door verschillende interne en externe factoren, zoals bijvoorbeeld een acuut lichamelijk letsel, een negatief evoluerend ziektebeeld en zo meer. Vaak wordt hierdoor de zorg voor de gezondheid overgenomen door professionele hulpverleners (Christelijke Mutualiteit, 1997). Het in staat zijn medicatie in eigen beheer te nemen vergroot het zelfzorgvermogen van de patiënt ten opzichte van de zorgverleners tijdens een ziekenhuisopname (Glinn & Daniel, 2013).

Elke patiënt dient als een individu benaderd en behandeld te worden. Zo krijgt elke patiënt een persoonlijke aanpak tijdens het voorlichtingsgesprek. Voorlichting op maat, aangepast aan de educatieve behoefte van de individuele patiënt. Elke patiënt dient geïnformeerd te worden over het correct gebruik van zijn medicatie tijdens het zelfmedicatieprogramma (Allen & Blachard, 2013). Uit de resultaten in onderstaande tabel 3, blijkt dat verpleegkundige en artsen de voornaamste disciplines zijn die het voorlichtingsgesprek uitvoeren (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Tabel 3: Voorlichtingsgesprek door verschillende disciplines (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007)



De wet op patiëntenrechten van 2002 bepaalt onder meer dat de patiënt het recht heeft op alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie hiervan. Deze informatie heeft bijvoorbeeld betrekking op de diagnose en het toekomstige wenselijke gedrag. Om op een geïnformeerde manier te kunnen toestemmen dient informatie te worden verleend over het doel, de aard, de graad van urgentie, de frequentie van de behandeling, de tegenaanwijzingen, nevenwerkingen, relevante risico's en financiële gevolgen. Hierbij dient eveneens te worden opgemerkt dat de manier waarop deze informatie wordt verstrekt zal worden aangepast aan de individuele patiënt. De communicatie met de patiënt dient met andere woorden te gebeuren in een voor de patiënt duidelijke en begrijpelijke taal (Schoonacker & Prof. Dr. Louckx, 2007).

Tijdens het voorlichtingsgesprek wordt de patiënt bewust gemaakt van zijn ziekteproces en de potentiële of actuele behandelingsmogelijkheden. Voorlichting is een essentieel en niet te onderschatten onderdeel van het zelfmedicatieprogramma. Patiënten die hier aan deelnemen hebben verscheidene ethische en socio-economische achtergronden. Hierdoor hebben ze vaak een andere kijk op hun behandeling. Hier gaan eveneens andere prioriteiten tijdens hun behandeling mee gepaard. Het is belangrijk om als verpleegkundige open te staan voor deze verschillen, in discussie te gaan en te achterhalen wat de verwachtingen en de noden zijn van de patiënt (Ward, 2011).

Patiëntenvoorlichting bestaat uit verschillende onderdelen die als gezamenlijk doel hebben de patiënt zijn medicatie in eigen beheer te kunnen geven. Voor en na het voorlichtingsgesprek wordt de kennis van de patiënt getest die betrekking heeft tot zijn behandeling en het innemen van zijn medicatie (Nettles, 2005).

Onderstaande onderdelen zijn van belang voor een succesvolle en effectieve voorlichting, en zullen er voor zorgen dat het zelfmedicatieprogramma met succes kan plaatsvinden:

- Patiënten informatie
- Patiënten instructie
- Patiënten begeleiding

1. Patiënten informatie:

Het accent ligt op het inhoudsaspect: het geven van feitelijke informatie die relevant en/of effectief is voor de patiënt en betrekking heeft op de ziekte, de behandeling of de verzorging (Waldmann, 2008). Het doel van de patiëntenvoorlichting is de patiënt informatie verschaffen zodat hij de zin van een behandeling inziet. Op basis daarvan kan hij ook een beslissing nemen over het wel of niet instemmen met het door de hulpverlener voorgestelde onderzoek of behandeling. Als de patiënt weet wat er van hem verwacht wordt en hij ook de zin van de behandeling inziet, zal hij optimaal kunnen meewerken (Deenen, et al., 2002).

Tijdens de voorlichting zal informatie verstrekt worden over het gebruik en de indicatie van de medicatie, de toe te dienen dosis, de frequentie van inname, de toedieningswijze en eventuele bijwerkingen over elke individueel medicijn. Daarbij zal gebruik gemaakt worden van het medicatieschema. Elke kolom wordt door de verpleegkundige systematisch overlopen met de patiënt. Ook zullen vaardigheden aangeleerd worden om medicatie in eigenbeheer zo verantwoordelijk en veilig mogelijk te laten verlopen. Het voorlichtingsgesprek dient plaats te vinden vooraleer de patiënt medicatie in eigenbeheer toepast (Grover & Younes, 2004).

Gedurende de ziekenhuisopname zullen veranderingen zoals het staken of het opstarten van bepaalde medicijnen of veranderingen in dosis steeds gemeld worden aan de patiënt. Eventueel vindt een nieuw voorlichtingsgesprek plaats om deze veranderingen te belichten, zodat de patiënt deze veranderingen tot zich kan opnemen en zo het zelfmedicatie programma kan verder zetten (Allen & Blachard, 2013).

2. Patiënten instructie:

Het accent ligt op het overdrachtsaspect: het geven van concrete richtlijnen en voorschriften die de patiënt moet opvolgen ten behoeve van onderzoek, de behandeling en het genezingsproces (Waldmann, 2008).

Demonstratie is mede een effectieve manier om de patiënt de nodige technieken en vaardigheden te leren om medicatie in eigen beheer te nemen. Zo zal de verpleegkundige voordoen hoe de patiënt een bepaalde taak moet uitvoeren. Zo kan bijvoorbeeld de verpleegkundige demonstreren hoe een insulinepen gehanteerd moet worden of hoe bepaalde medicatie ingenomen moet worden. Het aanleren van dergelijke vaardigheden verzekert dat de patiënt voldoende competenties en kennis bevat om met het zelfmedicatieprogramma te starten (Warden, Freels, Furuno, & Mackay, 2014). Nadat de verpleegkundige allerlei vaardigheden aan de patiënt heeft getoond, wordt verwacht dat de patiënt in staat is om zelf deze vaardigheden in te oefenen of te tonen. Zo worden tevens de psychomotorische vaardigheden van de patiënt nagegaan zodat medicatie in eigen beheer op een verantwoorde en veilige manier kan plaatsvinden tijdens de ziekenhuisopname (Nettles, 2005) (Allen & Blachard, 2013).

Hoe correcter het gewenste gedrag is geformuleerd, des te beter weet een patiënt wat hij gaat doen of wat van hem gevraagd wordt. Dat vergroot de kans op slagen. Bijvoorbeeld meedelen dat het medicament een kwartier voor elke maaltijd met water ingenomen moeten worden is concreter dan te spreken over driemaal daags een tablet (Tarra, van Mechelen-Gevers, & vander Burgt, 2010).

3. Patiënten begeleiding:

Het accent ligt op de humanitaire doelstelling: het emotioneel steunen en opvangen van de patiënt, zodat hij zijn ziekte en de gevolgen daarvan zo goed mogelijk kan accepteren en verwerken (Waldmann, 2008). Het verminderen van angst en onzekerheid alsmede het geven van ondersteuning, behoort tot de begeleiding (Deenen, et al., 2002).

Om zo efficiënt mogelijk het zelfmedicatieprogramma uit te voeren is het van belang regelmatige evaluaties uit te voeren die betrekking hebben op de kennis en het kunnen van de patiënt en zijn medicatie. Zo kan tevens nagegaan worden of de kennisoverdracht efficiënt is verlopen. Tijdens deze evaluaties worden aan de patiënt simpele vragen gesteld met betrekking tot hun medicatiegebruik (Alper, O'Malley, Greenwald, Aronson, & Sokol, 2014).

De verpleegkundige zal na het voorlichtingsgesprek of tijdens het zelfmedicatieprogramma de patiënt bevragen naar de naam van de in te nemen medicatie, de indicatie, dosis en frequentie. Ook zal zij/hij vragen naar specifieke aandachtspunten en eventuele bijwerkingen. Zo wordt achterhaald of er eventuele bijkomende voorlichtingsgesprekken dienen plaats te vinden (Allen & Blachard, 2013). Ook kunnen demonstraties uitgevoerd worden zoals het inspuiten van insuline, om na te gaan of de patiënt de techniek voldoende onder de knie heeft. Ten slotte kan gevraagd worden om de bloeddruk, bloedglucose, gewicht en zo meer te meten om na te gaan of de medicatie correct is ingenomen (Ward, 2011).

3.5.2.4 Methoden en middelen patiëntenvoorlichting

De hulpverlener dient mondelinge informatie te geven als voorlichting. De verpleegkundige moet voldoende kennis hebben over het onderwerp en zo de kennis van de patiënt zoveel mogelijk aanvullen. Verder is een vertrouwensrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt belangrijk. De voorlichting moet in begrijpelijke taal gebracht worden en geen medisch vakjargon bevatten. Ook moet de boodschap eenduidig zijn zodat er bij de patiënt geen verwarring ontstaat. De hoeveelheid informatie die aangeboden wordt, mag niet te groot zijn en moet zo nodig herhaald worden. Belangrijk hierbij is dat er voldoende tijd is voor het geven van de voorlichting (Deenen, et al., 2002).

Naast de gekregen voorlichting van de hulpverlener, verstrekt men vaak ook nog informatie via folders. De voorlichting die wordt gegeven aan de hand van een folder heeft een aanvullend en ondersteunend karakter. Deze schriftelijke informatie kan desnoods na het gesprek rustig doorgelezen worden. Naast folders bestaan er ook nog brochures en tijdschriftartikelen (Deenen, et al., 2002).

Uit onderzoek blijkt dat patiënten over een bepaalde periode gemiddeld slechts een beperkt deel van de gekregen informatie onthouden. Ze onthouden slechts 10% van wat ze lezen, 20% van wat ze horen, 30% van wat ze zien, 55% bij een combinatie van zien en horen en 90% van wat de patiënt in eigen woorden kan herhalen en het geleerde tegelijkertijd kan demonstreren of uitvoeren (Waldmann, 2008).

Naast verbale informatie en demonstratie zal ook gebruik gemaakt worden van geschreven materiaal (medicatieschema en folder). Geschreven informatie geeft vaak een duidelijk en beknopte samenvatting die de patiënt kan volgen (Ward, 2011). Het individueel opgesteld medicatieschema zal samen met de patiënt overlopen worden (Allen & Blachard, 2013). Zo zal foutief gebruik van medicatie of misverstanden in het medicatieschema vermeden worden en verhoogt de slaagkans van het zelfmedicatieprogramma.

Om het voorlichtingsproces in het Elisa model te ondersteunen, wordt een folder ontwikkeld, omdat de patiënten die deel nemen aan het zelfmedicatie programma deze steeds kunnen doornemen. Om zo na te lezen wat de werking en het doel is van dit programma, welke stappen doorlopen worden, eventuele antwoorden op vragen en zo meer.

3.6 Opstellen folder omtrent zelfmedicatieprogramma

Een folder is een duidelijk communicatiemiddel dat tijdens en na het voorlichtingsgesprek geraadpleegd wordt. Voordat deze folder ontwikkeld wordt, moet stilgestaan worden wat met deze folder bereikt wil worden en welke informatie deze dient te bevatten.

3.6.1 Bepaling onderwerp

Het opstellen van deze folder is tot stand gekomen om het zelfmedicatieprogramma te promoten. Tevens zal deze folder deel uit maken van het voorlichtingsproces.

Er werd gekozen voor het ontwerpen van een folder om op die manier geïnteresseerde patiënten op de hoogte te brengen van de mogelijkheid tot medicatie in eigen beheer. De folder geeft een algemeen beeld over de te volgen procedure. Zo is de patiënt beter voorbereid op wat eventueel volgt.

3.6.2 Doelgroep

De doelgroep aan wie deze folder zal gepresenteerd worden zijn patiënten die in aanmerking komen voor het zelfmedicatieprogramma. Ook kan deze folder toegepast worden in de implementatie van het zelfmedicatieprogramma op de verpleegeenheid. Zo zullen zowel zorgverlener als zorgverstrekker op een korte en bondige manier geïnformeerd worden over de werking en het verloop van het zelfmedicatieprogramma.

Deze folder zal enkel worden verspreid op heelkundige en geneeskundige diensten binnen het ziekenhuis. Toepassing hiervan in woonzorgcentra en op andere afdelingen, zoals o.a. pediatrie en intensieve zorgen, zien wij momenteel niet als een mogelijkheid. De populatie in dergelijke settings zal uiteraard niet in aanmerking komen door de opgestelde exclusiecriteria.

3.6.3 Inhoud

Op de voorzijde van onze folder is een illustratie van capsules zichtbaar. Deze trekken meteen de aandacht en geven een aanwijzing over de inhoud. Onder de illustratie worden de titel en de namen van de auteurs.

Wanneer de folder wordt geopend kan de patiënt aan de linkerzijde lezen wat medicatie in eigen beheer is, wat de voordelen daarbij zijn en hoe dit in zijn werk zal gaan. Verder kan hij aan de binnenkant van de folder de 5 stappen van het Elisa model lezen. Dit deel omvat beknopte en voor de patiënt begrijpbare informatie.

Op de achterzijde van de folder worden nog enkele voor de patiënt belangrijke zaken weergegeven. Zoals onder andere de mogelijkheid tot staken en starten van het programma en de vrijblijvendheid. Tot slot worden de contactgegevens van de auteurs weergegeven. Zij zijn te consulteren bij vragen.

3.7 Individueel deel Eline Vanhoof

In dit onderdeel wordt dieper ingegaan op veiligheid. Het gaat hierbij zowel om veiligheid voor patiënten als voor verpleegkundigen. Stap 4 en stap 5 van het eerder aangehaalde Elisa model worden verder eveneens verder toegelicht. Er wordt daarbij nagegaan hoe de veiligheid kan verbeterd worden en wat het belang van evaluatie is bij medicatie in eigen beheer.

3.7.1 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid wordt gedefinieerd als: "het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem". Het leveren van verantwoorde zorg wil zeggen dat onnodige schade aan patiënten zoveel mogelijk voorkomen moet worden. Registratie van klachten, complicaties en incidenten geven inzicht in de aard en omvang van onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten (van Everdingen, et al., 2003).

Internationaal neemt de aandacht voor de veiligheid van patiënten toe. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in oktober 2004 een World Alliance for Patient Safety opgericht, om die veiligheid wereldwijd te vergroten. De oprichting van een wereld alliantie voor de veiligheid van patiënten is een belangrijke stap in de zoektocht om de veiligheid van de gezondheidszorg in alle lidstaten te verbeteren. (Cuperus-Bosma , Wagner, & van der Wal, 2005).

Op het gebied van gezondheidszorg is veiligheid van de patiënt één van de belangrijkste begrippen en tevens een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Eén van de belangrijkste fasen in het promoten van de veiligheid van de patiënten is de identificatie van medicatiefouten en hun oorzaken. Medicatiefouten zijn de meest voorkomende medische fouten die de gezondheid van de patiënt bedreigen en een wereldwijd probleem vormen (Ehsani, Cheraghi, Nejati, Salari, Esmaeilpoor, & Nejad, 2013).

In het HARM rapport (Hospital Admissions Related to Medication) wordt een medicatiefout beschreven als een gebeurtenis die te voorkomen is en die kan leiden tot onder- of overdosering van het geneesmiddel wat kan leiden tot schade bij de patiënt. Dit probleem komt zowel voor bij toediening van het geneesmiddel door professionals als bij gebruik door de patiënt zelf.

De meeste medicatiefouten die in een ziekenhuissetting gebeuren, hangen samen met factoren als geneesmiddelen met een vergelijkbare naam of soortgelijke verpakking, medicijnen die niet vaak voorgeschreven of gebruikt worden en een hoge werkdruk (Hughes, 2008).

De verpleegkundige is daarbij verantwoordelijk voor zijn daden en nalatigheden. Verpleegkundigen dienen bij het toezicht op eigen beheer van medicatie, professioneel te oordelen op basis van hun kennis en vaardigheden.

De professional moet voor het toedienen van medicatie altijd controleren of de medicatie klopt:

- Is het voorschrift duidelijk geschreven, getypt of doorgestuurd via de computer
- De stof die men moet toedienen is gespecificeerd met de merknaam of generische naam en de aangegeven vorm, mede als de dosering, tijdstip van toediening, frequentie van toediening en de toedieningswijze
- Is ondertekend en gedateerd door de gemachtigde voorschrijver

- In het geval van medicatie die langzaam moet worden afgebouwd (vb. medrol®) is het belangrijk om de dosering en het aantal toe te dienen eenheden te specificeren. Tevens moet het ondertekend en gedateerd zijn door de voorschrijver (Professor Griffiths, et al., 2007).

3.7.1.1 Juridische kijk op patiëntveiligheid

Op het gebied van de regulering van kwaliteit en patiëntveiligheid in de gezondheidszorg, heeft de wetgeving verschillende invalshoeken. Voor de kwaliteit van zorg zijn vooral de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen van belang. Beide wetten trachten te garanderen dat hulpverleners en zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. Voor de individuele patiëntenrechten gaat het om de mogelijkheden van patiënten participatie en inspraak met betrekking tot beleidsbeslissingen van zorginstellingen (van Everdingen, et al., 2003).

3.7.1.2 Wettelijk kader

Na een grote zoektocht naar een eenduidig wettelijk kader betreffende medicatie in eigen beheer in een ziekenhuissetting, moeten we constateren dat dit niet bestaat. Door het ontbreken van een wettelijk kader is het momenteel niet mogelijk om medicatie in eigen beheer veilig te implementeren in de praktijk.

3.7.2 Stap 4 Elisa Model

Stap 4 van het Elisa model handelt over de voorziening van de medicatie. In dit deel wordt getracht deze voorziening te combineren met veiligheid. Hierbij gaat het zowel om de veiligheid van de patiënt, o.a. door een veilige opslag van de medicatie en het risico op overdoses te verkleinen, als om de veiligheid van de verpleegkundigen. De veiligheid van de verpleegkundigen neemt toe door gebruik te maken van de 'pill organizer'. Zo kunnen zij verantwoorden dat de medicatie effectief aan de patiënt werd overhandigd.

3.7.2.1 Veiligheid van de patiënt

De veiligheid van de patiënt wordt gegarandeerd door de medicatie op een veilige manier te bewaren op zijn kamer. Door de geneesmiddelen veilig op te bergen worden medepatiënten eveneens behoed voor foutieve inname. Zo kan een dementerende oudere bijvoorbeeld geen medicatie innemen die rondslingert op de kamer. De patiënt staat nog altijd zelf in voor zijn eigen beheer maar dient zijn medicatie na gebruik veilig op te bergen.

Opslag van medicatie op een afdeling moet voldoen aan de procedures van het ziekenhuis. Wanneer patiënten medicatie in

zelfbeheer hebben, moet de medicatie beveiligd worden tegen de toegang van andere patiënten op de afdeling. Suggesties zijn een afsluitbaar nachtkastje of een afsluitbaar medicatiekastje. De patiënt is verantwoordelijk voor de sleutel en het verplegend personeel is verantwoordelijk voor de hoofdsleutel sleutel, waarmee alle kastjes geopend kunnen worden (Davis, et al., 2002).



Figuur 3: Medicijnkastje

De verpleegkundige heeft bij de opslag van de medicatie enkele verantwoordelijkheden, namelijk:

- Ervoor zorgen dat er op een afdeling geschikte voorzieningen aanwezig zijn om de geneesmiddelen van de patiënt op te slaan.
- Het is belangrijk dat de individuele thuismedicatie van de patiënt gestockeerd wordt in de medicatiekast van de verpleegeenheid, in de lade van de bijhorende kamer.
- Patiënten op een regelmatige basis beoordelen op basis van een lokaal beleid om ervoor te zorgen dat zij na ontslag hun eigen medicatie ook kunnen beheren.
- De gegevens met betrekking tot de opslag van medicatie te documenteren in het patiëntendossier. De volgende gegevens moeten ook opgenomen worden: de naam van de patiënt, geboortedatum, afdeling van het ziekenhuis, nummer van de sleutel, datum en tijd wanneer de sleutel overhandigd werd aan de patiënt.
- Wanneer de patiënt over zelfbeheer beschikt van zijn medicatie, moet toestemming verkregen worden van de patiënt om het medicatiekastje en ook de sleutel op een veilige manier op de kamer te houden. Een document hieromtrent dient getekend te worden door de patiënt en de verpleegkundige.
- Elke 24 uur moet een verpleegkundige controleren of de patiënt de sleutel nog steeds in zijn bezit heeft. Dit noteert men in het verpleegkundig dossier.
- De hoofdsleutel die het medicatiekastje van alle individuele patiënten kan openen, dient veilig bewaard te worden bij de hoofdverpleegkundige van de dienst.
- Wanneer de patiënt langer dan 1 shift weg is van zijn kamer, dient hij zijn sleutel veilig te bewaren bij de verpleegkundigen.
- Wanneer een patiënt verhuist naar een andere kamer, bed, afdeling of ontslagen wordt uit het ziekenhuis, worden de geneesmiddelen mee getransfereerd met de patiënt (Professor Griffiths, et al., 2007).
- De geneesmiddelen van de patiënt in het afsluitbaar medicijnndoosje moeten gelabeld worden met de naam van de patiënt.
- Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt en de verpleegkundige die het ontslag regelt, dat de sleutel van het medicijnndoosje wordt teruggegeven bij ontslag in het ziekenhuis. Hiervoor wordt tevens een document getekend door de patiënt en de verpleegkundige die het ontslag regelt (Royal Cornwall Hospitals, 2013).

Om de veiligheid te garanderen voor patiënten die medicatie in eigen beheer hebben blijkt uit onderzoek bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), dat met zogenoemde "Real Time Medication Monitoring" (RTMM) patiënten herinnerd worden aan hun medicatie. Bij dit systeem wordt gebruik gemaakt van een medicijnkastje. Deze medicijnndoos registreert wanneer hij opengaat, als deze niet opengaat op het afgesproken tijdstip, wordt er automatisch een sms'je gestuurd naar de patiënt om hem eraan te doen herinneren zijn medicatie in te nemen. Met dit systeem kan men onderdosering vermijden omdat de patiënt enkel een sms'je krijgt wanneer hij zijn geneesmiddelen vergeten is in te nemen. De medicijnndoos verbetert de therapietrouw van patiënten op korte en lange termijn (Vervloet, 2013).

Bij het maken van een (bijna) medicatiefout door de patiënt, al dan niet geobserveerd door verpleegkundigen moeten er meteen maatregelen worden getroffen. Het doel hiervan is het voorkomen van eventuele schade aan de patiënt. De verpleegkundige moet onmiddellijk de behandelde arts en de hoofdverpleegkundige verwittigen. De orders die vervolgens worden gegeven door de arts worden opgevolgd.

De patiënt zal opnieuw geëvalueerd worden. Hierbij wordt nagegaan of hij nog competent is om zijn medicatie in eigen beheer te hebben. Alle incidenten en medicatiefouten moeten gerapporteerd worden aan de behandelende arts en eveneens genoteerd worden in het verpleegkundig dossier (Allen & Blachard, 2013).

3.7.2.2 Veiligheid van de verpleegkundige



Figuur 4: Pill organizer

Een verpleegkundige behoudt nog altijd mee de eindverantwoordelijkheid voor het toedienen van medicatie aan patiënten of voor het opvolgen en evalueren van patiënten die hun medicatie in zelfbeheer hebben. Een handig hulpmiddel om toch enige controle te hebben op het geneesmiddelengebruik van de patiënt is de 'pill organizer'. Een 'pill organizer' is een houder die ontworpen is voor solide dosissen medicijnen in te bewaren en wordt verdeeld op basis van dag en tijdstip van inname.

Voor een patiënt die medicatie in zelfbeheer krijgt, is dit een handig hulpmiddel. De 'pill organizer' kan beheerd worden door een verpleegkundige die de geneesmiddelen voorbereidt voor 1 week en kan dit dan overhandigen aan de patiënt. Het is de taak van de verpleegkundige om de patiënt instructies te geven omtrent het gebruik ervan.

De verpleegkundige zal de 'pill organizer' beheren op de volgende wijze:

- De gelabelde medicijnendoosjes worden verkregen vanuit de ziekenhuisapotheek.
- De geneesmiddelen worden vanuit de doosjes in de 'pill organizer' gebracht volgens de verschillende dagen en tijdstip van toediening, zoals voorgeschreven. De 'pill organizer' wordt gelabeld met de naam van de patiënt, net zoals de resterende medicatie. De overblijvende medicatie wordt bewaard in de opslagruimte voor medicatie van de dienst ofwel terug bij de patiënt zelf.
- Vervolgens wordt de datum en tijd van de invulling van de 'pill organizer' genoteerd in het patiëntendossier.
- Als er bewijs is dat de patiënt zijn medicatie niet neemt zoals voorgeschreven zal dit genoteerd worden in het patiëntendossier. De verpleegdienst zal de patiënt hier verder over consulteren en extra bijstand verlenen bij het proces van medicatie in zelfbeheer.
- De verpleegdienst zal contact opnemen met de behandelende arts met betrekking tot vragen, zorgen of opmerkingen over medicijnen van de patiënt. Belangrijke besluiten of veranderingen vanuit dit gesprek zullen in het patiëntendossier genoteerd worden (Professor Griffiths, et al., 2007).

Een oplossing om de veiligheid van de verpleegkundige te garanderen is door een vooraf opgesteld document te laten ondertekenen. Dit document stelt dat de verpleegkundigen niet verantwoordelijk zijn voor medicatiefouten van de patiënt. Tevens stelt het dat de patiënt verantwoordelijk is voor het beheer van zijn eigen medicatie gedurende de ziekenhuisopname. Er worden twee kopieën gemaakt, één voor de patiënt zelf en één voor de verpleging. Het document zal ondertekend worden door de behandelende arts, hoofdverpleegkundige en de patiënt. De patiënt wordt hier wel op alle vlakken ondersteund zodat hij er niet alleen voor staat. Indien de patiënt dit document niet tekent, krijgt de patiënt zijn medicatie niet in eigen beheer. Kortom het is moeilijk om medicatie in eigen beheer veilig te maken voor verpleegkundigen. Dit komt omdat er geen wettelijk kader bestaat waarnaar de verpleegkundige kan handelen. Indien er fouten gebeuren is de verpleegkundige aansprakelijk (Professor Griffiths, et al., 2007).

3.7.2.3 Kostprijs van geneesmiddelen in het ziekenhuis

Per dag van zijn verblijf in het ziekenhuis moet een patiënt een deel van de ligdagprijs betalen. Dit aandeel is in alle algemene ziekenhuizen gelijk en wettelijk vastgelegd. Deze prijs is niet afhankelijk van de kamerkeuze. De overheid voorziet voor elk ziekenhuis een zogenaamd budget van financiële middelen (BFM). De kosten voor de opname en het verblijf van de patiënten in een ziekenhuis of een chirurgisch dagziekenhuis worden vergoed door het BFM, maar de kosten voor honoraria van geneesheren, voor technische prestaties of voor geneesmiddelen wordt hier niet door gedekt (Rekenhof, 2006).

Bij een ziekenhuisopname betaalt de patiënt een vooraf vastgesteld bedrag van 0,62 euro per verzorgingsdag voor de terugbetaalbare geneesmiddelen. Het bijhorende ziekenfonds van de patiënt betaalt de bijkomende kostprijs van de geneesmiddelen. Behalve voor prothesemateriaal (bv. Heupprothese) en orthese. Deze kosten vallen ten laste van de patiënt of door hospitalisatieverzekering indien daarin geïnccludeerd (RIZIV, 2010).

Patiënten die opgenomen worden nemen hun medicatie van thuis mee naar het ziekenhuis. Indien er beslist wordt na overleg en toestemming door de behandelde geneesheer dat een patiënt zijn medicatie in eigen beheer krijgt, worden de geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheek. Bij ontslag wordt de in de ziekenhuisapotheek bestelde, maar niet ingenomen medicatie opnieuw bezorgd aan de ziekenhuisapotheek. De patiënt kan zijn thuismedicatie, dus zijn medicatie die hij voor de hospitalisatie reeds gebruikte, verder innemen. Indien er nieuwe medicatie opgestart wordt die de patiënt thuis verder moet innemen, kan er voldoende medicatie meegegeven worden om de patiënt de gelegenheid te geven de medicatie in de thuisapotheek op te halen.

3.7.3 Stap 5 Elisa model

De laatste stap van het Elisa model houdt in dat de verpleegkundigen een dagelijkse controle uitvoert op het verloop van de therapie van de patiënt. Deze controle houdt in dat de verpleegkundige navraagt of de patiënt zijn medicatie genomen heeft en of hij problemen ondervond. Daarnaast volgt een wekelijkse controle waarbij wordt nagegaan of de patiënt nog steeds bekwaam is om zijn medicatie zelfstandig te beheren. Dit doet de verpleegkundige door middel van steekproeven. Bij de steekproef zal de verpleegkundige individueel met de patiënt minimum drie geneesmiddelen overlopen. Bij patiënten die minder dan drie geneesmiddelen innemen, worden deze dan allemaal overlopen. De verpleegkundige vraagt de patiënt wat de naam is van het geneesmiddel, de indicatie van deze middelen is en het tijdstip van toediening. Wanneer de verpleegkundige observeert dat de patiënt bekwaam genoeg is om zijn medicatie in eigen beheer te hebben, wordt dit verder gezet. Indien er wordt vastgesteld dat patiënt hier moeilijkheden bij ondervindt, wordt er een nieuw voorlichtingsgesprek gepland (zie 3.5.2 stap 3 Elisa model). In de tijd tussen het vaststellen van het probleem en het doorgaan van een nieuw voorlichtingsgesprek wordt de medicatie beheerd door de verpleegkundigen.

De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de eerste beoordeling en de verdere evaluatie van de patiënten die aan zelfbeheer van medicatie doen. Verpleegkundigen vervullen een continue verantwoordelijkheid voor het herkennen en handelen wanneer er veranderingen optreden in de toestand van een patiënt met betrekking tot de veiligheid van de patiënt en anderen (Professor Griffiths, et al., 2007).

Patiënten die hun medicatie in zelfbeheer hebben, moeten geleidelijk een toenemende verantwoordelijkheid krijgen voor het nemen van hun medicatie. In eerste instantie moet er volledige begeleiding en supervisie zijn van deze patiënten, waarbij de patiënt na verloop van tijd zelfstandig zijn medicatie kan beheren.

Aanvankelijk krijgt de patiënt genoeg medicatie voor 1 week. Gedurende deze tijd moet de patiënt extra gecontroleerd worden bij elke dosis, het tijdstip en het opbergen van de medicatie. De verpleegkundige evalueert de capaciteiten van de patiënt. Als de patiënt toont dat hij bekwaam en betrouwbaar is, wordt meer onafhankelijkheid van de patiënt toegestaan (Davis, et al., 2002).

De verpleegkundige zal bijgevolg elke dag controleren of er door de arts veranderingen zijn opgelegd met betrekking tot het medicatievoorschrift. Als er geneesmiddelen veranderd zijn, zal dit opgenomen worden in het medicatieschema van de patiënt. De evaluatie van de competenties van de patiënt worden elke dag beoordeeld om te zien of de patiënt op hetzelfde niveau blijft. Af en toe kan de verpleegkundige vragen of de patiënt zijn medicatieschema nog begrijpt en weet welke geneesmiddelen hij neemt. Wanneer een diabeet zijn insuline in eigen beheer heeft zal de verpleegkundige, op vooraf opgestelde tijdstippen, een bloedmonster nemen voor het gehalte aan glucose in het bloed te weten te komen. Het resultaat wordt meegedeeld aan de patiënt. De verpleegkundige noteert het aantal eenheden insuline dat de patiënt aan zichzelf toedient en schrijft erbij dat dit in eigen beheer is. De patiënten kunnen op elk moment de verantwoordelijkheid afstaan en stoppen met het zelfmedicatieprogramma. Wanneer de patiënt deze beslissing neemt zal zijn medicatie afgenomen worden en verder beheerd worden door de verpleegkundigen (Professor Griffiths, et al., 2007).

3.7.4 Empowerment van de patiënt

Steeds vaker wordt zelfzorg gestimuleerd als een manier waarop patiënten verantwoordelijkheid nemen voor het beheer van hun eigen gezondheid. Empowerment van patiënten wordt gezien als een positieve stap in de relatie van patiënt tot de zorgverleners. Artsen en apothekers worden niet meer gezien als de mensen die enkel controle uitoefenen op de toegang tot de geneeskunde, maar eerder als partners die de patiënt helpen met zijn gezondheidsproblemen. Mensen hebben bijvoorbeeld een grotere toegang tot geneesmiddelen die niet voorgeschreven moeten worden door een arts. Dit is veel effectiever en economischer voor de patiënt. Het gaat hier bijvoorbeeld over medicatie voor kleine kwaaltjes zoals hoofdpijn, hoest, verkoudheid, griep, enzovoort (Drug and Therapy Perspectives, 2013).

Door de goede begeleiding tijdens het proces en de goede evaluatie van medicatie in eigen beheer, voelen de patiënten ook aan dat ze meer inspraak hebben in de zorg tijdens hun opname.

In Midden-Engeland werd op een algemene geneeskundige afdeling van een academisch ziekenhuis enquêtes afgenomen bij 309 patiënten. Enkele bevindingen hieruit waren dat een grote meerderheid van de patiënten die hun medicatie in zelfbeheer hadden, dit graag weer zouden willen als ze in de toekomst terug opgenomen zouden worden. Terwijl diegene die de kans niet gekregen hadden om hun medicatie zelf te beheren, er minder geneigd voor waren om dit ook gekozen te hebben in de toekomst. Uit deze studie bleek ook dat de meerderheid van de patiënten onder de 60 jaar ervoor zouden kiezen om tijdens een ziekenhuisopname zijn medicatie in eigen beheer te hebben. Ook bleek dat de patiënten die hun medicatie zelf beheerden hun algemene zorg beoordeelden als uitstekend. Deze patiënten waren meer tevreden met hun ontslagproces dan patiënten die hun medicatie niet in eigen beheer hadden (Philip & Byatt, 2008).

3.8 Individueel deel Lisa Hellemans

3.8.1 Onderzoeksvraag

Hoe vaak komt medicatie in eigen beheer voor op heelkundige en intern geneeskundige diensten in een Vlaams algemeen ziekenhuis? Wat zijn redenen om dit toe te staan of te weigeren, en wat zijn mogelijke gevolgen?

Binnen dit onderzoek komt de perceptie van enkele hoofdverpleegkundigen omtrent implementatie van medicatie in eigen beheer op hun afdeling aan bod.

Het onderzoek heeft als doel te achterhalen hoe frequent medicatie in eigen beheer reeds voorkomt in een algemeen Vlaams ziekenhuis. Verder wordt onderzocht welke middelen er hoofdzakelijk in eigen beheer gebruikt worden. Gaat het hierbij bijvoorbeeld enkel om inhalatiepuffers of ook om tabletten of subcutane inspuitingen?

Tot slot wordt een beeld verkregen over welke criteria volgens hoofdverpleegkundigen maken dat een patiënt al dan niet in aanmerking komt om zijn medicatie zelf te beheren.

3.8.2 Methode

3.8.2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is zowel kwantitatief als kwalitatief. Het gaat hierbij om een cross-sectioneel onderzoek dat werd uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten (zie bijlage). De gegevens werden verzameld tussen 24 februari en 6 maart 2014.

3.8.2.2 Onderzoeksveld en onderzoekspopulatie

De vragenlijsten werden slechts in één algemeen Vlaams ziekenhuis afgenomen, namelijk het Heilig Hart ziekenhuis te Lier.

De directie verpleging voerde in februari (2014) een nulmeting uit op elke verpleegafdeling (exclusief spoedgevallen, intensieve zorgen, operatiekwartier, recovery en pediatrie). Hierbij werd via de hoofdverpleegkundigen bevraagd hoeveel patiënten er waren opgenomen op hun afdeling en hoeveel daarvan medicatie in eigen beheer hadden. Medicatie in eigen beheer werd daarbij beschreven als het op de kamer hebben van minimum 1 geneesmiddel.

Gebaseerd op de resultaten van deze nulmeting werd er gekozen om de 4 afdelingen te bevragen die het hoogst aantal patiënten met medicatie in eigen beheer scoorden.

Hierbij ging het om 2 heelkundige en 2 geneeskundige afdelingen. De heelkundige diensten betrof meer specifiek een short-stay (D6) en een algemene afdeling met de specialisaties urologie, plastische chirurgie, gynaecologie, NKO en MKA (D4). Bij de intern geneeskundige diensten ging het om een afdeling pneumologie en nefrologie (B3) en een afdeling oncologie en gastro-enterologie (B4).

De hoofdverpleegkundigen van de 4 afdelingen werden mondeling gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Het betrof hierbij 1 mannelijke en 3 vrouwelijke hoofdverpleegkundigen.

Bij het afnemen van de vragenlijst waren slechts twee exclusiecriteria van toepassing. Zo moesten patiënten meerderjarig zijn en minimum 1 geneesmiddel innemen dat in aanmerking komt om in eigen beheer te hebben (= alles behalve intraveneus en intramusculair toe te dienen medicatie). Als gevolg van het laatst vernoemde exclusiecriteria vielen 7 cases af. Minderjarigen kwamen op geen enkele verpleegafdeling voor.

Op de verpleegafdelingen lagen op het moment van datacollectie 88 patiënten. Na het nagaan van de exclusiecriteria bleven er dus nog 81 cases over.

3.8.2.3 Datacollectie

Alle gegevens werden verzameld in de periode tussen 24 februari en 6 maart 2014 in het Heilig Hart ziekenhuis te Lier.

Voor het afnemen van de vragenlijsten werd steeds enkele dagen voordien een afspraak gemaakt met de hoofdverpleegkundigen. De afspraak vond telkens plaats op de verpleegafdeling. Hiervoor werd bewust gekozen aangezien het noodzakelijk was de patiëntendossiers te raadplegen bij het invullen van het kwantitatieve gedeelte van de vragenlijst.

Het kwalitatieve gedeelte van de vragenlijst werd eerst ingevuld, om beïnvloeding door de vragen uit het kwantitatieve gedeelte te voorkomen. Hierbij noteerden de hoofdverpleegkundigen zelf hun antwoorden.

Het kwantitatieve gedeelte van de vragenlijst werd mondeling afgenomen bij de hoofdverpleegkundigen terwijl de antwoorden voor hen werden genoteerd. Hiervoor werd geopteerd omdat de verpleegkundigen dan voldoende tijd hadden om de nodige gegevens uit het patiëntendossier te halen.

Het bevragen van een afdeling nam ongeveer 1 uur in beslag. De anonimiteit werd bewaakt door te werken met kamernummers.

3.8.2.4 Meetinstrument

De vragenlijst bestaat uit twee delen en werd ontwikkeld in samenwerking met de directie verpleging, een stafmedewerker van het verpleegkundig departement en een docent tewerkgesteld aan de Thomas More hogeschool te Lier.

Het doel van het kwalitatieve gedeelte van de vragenlijst was het achterhalen van de perceptie van verpleegkundigen omtrent medicatie in eigen beheer. Binnen dit deel werd dan ook bevraagd wat volgens hen gevolgen zijn van de implementatie van medicatie in eigen beheer voor zorgverstrekkers en patiënten. Verder werd onderzocht of op de deelnemende verpleegafdelingen reeds informatie gegeven wordt omtrent de ontslagmedicatie, hoe dit gebeurt en of er wordt gecontroleerd of deze informatie werd begrepen door de patiënt.

Voor het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek werden de patiëntendossiers één voor één overlopen met de hoofdverpleegkundigen om zo een antwoord te kunnen vormen op de voornamelijk multiple choice vragen. Er werd daarbij bevraagd hoeveel geneesmiddelen de patiënt in totaal gebruikt en hoeveel daarvan in eigen beheer zijn. Het gaat dan om alle soorten geneesmiddelen behalve diegene die intramusculair of intraveneus worden toegediend. Van elk geneesmiddel dat een patiënt in eigen beheer had, werd eveneens de naam gevraagd. Nadien werd de reden gevraagd waarom dit al dan niet werd overwogen en door wie de beslissing werd genomen.

Tot slot konden de hoofdverpleegkundigen kiezen of de patiënt volgens hen in staat was zijn geneesmiddelen zelf te beheren of niet. Deze keuze werd in de laatste vraag gemotiveerd.

3.8.2.5 Analyse

De verkregen data van het kwantitatieve gedeelte (81 cases) werden verwerkt en geanalyseerd met Excel. De mogelijke antwoorden werden daarbij gecodeerd en de vragenlijsten werden één voor één per afdeling ingevoerd. Om de namen van de geneesmiddelen die in eigen beheer werden genomen te kunnen opnemen in de databank werden deze gelinkt aan hun ATC code. De Anatomische Therapeutische Chemische Classificatie (ATC) deelt geneesmiddelen op in groepen naargelang het orgaan of systeem waarop ze inwerken. Zo kreeg elk geneesmiddel een letter en konden deze alsnog worden ingevoerd in de databank.

De kwalitatieve gegevens werden onderverdeeld in thema's aangezien de verpleegkundigen vaak dezelfde antwoorden gaven.

3.8.2.6 Ethische aspecten

De hoofdverpleegkundigen en ziekenhuisdirectie werden mondeling geïnformeerd over het onderzoeksopzet. Expert consensus werd eveneens mondeling verkregen voor het afnemen van de vragenlijsten. Alle gegevens werden volledig anoniem verzameld. Er was op geen enkel moment rechtstreekse inzage in de het patiëntendossier. De namen van patiënten kwamen nooit ter sprake, daar er gewerkt werd via kamernummer.

3.8.3 Resultaten

3.8.3.1 Kwalitatief

1. Verlies van controle en risico op foutieve inname

Het grootste probleem bij implementatie van medicatie in eigen beheer is volgens de verpleegkundigen het verlies van controle. Het gaat dan om het verlies van controle over de effectieve inname, en opvolging bij therapiewijzigingen.

Vooraf het risico op overdoses baart de verpleegkundigen zorgen. "Wat als de patiënt zelf paracetamol[®] neemt en toch iets vraagt voor de pijn? Doordat er geen controle is over de eigen inname kan er makkelijker te veel medicatie gegeven worden."

De verpleegkundigen vrezen ook dat wanneer de dokter beslist de toediening van een bepaald geneesmiddel te staken, de patiënt dit uit gewoonte zal verder nemen.

Het overzicht is eveneens moeilijk te bewaren. "Hoe vaak heeft de patiënt dit effectief ingenomen? En neemt de patiënt niets dubbel?". Door het gebruik van zowel merkproducten als generische producten is een fout snel gemaakt. Dit risico op foutieve inname is uiteraard niet enkel voor verpleegkundigen, maar ook voor de patiënt een negatief gevolg.

2. Tijdrovend

Verder gaven de verpleegkundigen aan dat ze het te omslachtig vinden om over elk nieuw opgestart geneesmiddel uitleg te geven. "Het is erg tijdrovend. Door enkel bij ontslag het medicatieplan te overlopen, wordt veel tijd uitgespaard en patiënten kunnen thuis nog steeds de bijsluiters van hun medicatie raadplegen."

Toch gaf één hoofverpleegkundige aan te denken dat de werkdruk en de administratie zouden verminderen voor verpleegkundigen en apothekers.

3. Onafhankelijkheid patiënt

De toename in onafhankelijkheid van de patiënt wordt gezien als iets dubbel. "Doordat patiënten zelf medicatie innemen gaan ze in verminderde mate ziektesymptomen vertonen (vb. doordat ze zelf al iets nemen tegen de koorts) waardoor risico ontstaat op foutieve diagnosestelling. Patiënten gaan symptomen ook niet meer aangeven omdat ze die zelf kunnen verhelpen met het juiste pilletje."

"Aan de andere kant is het voor de patiënt zeer aangenaam minder afhankelijk te zijn van anderen en zo wordt zijn zelfzorg eveneens gestimuleerd."

4. Onduidelijkheden

Vervolgens bleken er ook heel wat vragen te zijn over de aanpak: "hoe regel je dit bij patiënten die nuchter moeten zijn? Hoe pak je het aan bij oudere, zorgbehoevende patiënten die wel therapietrouw zijn?"

Dit zijn zaken waar in de toekomst zeker verder aan gewerkt moet worden en waar duidelijke regels over zullen moeten worden afgesproken. In deze bachelorproef hebben we structuur gecreëerd a.d.h.v. het Elisa model. Dit model hebben we helaas nog niet kunnen toetsen aan de praktijk.

5. Kostenplaatje

Ook het kostenplaatje was een onderwerp dat de verpleegkundigen niet ontging. "Medicatie die men krijgt van het ziekenhuis zit sowieso al in de ligdagprijs. Wanneer een patiënt dus medicatie van thuis inneemt betaalt hij deze dubbel."

Zoals eerder in dit werkstuk aangehaald is dit probleem op te lossen. Patiënten kunnen hun medicatie in eigen beheer houden zonder hier extra voor te betalen. Het is dan niet de bedoeling dat zij hun medicatie van thuis verder innemen, maar wel de medicatie die via de ziekenhuisapothek werd besteld voor hen.

6. Communicatie

De toename in communicatie tussen verpleegkundigen en patiënt die nodig zal zijn om medicatie in eigen beheer te kunnen toelaten, werd als een pluspunt aanzien.

7. Therapietrouw

Daarnaast vonden de verpleegkundigen de toename en stimulatie van therapietrouw een goede zaak. "De patiënt zal een gevoel van inspraak krijgen. Doordat patiënten hun thuismedicatie vaak al jaren nemen zijn ze hier vaak erg stipt in. Zo nemen zij hun pilletje bijvoorbeeld dagelijks om 7 uur en niet om 8 uur wanneer ze het van de

verpleging zouden krijgen (op vaste uren)”. Dit heeft o.a. voordelen bij geneesmiddelen die nuchter moeten genomen worden omdat deze in de ziekenhuissetting door organisatorische redenen vaak pas na het ontbijt worden gegeven.

8. Huidige ontslagprocedure

Tot slot bleek dat op dit moment bij ontslag op gestructureerde manier informatie wordt gegeven over de ontslagmedicatie. Er wordt daarbij steeds een medicatieoverzicht met de patiënt meegegeven naar huis. Dit overzicht wordt op de kamer eerst overlopen samen met de patiënt. Hierop staan zowel de productnaam, de dosis als het tijdstip van inname. Vervolgens krijgt de patiënt de medicatie die hij van thuis uit eventueel al bij had terug. In de rode broodzak (zie foto in bijlage) met opschrift “medicatie niet verder nemen, tenzij na overleg met uw huisarts” steken de medicamenten die gestopt zijn. In de groene broodzak met opschrift “te nemen medicatie. Voor verdere behandeling contacteer uw huisarts” steekt de medicatie die wel dient ingenomen te worden en die staat beschreven op het overzicht van de ontslagmedicatie.

Tijdens en na het overlopen van het schema van de ontslagmedicatie krijgen patiënten steeds de kans om vragen te stellen. Verder staat het telefoonnummer van de afdeling op de ontslagbrief zodat ze steeds kunnen bellen bij onduidelijkheden.

De ontslagprocedure zoals ze nu is, heeft enkele gebreken. Patiënten worden te laat geïnformeerd over de te nemen medicatie en zullen daardoor met vragen blijven zitten. De gegeven tijd om vragen te stellen is ook erg kort en telefonisch contact opnemen kan voor sommige patiënten een drempel zijn. Door aan medicatie in eigen beheer te doen, heeft de patiënt meer kennis over zijn medicatie en is hij beter voorbereid op ontslag.

3.8.3.2 Kwantitatief

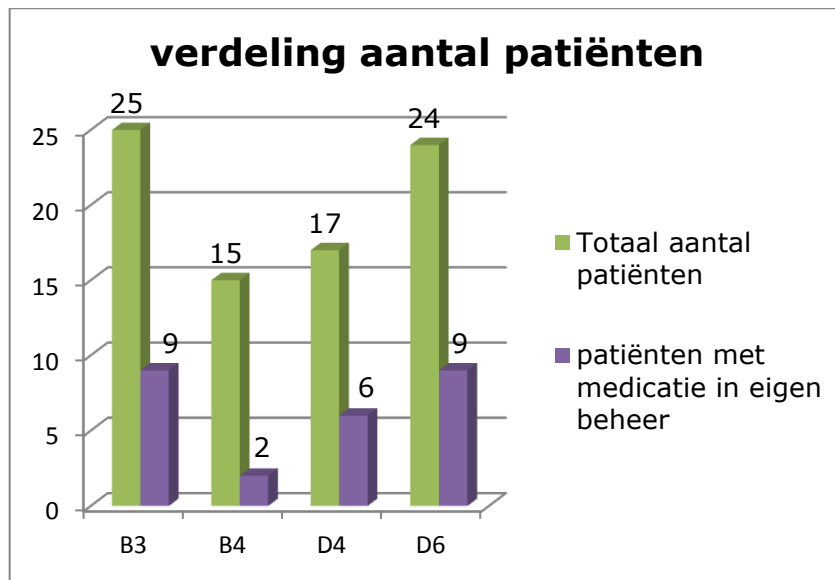
1. Verdeling patiënten met medicatie in eigen beheer

In samenwerking met de hoofdverpleegkundigen werden in totaal 88 patiëntendossiers overlopen. In 7 gevallen namen patiënten geen enkel geneesmiddel dat in aanmerking komt om in eigen beheer te geven (intramusculaire en intraveneuze medicatie). Aangezien dit vooraf werd bepaald als exclusiecriteria werden zij niet mee opgenomen in de analyses.

Van de 81 resterende patiënten hadden er 26 medicatie in eigen beheer (32%). We spreken hierbij van medicatie in eigen beheer vanaf wanneer minstens 1 geneesmiddel door de patiënt zelf wordt bewaard en ingenomen. 6 personen hadden daarbij al hun medicatie in eigen beheer (7%).

De 6 patiënten die hun medicatie volledig in eigen beheer hadden, waren allemaal opgenomen op een heelkundige dienst. Op de geneeskundige diensten had geen enkele patiënt al zijn medicatie bij zich.

Uit onderstaande grafiek is af te leiden dat B3 (pneumologie en nefrologie) de afdeling is met het meeste patiënten (25). Evenals verpleegafdeling D6 (short-stay) hebben zij 9 patiënten die hun medicatie zelf beheren. Op afdeling D4 (urologie, gynaecologie, plastische chirurgie, MKA en NKO) hebben 6 van de 17 patiënten hun medicatie in eigen beheer. Op B4 (oncologie en gastro-enterologie) is dit slechts 2 van de 15 patiënten.



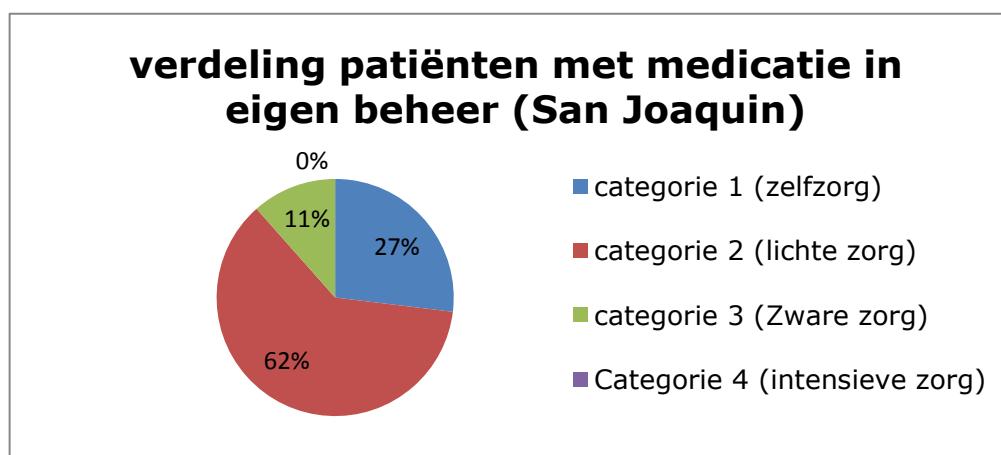
Figuur 5: verdeling aantal patiënten

Wanneer er wordt gekeken naar welke afdeling procentueel het meeste patiënten met medicatie in eigen beheer heeft, zien we dat D6 hier koploper is met 38%. Daarna volgen B3 (36%) en D4 (35%). B4 heeft beduidend minder patiënten met medicatie in eigen beheer (13%).

Deze resultaten wijzen er op dat medicatie in eigen beheer momenteel vaker voorkomt op heelkundige afdelingen dan op geneeskundige afdelingen. Dit verschil kan te wijten zijn aan de verschillen in pathologie en in zelfstandigheid van patiënten op heelkundige en geneeskundige afdelingen. Mogelijks speelt ook de opinie van de hoofdverpleegkundigen een rol.

Vervolgens werd onderzocht of er een verband bestaat tussen de zorgzwaarte van patiënten en het aantal keer dat medicatie in eigen beheer voorkomt. Hierbij werd gebruik gemaakt van de patiënten classificatie volgens San Joaquin. Zoals op figuur 4 wordt weergegeven behoren 89% van alle patiënten met medicatie in eigen beheer tot categorie 1 en 2 volgens de patiënten classificatie van San Joaquin. Dit wil zeggen dat 89% behoort tot de categorieën zelfzorg of lichte zorg. 11% behoort tot categorie 3 (=zware zorg). Niemand behoorde tot categorie 4 (=intensieve zorg).

Hieruit kunnen we besluiten dat de mogelijkheid tot medicatie in eigen beheer gekoppeld is aan de zorgzwaarte. Een logisch besluit, aangezien patiënten die tot de categorie zware zorg worden gerekend vaak minder zelfstandig zijn en (tijdelijke) beperkingen hebben.



Figuur 6: verdeling patiënten met medicatie in eigen beheer (San Joaquin)

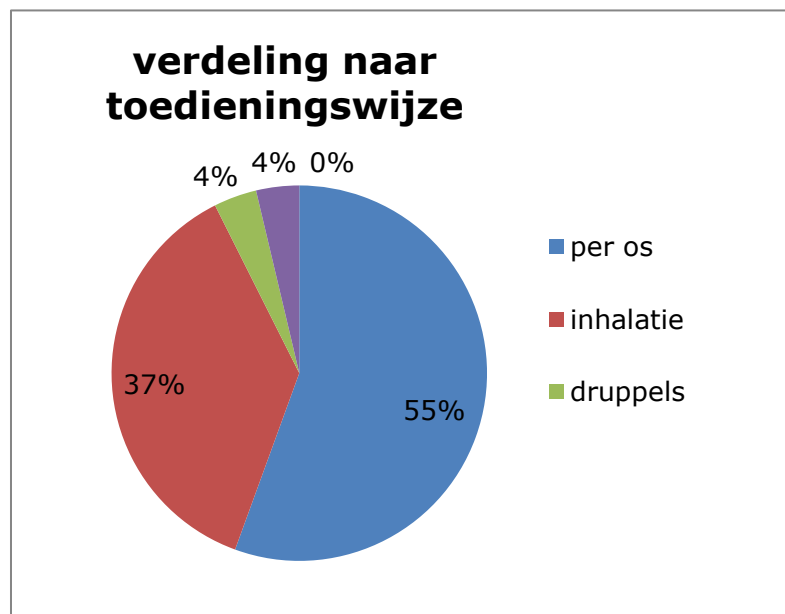
2. Verdeling geneesmiddelen in eigen beheer

De bevroegde patiënten nemen gemiddeld 6 geneesmiddelen. 17 is het maximum aantal geneesmiddelen ingenomen door één patiënt. 1 is het minimum.

Alle 81 patiënten samen nemen 489 geneesmiddelen. In totaal nemen de 26 patiënten met medicatie in eigen beheer 56 geneesmiddelen. Dit betekent dat 11% van de totaal gebruikte medicatie in eigen beheer is.

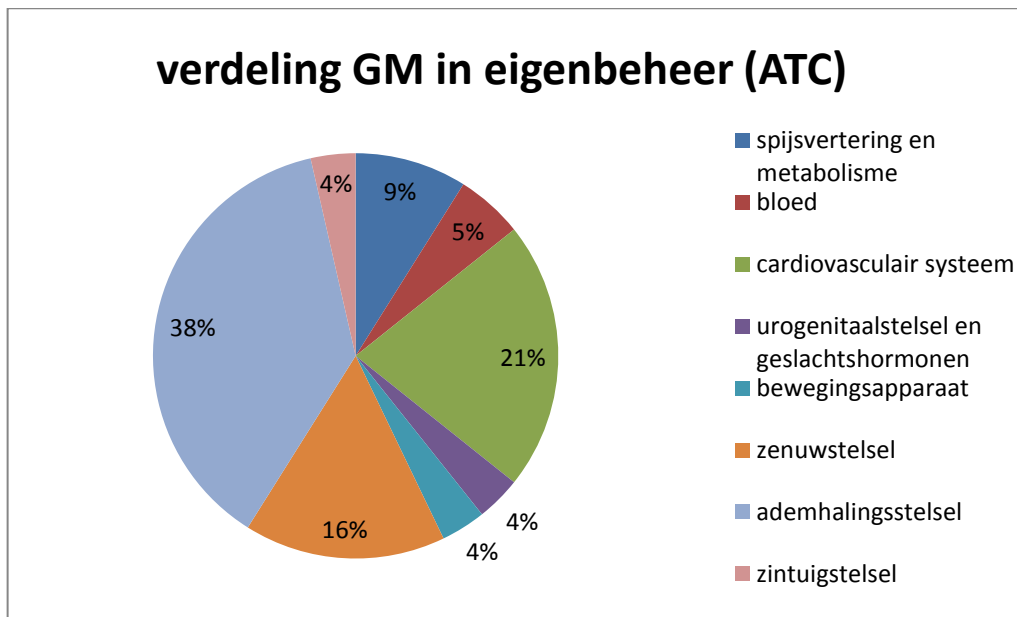
Zoals weergegeven in figuur 5 wordt 55% van alle geneesmiddelen die worden genomen in eigen beheer per os toegediend. 37% wordt geïnhaleerd. De overige 8% omvat het indruppelen en cutaan aanbrengen van geneesmiddelen. Subcutane inspuitingen worden in geen enkel geval door de patiënt zelf uitgevoerd.

Waarom subcutane inspuitingen niet door de patiënt zelf worden toegediend is niet duidelijk. Mogelijks is dit een gevolg van een conservatievere houding van verpleegkundigen. Zij kunnen inspuitingen zien als een onderdeel van hun takenpakket en dit moeilijk uit handen geven. Daarnaast kan het ook zijn dat verpleegkundigen onvoldoende tijd hebben om voorlichting te geven en patiënten aan te leren hoe ze dit zelf kunnen doen. Anderzijds kan dit een gevolg zijn van patiënten die zichzelf niet willen prikken en daarbij terugvallen op de vaardigheden van verpleegkundigen. Verder is er nog het vermoeden dat er geen aandacht wordt besteed aan het optimaliseren van de zelfzorg door medicatie (en dus ook inspuitingen) in eigen beheer te geven.



Figuur 7: verdeling medicatie naar toedieningswijze

Om te achterhalen welke geneesmiddelen voornamelijk in eigen beheer worden gegeven, werd gebruik gemaakt van de ATC code per geneesmiddel. Op die manier worden de geneesmiddelen ingedeeld naargelang het orgaan of systeem waarop ze inwerken. Via onderstaande grafiek wordt duidelijk dat 38% van de middelen in eigen beheer inwerken op het ademhalingsstelsel. 21% werkt in op het cardiovasculaire systeem en 16% op het zenuwstelsel.

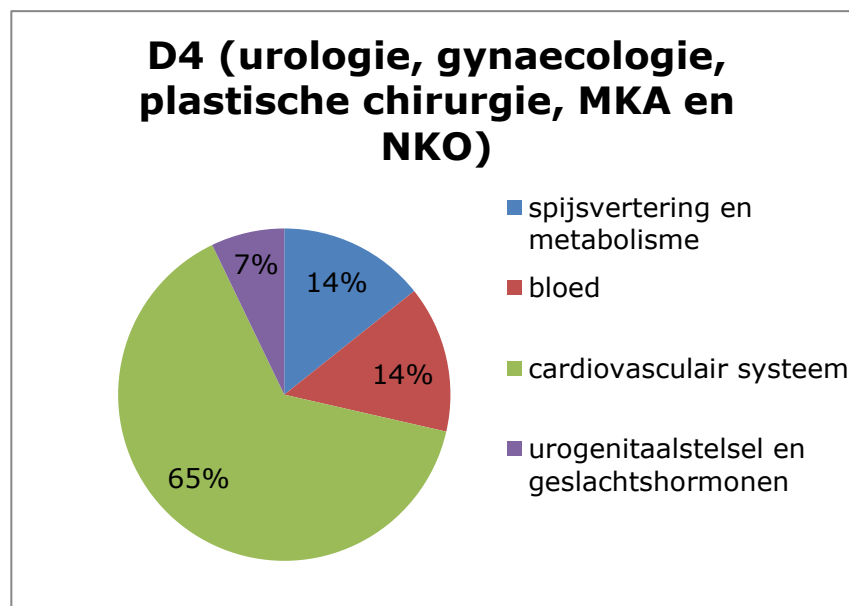


Figuur 8: verdeling GM in eigen beheer (ATC)

In een verdere analyse werd de verdeling van de geneesmiddelen in eigen beheer toegespitst op de bevraagde afdelingen onderling.

Op verpleegafdeling B3 (pneumologie en nefrologie) behoren alle geneesmiddelen (100%) die in eigen beheer zijn tot middelen voor het ademhalingsstelsel. Het gaat hierbij zowel om inhalatiepuffers als om medicatie per os. Het slechts in eigen beheer geven van één specifieke groep geneesmiddelen kan te wijten zijn aan het relatief ongevaarlijk karakter van deze middelen. Anderzijds zijn dit vaak geneesmiddelen die heel plots nodig kunnen zijn. Hierbij kan je bijvoorbeeld denken aan puffers die te gebruiken zijn bij een astma-aanval.

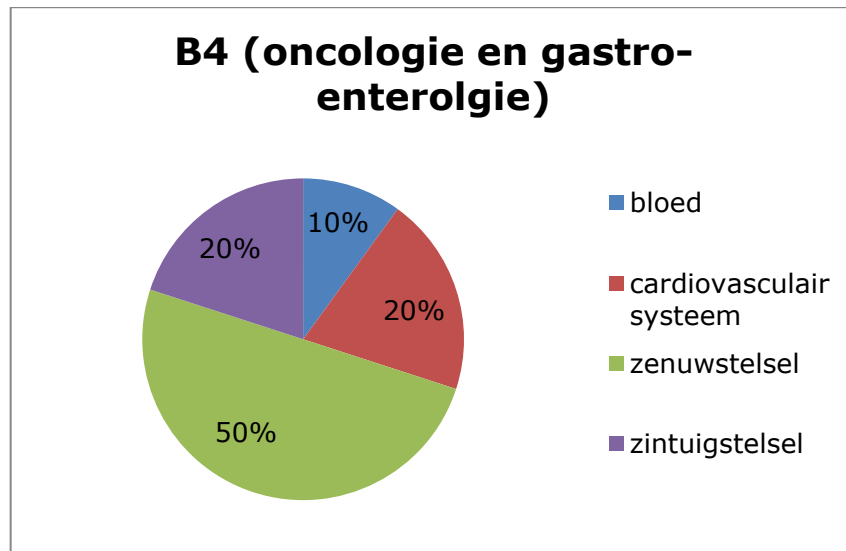
Op verpleegafdeling D4 (urologie, gynaecologie, plastische chirurgie, MKA en NKO) behoort de grote meerderheid (64%) toe aan de middelen die inwerken op het cardiovasculair systeem. Daarnaast werkt telkens 14% in op het bloed en op de spijsvertering of het metabolisme. De overige 7% dient voor het urogenitaal stelsel en de geslachtshormonen.



Figuur 9: D4

Op verpleegafdeling B4 (oncologie en gastro-enterologie) werkt de helft van de geneesmiddelen in eigen beheer (50%) in op het zenuwstelsel. Telkens 20% werkt in op het cardiovasculair systeem en op de zintuigen. De overige 10% wordt genomen in functie van het bloed.

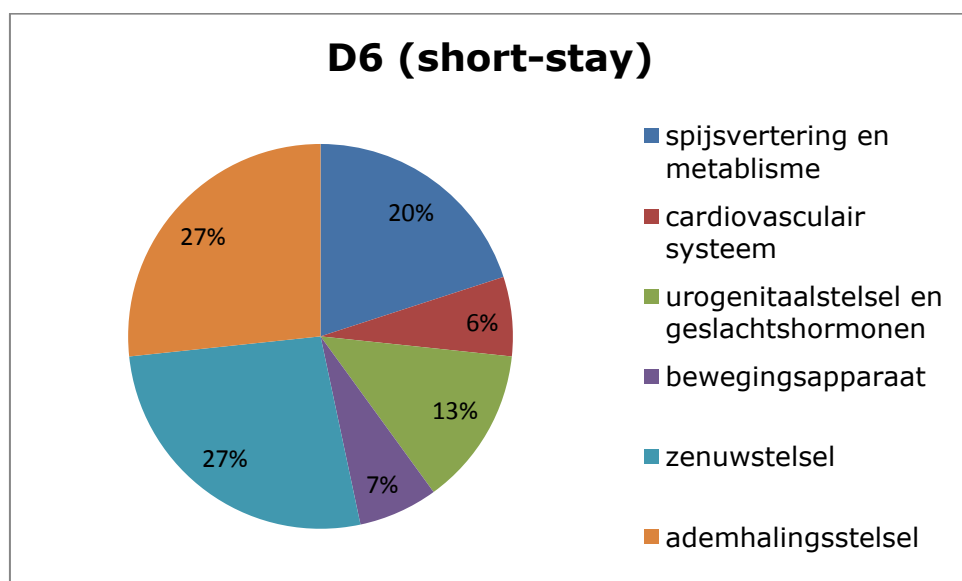
Indien er wordt gekeken naar de datacollectie dan valt op dat op B4 slechts 2 patiënten had met medicatie in eigen beheer. Onderstaande resultaten zijn dus niet representatief.



Figuur 10: B4

Op verpleegafdeling D6 (short-stay) werkt telkens 27% van de medicatie in eigen beheer in op het ademhalingsstelsel en op het zenuwstelsel. 20% wordt gebruikt voor de spijsvertering en het metabolisme en 13% voor het urogenitaal stelsel en de geslachtshormonen.

Hier zien we een ruimere variatie aan soorten geneesmiddelen dan op de andere afdelingen. Dit is een logisch gevolg aangezien dit de afdeling is waar het meest aan medicatie in eigen beheer wordt gedaan. Het is tevens de afdeling waar patiënten het vaakst al hun medicatie in eigen beheer hebben.



Figuur 11: D6

3. Overweging

In 67% van de 81 cases werd niet overwogen om aan medicatie in eigen beheer te doen. Dit is een hoog cijfer dat mogelijks te wijten is aan het standpunt van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is momenteel geen voorstander van medicatie in eigen beheer door het ontbreken van duidelijke afspraken. Verder gaan zij er, in zeldzame gevallen, mee akkoord om medicatie in eigen beheer te geven (bv. wanneer de patiënt dit uitdrukkelijk vraagt). In zulke gevallen is toestemming van de arts noodzakelijk en wordt enkel de thuismedicatie in eigen beheer gegeven. Geneesmiddelen die worden opgestart tijdens de ziekenhuisopname blijven in opslag bij de verpleging.

Wanneer we kijken naar wat maakt of medicatie in eigen beheer wordt overwogen, komen we uit op het volgende. In 70% van de gevallen krijgen patiënten hun medicatie in eigen beheer omdat zij die thuis ook zelfstandig innamen. Het gaat hierbij telkens enkel over de thuismedicatie.

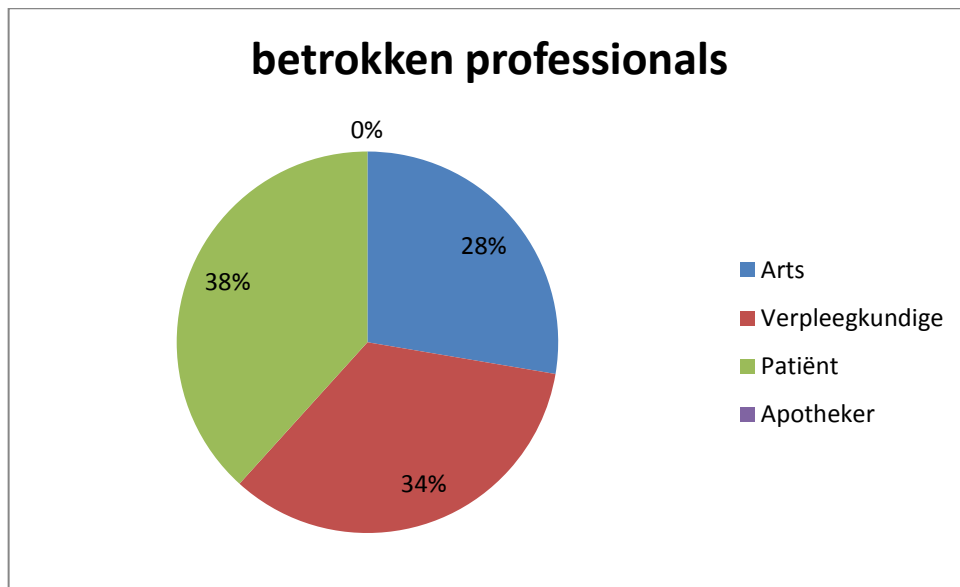
In geen enkel geval weigerde de patiënt zijn geneesmiddelen af te geven bij opname en in geen enkel geval werd er gescreend naar de mogelijkheden van de patiënt.

In telkens 7% van de gevallen werd medicatie in eigen beheer gegeven op vraag van de arts, op vraag van de patiënt en door het gebruik van chronische middelen. Er werd door de arts in die gevallen geopteerd voor medicatie in eigen beheer in de ziekenhuissetting omdat op die manier de patiënt kan wennen aan zijn nieuwe medicatie die hij chronisch zal moeten gebruiken.

Steeds minder dan 4% was naar aanleiding van dagopnames, op vraag van de familie, op vraag van verpleegkundigen, en via overnames van andere diensten. Bij dagopnames wordt medicatie altijd in eigen beheer gelaten omdat de medicatie bestellen via de ziekenhuisapothek dan te omslachtig is en te lang duurt. Bij overnames van andere diensten werd de medicatie enkel in eigen beheer gegeven als dit reeds het geval was op de vorige dienst.

4. Betrokken professionals

In onderstaande grafiek wordt weergegeven wie er betrokken was bij de beslissing tot medicatie in eigen beheer. In geen enkel geval werd de apotheker bij deze beslissing betrokken. In 28% van de gevallen was het de arts die de beslissing nam. In 34% van de gevallen waren dat verpleegkundigen en bij 38% werd de patiënt zelf betrokken. Vaak werd deze beslissing ook genomen door arts, verpleegkundigen en patiënt samen. Het is vreemd dat de arts in mindere mate deze beslissing neemt aangezien volgens de visie van het ziekenhuis steeds zijn akkoord nodig is.



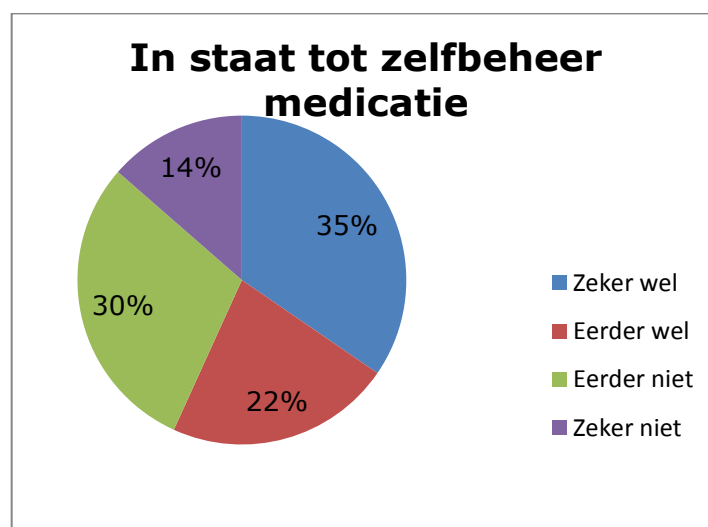
Figuur 12: betrokken professionals

5. Competentie patiënt

Daarnet werd aangehaald dat in 67% van de gevallen niet werd overwogen om aan medicatie in eigen beheer te doen. Hierbij komt dat in 33% van deze cases hoofverpleegkundigen de patiënt wel in staat achten om zijn medicatie zelfstandig te beheren. Van die 33% scoorde 16% als zeker in staat tot medicatie in eigen beheer en 17% tot eerder in staat.

Deze resultaten wijzen op het feit dat meer patiënten aan medicatie in eigen beheer zouden kunnen doen, dan dat op het gegeven moment het geval was. Verklaringen hiervoor kunnen zijn dat er niet systematisch wordt overwogen om medicatie in eigen beheer te geven, dat verpleegkundigen dit niet actief aanmoedigen en dat patiënten niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot zelfbeheer van medicatie.

In onderstaande figuur wordt weergegeven hoe de hoofdverpleegkundigen de patiënten in schatten in de mogelijkheid tot het zelfbeheer van hun medicatie. Hierbij wordt duidelijk dat 57% van de patiënten in staat zou zijn om medicatie zelfstandig te beheren. Dit aantal ligt dus opvallend hoger dan het aantal keer dat medicatie effectief in eigen beheer wordt gegeven (32%).



Figuur 13: in staat tot zelfbeheer medicatie

De zelfstandigheid, de leeftijd en het cognitief functioneren van de patiënt komen uit dit onderzoek naar voor als de 3 belangrijkste criteria om te bepalen of iemand al dan niet zijn medicatie zelfstandig kan beheren. Zelfstandigheid werd daarbij 50 keer aangehaald als criteria, leeftijd 47 keer, en cognitief functioneren 54 keer. Deze 3 criteria waren zowel bepalend om medicatie wel en niet zelfstandig te laten beheren. Zo vonden de verpleegkundigen een jong en zelfstandig persoon zonder cognitieve problemen in staat om zijn medicatie zelf te beheren. Oudere, minder zelfstandige personen met cognitieve problemen werden niet in staat geacht.

Dat hoge leeftijd gezien wordt als een exclusiecriteria is jammer. Uit de literatuur is namelijk gebleken dat ouderen vaak meer therapietrouw zijn dan jongeren (zie Elisa-model). Waarschijnlijk koppelen verpleegkundigen een hogere leeftijd aan dementie of andere vormen van cognitieve achteruitgang.

De ziekte van de patiënt werd 9 keer aangehaald als argument om medicatie niet in eigen beheer te geven, risico op therapieontrouw 10 keer. Daarnaast werden depressie, blindheid en het gebruik van sedativa telkens 1 maal aangegeven als exclusiecriteria.

Dementie, doofheid en minderjarigheid werden nooit aangehaald.

Het onder narcose zijn geweest in de afgelopen 24 uur was 3 keer van toepassing. Het opstarten van nieuwe geneesmiddelen tijdens de opname 2 keer.

Bij de optie 'andere' werden tal van redenen gegeven om medicatie niet in eigen beheer te geven. Hierbij gaat het om alcoholmisbruik (4), een suïcidaal en een extreem angstig persoon, anderstaligen (2), een persoon met weinig ziekte inzicht en een persoon die werd overgenomen uit een rusthuis en dus nooit haar medicatie zelf zou beheren na ontslag.

Bij deze optie werden ook argumenten aangehaald om de medicatie wel in eigen beheer te geven. Deze omvatten medische scholing, assistentie door familieleden, en het reeds zelfstandig beheren van de medicatie in de thuissituatie.

Tot slot kwam nog een hindernis naar boven bij het geven van medicatie in eigen beheer. Sommige geneesmiddelen (vb. verdoovende middelen) worden achter slot bewaard om de verpleegafdeling. Op die manier is het niet mogelijk dit in eigen beheer te geven.

3.8.4 Conclusie

Uit het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek kunnen we besluiten dat verpleegkundigen zowel voor patiënten als voor zorgverleners weinig voordelen zien in het toepassen van medicatie in eigen beheer. Vooral het verlies van controle wordt aangegeven als een groot risico. Er zal in mindere maten een overzicht zijn van wat patiënten innemen, hoeveel ze daarvan nemen en wanneer ze dat doen. Dit schrikt verpleegkundigen af. Ze vrezen overdoses, medicatiefouten en minder zichtbare symptomen doordat patiënten deze zelf te lijf gaan met medicatie.

De voordelen die worden aangegeven voor de zorgverleners zijn een daling van het administratief werk en de werkdruk. Voor de patiënt zouden vooral de therapietrouw en de onafhankelijkheid gestimuleerd worden. Ook de toename aan communicatie die nodig zal zijn om medicatie in eigen beheer mogelijk te maken, wordt gezien als een pluspunt.

Op alle bevraagde afdelingen wordt reeds informatie gegeven over de ontslagmedicatie aan de hand van de ontslagbrief met de medicatielijst. Deze informatie wordt pas op de

dag van ontslag meegedeeld. Toch krijgt de patiënt de kans om vragen te stellen, al dan niet telefonisch na ontslag.

Uit het kwantitatieve gedeelte kunnen we besluiten dat medicatie in eigen beheer momenteel voornamelijk wordt toegepast op heelkundige diensten. Heelkundige diensten blijken ook de enige die alle medicatie van een patiënt in eigen beheer geven (6%). In totaal werd in 32% van de gevallen medicatie in eigen beheer gegeven.

Een grote meerderheid van patiënten met medicatie in eigen beheer behoort tot de categorieën zelfzorg en lichte zorg. Dit is een logisch resultaat aangezien patiënten die tot de categorie zware zorg behoren waarschijnlijk in mindere mate zelf voor het gebruik van hun medicatie kunnen instaan.

92% van alle geneesmiddelen in eigen beheer worden per os ingenomen of geïnhaleerd. Geen enkele patiënt injecteerde zelf zijn subcutane inspuitingen.

De meeste geneesmiddelen in eigen beheer werken in op het ademhalingsstelsel. Op verpleegafdeling B3 is dat zelf 100%. Op D4 werken de meeste geneesmiddelen dan weer in op het cardiovasculaire systeem en op B4 op het zenuwstelsel. Op D6 is er een betere spreiding van de soorten medicatie in eigen beheer. Daarbij zijn voornamelijk geneesmiddelen in eigen beheer die inwerken op het ademhalings-, zenuw-, en spijsverteringsstelsel.

De hoofdverpleegkundigen geven aan dat volgens hen 57% van de opgenomen patiënten in staat is om zijn medicatie zelf te beheren. Momenteel neemt slechts 32% van deze patiënten hun medicatie zelfstandig in.

De belangrijkste determinanten in de keuze om medicatie in eigen beheer toe te staan, zijn de zelfstandigheid, de leeftijd en het cognitieve functioneren van de patiënt.

Kritische reflectie

Tijdens de zoektocht naar onderbouwde literatuur omtrent medicatie in eigen beheer stelden we vast dat deze slechts beperkt is. Voornamelijk Nederlandstalige literatuur was moeilijk te vinden. Het ontbreken van voorgaande gelijkaardige onderzoeken wijst op het recente karakter van dit onderwerp. Doordat we slechts over een beperkt aantal bronnen beschikten is onze literatuurstudie eerder beknopt.

Dit werkstuk richt zich uitsluitend op medicatie in eigen beheer in de ziekenhuissetting en is bijgevolg niet toepasbaar in andere zorginstanties.

Door de beperkte tijdspanne hebben we onze bachelorproef niet kunnen toetsen in de praktijk. Hierdoor weten we niet of het Elisa model volledig is en of de 'pill organizer' het gewenste resultaat heeft. De mogelijkheid tot implementatie wordt door ons dan ook in vraag gesteld.

Daarnaast is ook het ontbreken van een wettelijk kader een groot struikelblok. Hierdoor blijven verpleegkundigen aansprakelijk bij medicatiefouten, ook als deze gemaakt worden door de patiënt. Bij gebrek aan een wettelijk kader zijn ziekenhuizen momenteel vrij om zelf een beleid op te stellen. Elk ziekenhuis kan dus zelf bepalen wat wordt toegestaan en wat niet.

Doorheen de uitvoering van het onderzoek kwam duidelijk naar voor dat de meeste verpleegkundigen een eerder conservatieve houding aannemen. Dit vinden wij betreurenswaardig, omdat vernieuwing niet steeds negatief hoeft te zijn. Medicatie in eigen beheer is slechts mogelijk als verpleegkundigen een actieve bijdrage leveren. Daarbij denken we in de eerste plaats aan het volgen van bijscholingen. Er moet eenduidig worden meegedeeld waar men naar streeft en hoe men dit concreet kan aanpakken.

Ook binnen het onderzoeksdeel van de bachelorproef hebben we bemerkingen. De resultaten van het kwalitatieve gedeelte zijn niet representatief doordat hierbij slechts 4 personen werden bevraagd. Daarnaast zijn eveneens de resultaten van het kwantitatieve gedeelte niet representatief. Deze werden namelijk slechts in één algemeen Vlaams ziekenhuis afgenomen op 4 afdelingen. De invloed van de hoofdverpleegkundigen was tevens bij het kwantitatieve gedeelte groot. Zo was de vraag "is de patiënt volgens u in staat zijn medicatie zelf te beheren?" heel persoonlijk. De resultaten zijn dan ook sterk beïnvloed door de opinie van de deelnemende verpleegkundigen.

Besluit

Uit dit onderzoek kunnen we besluiten dat medicatie in eigen beheer tal van voordelen heeft voor de patiënt. Zowel de therapietrouw als de kennis over het medicatiegebruik neemt hierbij toe. De patiënttevredenheid neemt toe en de zelfzorg wordt gestimuleerd. Daarnaast zou de werkdruk voor verpleegkundigen afnemen.

Het enige nadeel dat verbonden is aan medicatie in eigen beheer is dat verpleegkundigen het gevoel van controle verliezen en daarbij toch eindverantwoordelijke blijven.

De belangrijkste aandachtspunten bij zelfbeheer van medicatie zijn het multidisciplinair werken en het geven van voldoende informatie aan de patiënt.

Het te volgen medicatieschema bij medicatie in eigen beheer moet in een voor de patiënt begrijpbare taal geschreven worden, zonder vakjargon. Het schema moet tevens duidelijke en eenvoudige instructies bevatten zodat het risico op medicatiefouten minimaal is. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van dergelijk schema ligt bij de verpleegkundigen. Zij dienen dus over voldoende kennis omtrent medicatie te beschikken.

Bij het geven van patiëntenvoorlichting moet er gebruik gemaakt worden van zowel mondelinge als schriftelijke informatie. Ook het aanleren van de nodige vaardigheden zijn van groot belang.

Patiëntveiligheid is een zeer belangrijk begrip in de gezondheidszorg. De veiligheid van de patiënt wordt gewaarborgd door medicatie veilig te bewaren. De veiligheid van de verpleegkundigen wordt bekomen door het gebruik van de 'pill organizer' en door het laten ondertekenen van een document dat de verantwoordelijkheid van medicatie in eigen beheer bij de patiënt legt. De patiënt wordt hierbij begeleid en geëvalueerd door verpleegkundige doorheen het volledige proces.

Uit dit onderzoek blijkt dat medicatie in eigen beheer vooral op heelkundige diensten reeds frequent voorkomt. Op geneeskundige diensten gebeurt dit minder. Verder kan besloten worden dat volgens verpleegkundigen veel meer patiënten hun medicatie zelf kunnen beheren (57%) dan dat het momenteel gebeurt (32%). Bijna alle (92%) geneesmiddelen in eigen beheer worden oraal ingenomen of geïnhaleerd. Subcutane inspuitingen worden nooit door de patiënt zelf beheerd. De belangrijkste determinanten in de keuze om medicatie in eigen beheer toe te staan, zijn de zelfstandigheid, de leeftijd en het cognitieve functioneren van de patiënt.

Tot slot kunnen we besluiten dat verpleegkundigen zowel voor patiënten als voor zorgverleners weinig voordelen zien in het toepassen van medicatie in eigen beheer. Vooral het verlies van controle en de kans op foutieve inname worden aangegeven als grote risico's. Verpleegkundigen geven wel aan dat de therapietrouw, de onafhankelijkheid en zelfzorgvermogen van de patiënt zal toenemen.

Literatuurlijst

Artikels uit vaktijdschrift

- Allen, G., & Blachard, H. (2013). Medicines code: Self-administration of Medicines by patients. *National Health Service*, 30.
- Alper, E., O'Malley, T. A., Greenwald, J., Aronson, M. D., & Sokol, N. H. (2014). Hospital discharge. *UpToDate*, 16.
- Berends, N. (2013). 13 knelpunten in de overdracht van ziekenhuis naar thuiszorg. *Nursing*.
- Cuperus-Bosma, J. M., Wagner, C., & van der Wal, G. (2005). Veiligheid van patiënten in ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
- Davis, A., Muir, P., Allardice, J., Clark, K., Groves, J., Molenaar, M., et al. (2002). SHPA Guidelines for Self-Administration of Medication in Hospitals and Residential Care Facilities. *International Journal of Pharmacy Practice*.
- Drug and Therapy Perspectives. (2013). Effective risk management is the key to maximising the benefits of self medication. *Academic Journal Volume 19*, 22-25
- Ehsani, S. R., Cheraghi, M. A., Nejati, A., Salari, A., Esmaeilpoor, A. H., & Nejad, E. M. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*.
- Grantham, G., McMillan, V., Dunn, S., Gassner, L., & Woodcock, P. (2006). Patient self-medication, a change in hospital practice. *Journal of Clinical Nursing*, 962 - 970.
- Hughes, R. (2008). Patient Safety and Quality, An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville. *Agency for Healthcare and Quality*.
- Jacobson, K. L., Kripalani, S., Gazmararian, J. A., & McMorris, K. J. (2008). How to create a Pill Card. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 10.
- Krahenbuhl, A. M., Schlienger, R., Lampet, M., Haschke, M., Drewe, J., & Krahenbuhl, S. (2007). Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug safety*, 379-407.
- Lowe, C., Raynor, D., Courtney, E., Purvis, J., & Teale, C. (1995). Effects of self medication programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. *British Medical Journal*.
- Manias, E., Beanland, C., Riley, R., & Baker, L. (2004, April). Self-administration of medication in hospital: patients perspectives. *Journal of Advanced Nursing Volume 46*, pp. 194-203.
- Nettles, A. T. (2005). Patient education in the hospital. *Diabetes spectrum*, 5.
- Park, D., Hertzog, C., & Leventhal, H. (1999). Medication adherence in rheumatoid arthritis patients. Older is wiser. *Journal of the American Geriatrics Society*, 172-183.
- Philip, A., & Byatt, K. (2008). Are patients who self-administer their medicines in hospital more satisfied with their care? *Journal of Advanced Nursing*, 395-400.
- Professor Griffiths, M., Professor Courtenay, M., Dr Way, S., Iveson, A., Ryan, A., Cairns, C., et al. (2007). Standards for medicine management. *nursing and midwifery council*.
- Richardson, S. J., Thomas, S. K., McDowell, S. E., Hodson, J., Afzal, M., & Coleman, J. J. (2013, Augustus). Medication self-administration in hospitalised patients: An evaluation using data from an electronic prescribing and medication administration system. *Clinical Therapeutics Volume 35*, p. e32.
- Royal Cornwall Hospitals. (2013). Policy for self administration of medication (SAM) by competent patients. *National Health Service*.
- Tesfay, K., Girma, E., Negash, A., Tesfaye, M., & Dehning, S. (2013). Medication non-adherence among adult psychiatric out patients in Jimma University specialized hospital, southwest ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Science*.
- Vermeulen, H. (2010). Grote zorg om patiëntveiligheid door medicatiefouten. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*.
- Vervloet, M. (2013). Medicijndoos met sms verbetert therapietrouw. *Nursing*.

- Warden, Freels, Furuno, & Mackay. (2014). Pharmacy-managed program for providing education and discharge instructions for patients with heart failure. *American Journal of Health -System Pharmacy*.
- Witterland, A. (2012). Medicatie in eigen beheer risicovol: Medicijnbeheer. *Pharmaceutisch weekblad*, 42.

Rapporten

- Bewley, T., Grandby, T., Smith, V., Iverson, A., Ryan, A., Cairns, C., et al. (2010). *Standards for medicines management*. London: Nursing and Midwifery Council.
- Clement, L. (2008). *Zelfmedicatietherapie*. Antwerpen.
- Dr. Eliens, A., & Dr. Poot, E. (2011). *Instructie voor toediening en gereedmaking van medicatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Glinn, J., & Daniel, B. (2013). *Policy for self administration of medicines (SAM) by competent patients*. Cornwall: Royal Cornwall Hospitals.
- Grover, T., & Younes, A. (2004). *Self-administration of medication by patients policy*. Texas: University of Texas.
- IGZ. (2004). *Staat van de gezondheidszorg 2004. Patiëntenveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis*. Den Haag.
- Montenegro, Luque, Auroles, Verdú, Moreno, & Correa. (2013). Adherence to treatment, by active ingredient, in patients over 65 years on multiple medication. *Atención Primaria*, 8.
- Rekenhof. (2006). *Nieuwe regels voor de financiering van de ziekenhuizen*. Brussel.
- Schoonacker, M., & Prof. Dr. Louckx, F. (2007). *Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*. Heverlee: Vrije Universiteit Brussel, Vakgroep Medische Sociologie.
- (2010). *Gezondheidsenquête, België 2008*. Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance.

Boeken

- (BCFI), B. C. (2012). *Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium*. Brussel: J.M. Maloteaux.
- Christelijke Mutualiteit. (2003). *Generische Geneesmiddelen*. Brussel: Marc Justaert.
- de Bekker, J. M., drs. Eliens, A. M., drs. de Haan, J. H., drs Schouten, L. M., & drs Wigboldus, M. E. (2010). *Kwaliteitszorg en patiëntenveiligheid*. Dwingeloo: Kavanah.
- Dobbels, F. (2003). *medicamenteuze therapietrouw: een uitdaging voor de klinische praktijk*. Kluwer: Daniel Lefebvre.
- Fabienne, D. (2003). *Medicamenteuze therapietrouw: een uitdaging voor de klinische praktijk*. Kluwer: Daniel Lefebvre.
- Genevieve, T. (2004). *Patiënteneducatie*. Mechelen: Kluwer.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. A. (2001). *Perceptions of health & illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- van Everdingen, J. J., Smorenburg, S. M., Schellekens, W., Molendijk, A., Kievit, J., van Harten, W. H., et al. (2003). *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Websites

- Food and Drug Administration. (2007). *FDA glossary of terms*. Opgeroepen op januari 2, 2014, van www.fda.gov/Cder/drugsatfda/glossary.htm#M.
- RIZIV. (2010). *Zorg in een ziekenhuis*. Opgeroepen op maart 20, 2014, van Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering: http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/SANTH_4_7_2.htm

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). (2014). *Narcose bijwerkingen*.
Opgeroepen op maart 8, 2014, van UMCG:
<http://www.umcg.nl/NL/Zorg/Ouderen/zob2/Narcose/Pages/default.aspx>

Documenten van een website

Combée, B. (2010, september 23). *Medicatieveiligheid moet en kan beter*. Opgeroepen op januari 2, 2014, van www.consumentenbond.nl:
<http://www.consumentenbond.nl/actueel/nieuws/nieuwsoverzicht-2010/medicatie-moet-en-kan-beter/>

Federale Overheidsdienst: volksgezondheid. (sd). *Zelfzorg: medicatie*. Opgeroepen op januari 2, 2014, van www.health.belgium.be:
http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/EvidenceBasedNursing/psychosocialdomain/behavior/self-care-drugs/19077201_NL?ie2Term=medicatie&ie2section=83#.UsV6pRDBhww

Bijlagen

1. Vragenlijst
2. MMSE
3. Broodzakkensysteem ontslagmedicatie
4. Folder

1. Bijlage: Vragenlijst



Beste hoofverpleegkundigen,

Wij zijn studenten uit het derde jaar van de bachelor verpleegkunde aan de Thomas More hogeschool te Lier. In het kader van onze bachelorproef, die tot stand komt in samenwerking met het Heilig Hart ziekenhuis te Lier, werken wij aan een onderzoek rond eigen beheer van medicatie door de patiënt gedurende een ziekenhuisopname. Het doel van onze bachelorproef is tweedelig. Enerzijds willen we onderzoeken hoe vaak medicatie in eigen beheer reeds voorkomt op heelkundige en inwendige diensten. Anderzijds willen we te weten komen of de mogelijkheid bestaat om op een veilige manier medicatie in eigen beheer te geven gedurende een ziekenhuisopname.

Onder medicatie in eigen beheer verstaat men de mogelijkheid dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het innemen van zijn of haar medicatie gedurende de opname.

Met de volgende vragenlijst zouden we willen achterhalen welke patiënten op uw afdeling hun medicatie in eigen beheer hebben, welke medicatie dat is, en welke redenen er zijn om dit wel of niet toe te staan.

Er zal door ons een afspraak worden vastgelegd met U. Tijdens de afspraak overlopen we samen elke patiënt en zal voor elke patiënt gecodeerd een vragenlijst worden ingevuld. De afspraak zal ongeveer 1 uur in beslag nemen.

De resultaten van dit onderzoek worden op het einde van dit academiejaar per mail aan U bezorgd.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Vriendelijke groeten,

Lisa Hellemans, Isabeau Huyge en Eline Vanhoof.

Deel 1: vragen per patiënt

Kamernummer patiënt:

Duid steeds **alle** mogelijkheden aan die van toepassing zijn.

1. Hoeveel geneesmiddelen gebruikt de patiënt?
2. Hoeveel van deze geneesmiddelen heeft de patiënt in eigen beheer?
 - Welke geneesmiddelen zijn dit?

 - Hoe worden ze toegediend?

3. Tot welke categorie van de patiëntenclassificatie van San Joaquin behoort de patiënt?
 - Categorie 1 (zelfzorg)
 - Categorie 2 (lichte zorg)
 - Categorie 3 (zware zorg)
 - Categorie 4 (intensieve zorg)
4. Is eigen beheer van medicatie bij deze patiënt overwogen?
 - Nee (ga naar vraag 7)
 - Ja
5. Wat was daarvoor de aanleiding ?
 - Het is een standaardprocedure.
 - Patiënt heeft er uitdrukkelijk naar gevraagd.
 - Patiënt weigerde zijn medicatie af te geven aan de verpleegkundigen.
 - Het werd voorgesteld door de arts.
 - Het werd voorgesteld door de verpleegkundigen.
 - Er werd gescreend naar de mogelijkheden van de patiënt om medicatie zelfstandig te beheren.
 - Andere:

6. Door wie is de beslissing genomen?
 - Arts
 - Verpleegkundige(n)
 - Patiënt
 - Apotheker
 - Andere:

2. Bijlage: MMSE

Patiënt:	Datum:
Onderzoeker:	Score: /30

1. Oriëntatie in tijd en ruimte

- Wat is de volledige datum van vandaag?

1.1. Tijd: Ken 1 punt per correct antwoord toe (score: 0-5)

• In welk jaartal zijn we?	Jaartal	<input type="checkbox"/>
• In welk seizoen zijn we?	Seizoen	<input type="checkbox"/>
• In welke maand zijn we?	Maand	<input type="checkbox"/>
• Welke dag is het vandaag?	Dag	<input type="checkbox"/>
• De hoeveelste is het vandaag?	Datum	<input type="checkbox"/>

1.2. Ruimte: (score 0-5)

• In welk land leven wij?	Land	<input type="checkbox"/>
• In welke provincie zijn we?	Provincie	<input type="checkbox"/>
• In welk(e) stad/dorp zijn we?	Stad	<input type="checkbox"/>
• In welk hospitaal/centrum bent u? of Hoe is mijn naam?	Centrum	<input type="checkbox"/>
• Op welke verdieping bent u?	Verdieping	<input type="checkbox"/>

2. Inprentingsvermogen

- Ik noem drie woorden. Als ik ze gezegd heb, moet u ze alle drie herhalen. Lees de woorden voor aan 1 woord per seconde. Laat ze daarna herhalen en noteer elk correct woord. (1 punt voor elk correct antwoord – score 0-3)

• Sigaar	Sigaar	<input type="checkbox"/>
• Bloem	Bloem	<input type="checkbox"/>
• Deur	Deur	<input type="checkbox"/>

Als de patiënt ze niet correct herhaalt, zeg ze dan opnieuw voor en herhaal tot 6 maal.

Tel hier echter géén punten voor. Aantal pogingen:

Onthoud deze woorden goed, want ik ga ze u straks nog eens vragen.

3. Aandacht

A. Wilt u van het getal 100, 7 aftrekken?

Van de uitkomst trekt u dan telkens weer 7 af en zo verder tot ik "stop" zeg.

Elke juiste aftrekking levert 1 punt op (vb. 93, 87, 80, 72, 65 geeft een score van 3).

Wanneer de eerste berekening foutief is, wordt dit als foutief aangerekend maar wel gecorrigeerd.

Daarna vraagt u: "Hoeveel is 93 min 7?" Vanaf dan vraagt u: "En verder?"

	(93)	<input type="checkbox"/>
	(86) of -7	<input type="checkbox"/>
	(79) of -7	<input type="checkbox"/>
	(72) of -7	<input type="checkbox"/>
	(65) of -7	<input type="checkbox"/>

B. Wilt u het woord "dorst" van achteren naar voren spellen?

(1 punt voor elke correcte letter op de juiste plaats)

	T	<input type="checkbox"/>
	S	<input type="checkbox"/>
	R	<input type="checkbox"/>
	O	<input type="checkbox"/>
	D	<input type="checkbox"/>

Zowel test 3A als 3B worden afgenomen.

Vergelijk de scores van test A en test B en weerhoud enkel de hoogste score.

Schrap de andere en tel die niet mee in de eindscore.

Hoogste score:

4. Geheugen

- Welk waren de drie woorden die u moest onthouden?
(score 0-3)

_____	Sigaar	<input type="checkbox"/>
_____	Bloem	<input type="checkbox"/>
_____	Deur	<input type="checkbox"/>

5. Taal

5.1. Benoemen

- Wat is dit?** Wijs een horloge aan. Horloge
- Wat is dit?** Wijs een potlood aan. Potlood

5.2. Herhalen

- Wilt u de volgende zin herhalen: "Geen als, en of maar".** Correct

5.3. Begrip

- Neem dit papier met uw rechterhand, vouw het in twee en leg het op de grond.**
(1 punt voor elke goede handeling)
- | | | |
|-------|---------------|--------------------------|
| _____ | Neemt papier | <input type="checkbox"/> |
| _____ | Vouwt papier | <input type="checkbox"/> |
| _____ | Legt op grond | <input type="checkbox"/> |

5.4. Lezen

- Lees wat op dit papier staat en doe wat gevraagd wordt.**
Hou het papier omhoog, waarop staat 'SLUIT UW OGEN'
- | | | |
|-------|------------|--------------------------|
| _____ | Sluit ogen | <input type="checkbox"/> |
|-------|------------|--------------------------|

5.5. Schrijven

- Kan u voor mij een zin opschrijven?**
De zin moet een onderwerp en werkwoord bevatten en betekenis hebben.
Fouten in de spelling en grammatica worden niet beoordeeld.
- | | | |
|-------|-----|--------------------------|
| _____ | Zin | <input type="checkbox"/> |
|-------|-----|--------------------------|

6. Constructieve vaardigheid

- Kan u deze figuur natekenen?**
Toon de twee vijfhoeken.
Voor een correct antwoord moeten er tien hoeken zijn, waarvan er twee mekaar kruisen.
- | | | |
|-------|--------|--------------------------|
| _____ | Figuur | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------|--------------------------|



Totaalscore

Tel alle goede antwoorden op (let op bij test 3A en 3B) en noteer het totaal in de rechterbovenhoek (maximumscore = 30)

3. Bijlage: Broodzakkensysteem ontslagmedicatie



4. Folder