

Amber Damiaens, Astrid Frisson
en Veerle Foulon

Hier zijn uw pilletjes

Gids voor een kwaliteitsvol
medicatieproces in
woonzorgcentra



VOORWOORD

CAROLINE GENNEZ

Minister van Welzijn, Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen

Als Vlaams minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen, sta ik voor de belangrijke taak om gezondheid en welzijn voor iedereen te bevorderen. Kwetsbare groepen, zoals bewoners van woonzorgcentra, verdienen daarbij onze bijzondere aandacht. Samen met alle betrokken actoren wil ik mij inzetten voor een kwaliteitsvol medicatiebeleid. Dit is absoluut noodzakelijk. De juiste medicatie in de juiste dosis, op het juiste moment en met de juiste toediening, dat is cruciaal willen we goede zorg realiseren.

Dit boek presenteert het kwaliteitskader voor een kwalitatief geneesmiddelenbeleid in Vlaamse woonzorgcentra, ontwikkeld door onderzoekers van het Departement Farmaceutische en Farmacologische Wetenschappen van de KU Leuven. De Vlaamse regering ondersteunt de implementatie hiervan en onderzoekt tegelijkertijd de rol van coördinerende en adviserende apothekers in het begeleiden van woonzorgcentra in het veranderproces naar een optimaal medicatiebeleid.

Het implementatieproject, dat de naam POOMAH meekreeg, omvat zowel een medicatieprocesgericht als een bewonersgericht gedeelte. Het opzetten van structuren en processen is één aspect van kwaliteitszorg. Nog belangrijker is de rol van de mensen binnen deze processen. Zowel de zorgverleners die het medicatiebeleid uitvoeren als de bewoners met een zorg- en ondersteuningsbehoefte staan hierbij centraal. Ons doel is om elke Vlaming de best mogelijke zorg en ondersteuning te bieden op een warme en betrokken manier, waarbij elke bewoner actief kan deelnemen aan zijn zorgproces, én duidelijkheid heeft over de zorgkosten.

Het kwaliteitskader voor medicatiebeleid moet zorgverleners in staat stellen zich te focussen op hun kerntaken. Registratie van medicatietoediening, wat een belangrijk aspect is binnen een kwaliteitsvol medicatiebeleid, mag daarbij niet gezien worden als administratieve last, maar als een waarborg voor de continuïteit van zorg. Het betrekken van de bewoner bij het formuleren van doelen en voorkeuren voor de (medicamenteuze) behandeling en

bij het aanpassen van de medicatie, zoals voorgesteld in dit kwaliteitskader, kan het medicatieproces meer persoonsgericht maken.

Ik hoop dat dit boek mee de basis vormt voor de kwaliteit van zorg voor deze kwetsbare ouderen en dat onze zorgactoren hiermee aan de slag gaan. Ik dank iedereen die betrokken is voor hun inzet, betrokkenheid en oog voor de mens die onze zorg nodig heeft, en wens u alle succes.

Caroline Gennez
Minister van Welzijn, Armoedebestrijding,
Cultuur en Gelijke Kansen

PROF EM JAN DE LEPELEIRE

Huisarts, CRA

Kwaliteitsvolle ouderenzorg is een uitdaging voor onze samenleving. Hoewel volgens de meest recente cijfers maar 5% van de Vlaamse 65-plussers in een woonzorgcentrum woont, gaat het in de publieke ruimte, bij berichtgeving over ouderen, zeer snel over de woonzorgcentra. Jammer genoeg niet altijd op de meest positieve manier.

Er zijn dan ook veel problemen aan te pakken. Twintig jaar geleden maakte de Phebestudie duidelijk hoe groot het probleem van polyfarmacie is in de woonzorgcentra (Vander Stichele et al., 2006). Een ander, daaropvolgend KCE-rapport uit 2010 over 'Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis' legde reeds de moeilijkheden in de farmaceutische zorg bloot in de transitie tussen thuis en ziekenhuis (Spinewine et al., 2010). Het was de start voor de afdeling Klinische Farmacologie en Farmacotherapie van de KU Leuven om samen met andere onderzoekers opeenvolgende onderzoeksprojecten uit te werken met als focus de farmaceutische zorg in woonzorgcentra. Stap voor stap werd het hele proces, dat er ogenschijnlijk eenvoudig uitziet, met een anatomische nauwkeurigheid gefileerd en gesystematiseerd. Instrumenten en procedures werden ontwikkeld, uitgetest en gepubliceerd. Want zoveel is zeker: de keten is complex en vaak erg fout gevoelig.

Dit boek geeft op een verfrissende en heldere manier de resultaten weer van al dit werk. Niet als een wetenschappelijk traktaat, maar als een 'reisgids' om in het woonzorgcentrum mee aan de slag te gaan. Stap voor stap, te starten bij de voorbereiding van de 'opname' (liever 'verhuis' naar het woonzorgcentrum), wordt toegelicht wie wat doet, wanneer, waarom en vooral: hoe.

Verpleegkundigen en leden van het verzorgend team kunnen hier vernemen wat precies van hen verwacht wordt en waar de zorg geoptimaliseerd kan worden. Directie en bestuur leren hoe complex het systeem in elkaar zit waardoor de noodzaak voor een stevig beleid, ondersteund door performante digitale infrastructuur, geen luxe maar noodzaak is. De Coördinerend en Adviserend Apotheker (CAA), van wie de rol volop verkend wordt, krijgt een zicht op de verschillende stappen in het medicatieproces. Voor de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) wordt het duidelijk welke de hefbomen, barrières en valkuilen kunnen zijn voor een doeltreffend farmaceutisch beleid. De behandelende huisartsen kunnen zich voorbereiden op het feit dat 'hier is het voorschrift voor uw pilletjes' niet langer voldoende is voor een kwaliteitsvolle farmacotherapie.

Multidisciplinaire samenwerking wordt voorbereid en ondersteund door tal van instrumenten die werden ontwikkeld zodat een goed voorbereid medisch farmaceutisch overleg (MFO) kan leiden tot op evidentie gebaseerde, kwaliteitsvolle zorg. Met minder onnodige polyfarmacie en iatrogene problemen.

Zo kunnen bewoners, omringd door hun nauw betrokken naasten, de kwaliteitsvolle zorg krijgen waar zij recht op hebben.





Veel leergenoet,
Prof Em Jan De Lepeleire
Huisarts, CRA

Spinewine Anne, Foulon Veerle, Claeys Coraline, De Lepeleire Jan, Chevalier Pierre, Desplenter Franciska, De Winter Sabrina, Dumont Christophe, Lacour Valérie, Simoens Steven, Dubois Cécile, Paulus Dominique. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 131A. DOI: 10.57598/R131A.

Vander Stichele RH, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, Soenen K, Smet M, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 47 A (D/2006/10.273/61)

INHOUD

Voorwoord	5
Het medicatieproces in woonzorgcentra	11
Hoe dit boek gebruiken?	35
 Opname	38
Een up-to-date medicatieschema als basis	42
Informeren van bewoners over het medicatieproces	49
Een eerste medicatienazicht	55
 Voorschrijven	64
Opvolging door de huisarts	66
Voorschrijven op basis van een formularium	73
Correct voorschrijven: ook voor bewoners van WZC	78
Voorschrift als basis voor het opstarten van een behandeling	81
Controle van voorschriften en medicatieschema's:	
een verantwoordelijkheid van arts en apotheker	84
Rationeel voorschrijven	86
 Aankopen en bestellen	96
Het bestelproces	97
Bestellen: niet zonder voorafgaande controle	101
 Leveren	104
Leveren van medicatie: alleen als alles klopt	105
Leveren van medicatie: meer dan een pakje verzenden	107
Documenteren van leveringen	114
Controle van geleverde medicatie	116

 Bewaren	118
Veilige bewaring van medicatie	121
Bewaren van medicatie op de kamer van de bewoner	126
De noodkast	129
Wat met vervallen medicatie?	132
 Klaarzetten en voorbereiden	134
Vorbereiden: meer dan de medicatie in potjes doen	136
Medicatie klaarzetten: een inhoudelijke taak die de nodige alertheid en controles vereist	140
Registreren van de voorbereiding	145
 Toedienen	148
Medicatie toedienen: meer dan een potje met pilletjes op tafel zetten	150
Eerst controleren, dan toedienen	163
Ook na toedienen controleren	165
Op controleren volgt registreren	166
 Monitoren	168
Zorgvuldige observaties als eerste en belangrijke stap	170
Metten is weten	174
Wijzigingen in medicatie: eindpunt en nieuw begin	176
Verklarende woordenlijst	177
Dankwoord	179

HET MEDICATIE- PROCES IN WOONZORGCENTRA

In dit boek focussen we op de organisatie van het medicatieproces in Vlaamse woonzorgcentra (WZC). Met de gids willen we inspiratie bieden aan al wie betrokken is bij de zorg voor bewoners in een WZC om alles wat met medicatie te maken heeft kwaliteitsvol te organiseren. Werk je in een andere sector, bijvoorbeeld in een voorziening voor mensen met een beperking? Dan hopen we ook jou te inspireren met dit boek.

In dit inleidende hoofdstuk schetsen we de uitdagingen van een kwaliteitsvol medicatieproces. We laten daarbij zien waarom dat proces complex en foutgevoelig is. Vervolgens zoomen we in op het belang van kwaliteitsvolle zorg, en wie daarin een rol kan opnemen. We beschrijven daarna uitvoerig hoe het kwaliteitskader voor het medicatieproces in WZC, dat de rode draad vormt van dit boek, tot stand kwam. We laten daarbij ook zien hoe je de kwaliteit van het medicatieproces in kaart kan brengen en welke acties je kan ondernemen om het proces te verbeteren.

Alhoewel dit boek in principe bedoeld is voor wie vertrouwd is met de sector, beginnen we het inleidende hoofdstuk met een schets van de opdracht en context van de WZC, en besteden we aandacht aan de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren. Dat moet helpen om een aantal misvattingen uit de weg te ruimen – misvattingen die een kwaliteitsvolle zorg in de weg kunnen staan.

Woonzorgcentra in Vlaanderen: opdracht en organisatie

Een WZC is een woonzorgvoorziening die met een aangepaste infrastructuur en binnen een organisatorisch geheel zorg en ondersteuning biedt in een thuisvervangend milieu aan (voornamelijk) ouderen met een complexe zorg- en ondersteuningsvraag, die er permanent verblijven. Het is dus tegelijk een woon- en een zorgomgeving.

WZC kunnen op meerdere vlakken van elkaar verschillen, waaronder de rechtspersoon, de grootte of het aantal woongelegenheden en de focus of specialisatie (bv. zorg voor mensen met dementie, zorg voor ouderen met psychiatrische aandoeningen...).

Vlaanderen telt ruim 800 WZC. Ze bieden opvang aan en dragen zorg voor zo'n 6% van de Vlaamse 65-plussers. Elk van die WZC is erkend door het Departement Zorg. WZC moeten daarvoor voldoen aan de toepasselijke erkenningsvoorwaarden. Het woonzorg-decreet vormt daarbij de basis.

Wat staat in het woonzorgdecreet en bijhorende uitvoeringsbesluiten over geneesmiddelen?

In bijlage 11 van het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) betreffende programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers (28 juni 2019) staat onder andere dat een WZC een interne afsprakennota moet hebben waarin het dagelijkse leven en de verzorging worden georganiseerd, in het bijzonder met betrekking tot 'vrije keuze apotheek' en 'de regeling voor de geneesmiddelen'. WZC moeten een systeem voor kwaliteitsmanagement hebben waarbij er een 'procedure voor het geneesmiddelenmanagement' is. Het doel is dat de bewoner dagelijks de voorgeschreven geneesmiddelen (zoals besproken door de behandelende arts met de bewoner en die opgenomen zijn in het woonzorgleefplan), krijgt aangeboden en, in voorkomend geval, toegediend: het juiste geneesmiddel, in de juiste dosis en op het juiste toedieningsmoment. Daarnaast moeten WZC ervoor zorgen dat verzorgings- en onderhoudsproducten, waaronder ook geneesmiddelen, op een veilige plaats bewaard worden. De veiligheid van de bewoners primeert in dit geval.

Om opgenomen te worden in een WZC moet een bewoner een zorg- of ondersteuningsnood hebben. Dat wordt vastgesteld door een zorgbeoordeling of indicatiestelling. Vanwege de toenemende vergrijzing worden momenteel enkel de meest kwetsbare ouderen opgenomen. Het gaat in belangrijke mate om bewoners met dementie. Elke bewoner kan een **vertegenwoordiger** aanstellen die beslissingen kan nemen over de te verstrekken gezondheidszorg als diegene daar zelf niet meer toe in staat is en de eigen rechten als patiënt niet kan uitoefenen. Wanneer we in dit boek spreken over de bewoner, bedoelen we meestal de bewoner en/of vertegenwoordiger. Soms gebruiken we ook de term '**naaste**'. Dat is een persoon die nauw betrokken is bij het leven en de zorg van de bewoner en die in staat is om te reflecteren en vragen te beantwoorden over de kwaliteit van leven, wonen en zorg van de bewoner. De naaste komt geregeld op bezoek bij de bewoner of heeft geregeld contact met de bewoner. Allemaal samen worden deze personen ook wel het **netwerk** van de bewoner genoemd.

De zorg en ondersteuning van bewoners in een WZC wordt opgenomen door verschillende types zorgverleners en medewerkers. Al die betrokkenen samen vormen een multidisciplinair team. De meeste leden van dat team zijn tewerkgesteld in het WZC en worden in het boek 'medewerkers' genoemd. Anderen, zoals huisartsen en apothekers, komen slechts af en toe in het WZC. Waar relevant, worden zij specifiek genoemd.

- Bewoners ondersteunen bij het nemen van een bad of bij het gebruiken van medicatie zijn taken die hoofdzakelijk door **zorgkundigen** en **verpleegkundigen** uitgevoerd worden, samen met **begeleiders wonen en leven**. Zij zijn daarbij ook laagdrempelige contactpersonen voor zowel de bewoner als diens vertegenwoordiger en/of naasten. Verpleegkundigen voeren daarnaast bepaalde voorgeschreven behandelingen en technisch-verpleegkundige handelingen uit. Ze zijn ook het aanspreekpunt voor de huisarts.
- Elk WZC stelt een **Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA)** aan. Dat is een huisarts die een bijkomende opleiding gevolgd heeft om die functie te kunnen uitoefenen. De CRA kan zelf ook huisarts zijn van een aantal bewoners in het WZC. De CRA is verantwoordelijk voor het uitwerken en implementeren van een medisch en therapeutisch beleid in het WZC. Daarbovenop is deze arts verantwoordelijk voor de communicatie over dat beleid naar de bewoners in het WZC, de medewerkers en de bezoekende huisartsen. De CRA kan ook een behandeling instellen binnen populatiegerichte medische zorg.
- De **huisarts** van de bewoner heeft de verantwoordelijkheid over de diagnosestelling en het instellen van de behandeling van de bewoner. De huisarts is dus ook verantwoordelijk voor het voorschrijven van geneesmiddelen. De huisarts wordt verwacht op regelmatige basis een bezoek te brengen aan de bewoner, in overleg te gaan met de zorg-

en verpleegkundigen en in samenspraak met de CRA het medisch beleid van het WZC te volgen. Dit laatste wordt vastgelegd in een Algemeen Reglement voor Medische Activiteit (ARMA) dat de rechten en plichten van behandelende huisartsen beschrijft.

- Medicatie wordt afgeleverd door een of meerdere **apotheken**. Dat kan variëren van een lokale apotheek tot een apotheek die een heel eind verderop gevestigd is. De kerntaak van de apotheker is het leveren van farmaceutische zorg.
- **Ergotherapeuten, logopedisten** en **kinesitherapeuten** zijn betrokken in wat we noemen de ‘paramedische’ zorg. Ze helpen bewoners onder andere bij activiteiten die de zelfredzaamheid en het behoud van mogelijkheden nastreven.
- **Maatschappelijk werkers, administratief, logistiek** en **technisch personeel** zorgen ervoor dat alle achterliggende processen vlot verlopen.
- Een **directieteam** zorgt voor de aansturing van de zorg en ondersteuning in het WZC. De **kwaliteitscoördinator** neemt daar een belangrijke rol in op.

Een rol die voorzien is in het BVR van 28 juni 2019, en die momenteel verkend wordt, is die van de **Coördinerend en Adviserend Apotheker** (CAA). Deze apotheker, die al of niet verbonden is aan de leverende apotheek, kan taken opnemen op beleidsniveau, op niveau van het medicatieproces en op niveau van de bewoner. In het ideale geval vormt de CAA een kernteam met de CRA en de kwaliteitscoördinator, en vormen zij samen de motor voor kwaliteitsbevordering met betrekking tot medicatie.

Het medicatieproces in WZC: foutgevoelig en niet altijd persoonsgericht

Deze gids heeft de ambitie om medewerkers van WZC te ondersteunen in het realiseren van een kwaliteitsvol medicatiebeleid. In de Vlaamse erkenningsvoorwaarden en normen wordt kwaliteit vaak omschreven als ‘een geheel van maatregelen en criteria die ervoor zorgen dat voorzieningen en diensten voldoen aan bepaalde standaarden’. Die standaarden zijn bedoeld om de veiligheid, effectiviteit en tevredenheid van de gebruikers te waarborgen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert ‘kwaliteit van zorg’ als ‘de mate waarin gezondheidsdiensten de kans vergroten op gewenste gezondheidsresultaten’. Dat

gebeurt door ‘zorg te verlenen die in overeenstemming is met de huidige professionele kennis en inzichten’.

Het medicatieproces is een van de vele processen in een WZC. Het omvat onder andere het voorschrijven, bewaren, toedienen en monitoren van (de effecten van) de medicatie. Een kwalitatief medicatieproces houdt in dat alle medicatie-gerelateerde activiteiten in het WZC effectief, veilig en persoonsgericht verlopen. Dat is een niet te onderschatten opdracht.

Verschuillende buitenlandse studies tonen aan dat het percentage bewoners dat minstens één **medicatiefout** ervaart tijdens het voorschrijven, afleveren, toedienen of monitoren van de medicatie, hoog ligt. De gerapporteerde percentages lopen op tot 70%. Kijken we naar de beleidsrapporten van Zorginspectie met betrekking tot het medicatieproces in de Vlaamse WZC, jaarlijks gepubliceerd sinds 2022, dan leren we dat er ook in Vlaamse WZC werk te leveren valt wat betreft het medicatieproces. Verbetering lijkt daarbij vooral mogelijk te zijn in het documenteren van medicatieschema’s van bewoners, alsook in het registreren van toedienen van medicatie. Ook specifiek het registreren van het aantal toegediende eenheden insuline (zeker bij een variabel schema) blijft een werkpunt.

Een stap in het medicatieproces die bijzonder foutgevoelig is, is het **voorschrijven van medicatie**. Het gaat daarbij vooral om onoordeelkundig voorschrijven, wat wordt gedefinieerd als ‘het voorschrijven van medicatie die doorgaans vermeden moet worden bij personen van 65 jaar en ouder omdat ze niet effectief is bij die doelgroep of omdat ze een onnodig risico vormt en er een veiliger alternatief bestaat’. Er bestaan drie categorieën van potentieel onoordeelkundig voorschrijven:

- ‘Overprescribing’, wat verwijst naar het voorschrijven van een geneesmiddel zonder geldige indicatie;
- ‘Misprescribing’, verwijzend naar het niet correct voorschrijven van een geneesmiddel voor een geldige indicatie (bijvoorbeeld on gepaste dosis, te lange duur...);
- ‘Underprescribing’, verwijzend naar het niet voorschrijven van een geneesmiddel waarvoor een indicatie aanwezig is.

In de COME-ON-studie (RIZIV-project, 2014-2017, zie p. 93), stelden we aan de hand van de toen gekozen criteria vast dat bij 88,3% van de bewoners sprake was van een potentieel ongeschikt geneesmiddel en bij 85,0% van een potentieel ontbrekend geneesmiddel.

Uit onderzoek blijkt verder dat het medicatieproces in WZC slechts in beperkte mate op een **persoonsgerichte manier** georganiseerd wordt. Persoonsgerichte zorg, zoals ge-

definieerd door de American Geriatrics Society (AGS) en overgenomen door de Vlaamse overheid, betekent 'zorg die is afgestemd op de individuele behoeften, voorkeuren en waarden van de patiënt'. Het gaat erom dat de zorgverlener de persoon als geheel ziet en niet alleen de ziekte of aandoening behandelt. Dat betekent dat de zorggebruikers bij beslissingen over de eigen zorg worden betrokken en dat hun wensen en levensstijl worden gerespecteerd.

Persoonsgerichte zorg wordt gezien als een mogelijk antwoord op de uitdagingen die gepaard gaan met multimorbiditeit. Daarmee wordt bedoeld dat iemand tegelijkertijd twee of meer chronische aandoeningen heeft, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson in combinatie met diabetes. Multimorbiditeit komt vaak voor bij ouderen en kan de zorg complexer maken omdat verschillende behandelaars en geneesmiddelen nodig zijn. Dat resulteert onder andere in wat we noemen 'polyfarmacie': het gelijktijdige gebruik van vijf of meer geneesmiddelen. Uit onderzoek weten we dat de behandelingen van mensen met multimorbiditeit en polyfarmacie vaak niet overeenstemmen met de voorkeuren van die personen. De zorg voor die mensen vraagt daarom om een verandering naar een meer complexe en persoonsgerichte aanpak.

Het RESPECT-project (FWO-project Amber Damiaens, 2018-2023) heeft inzicht gegeven in hoe persoonsgericht het medicatieproces in WZC verloopt, en ook in hoe bewoners daarin betrokken (willen) worden. De resultaten van een hele reeks interviews met bewoners, naasten en zorgverleners tonen aan dat de betrokkenheid van bewoners en naasten momenteel eerder beperkt is. Bewoners en naasten geven op een impliciete manier aan dat ze wel betrokken willen worden, maar veronderstellen dat ze niet betrokken kunnen of mogen zijn in het medicatieproces. Zorgverleners veronderstellen dan weer dat bewoners en hun naasten niet betrokken willen worden. Het resultaat is een eerder reactieve aanpak: als een bewoner of vertegenwoordiger iets vraagt, dan wordt diegene wel betrokken, maar als er geen initiatief komt van de bewoner of vertegenwoordiger, dan is de betrokkenheid bij het medicatieproces erg beperkt. De resultaten van het onderzoek tonen ook aan dat persoonlijke levensdoelen zelden als startpunt gebruikt worden om beslissingen te nemen over de medicatie van de bewoner.

De complexiteit van het medicatieproces: een uitdaging

De complexiteit van het medicatieproces draagt zonder twijfel bij aan het hoge percentage bewoners dat wordt blootgesteld aan medicatiefouten en het gebrek aan betrokkenheid van de bewoner. De complexiteit situeert zich op drie niveaus: de bewoner, het multidisciplinaire team en de organisatorische kenmerken van het WZC.

De bewoner

Om het juiste geneesmiddel voor te schrijven voor de juiste bewoner, moeten verschillende factoren tegelijk overwogen worden. Dat vraagt om samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners. Een eerste factor waarmee rekening moet worden gehouden is het feit dat ouder worden gepaard gaat met meerdere **fysiologische veranderingen**, resulterend in een gewijzigde farmacokinetiek en farmacodynamiek.

Farmacokinetiek en farmacodynamiek: hoe veranderen deze processen bij het ouder worden?

Farmacokinetiek beschrijft wat het lichaam doet met het geneesmiddel. Het omvat de opname ervan in het lichaam, de verdeling in het lichaam, het metabolisme (of de verwerking) van het geneesmiddel en de excretie (of het uitscheiden) ervan. Bij ouderen kan er minder opname zijn van een geneesmiddel door bijvoorbeeld een verminderde speeksel- of maagzuurproductie. Een verandering in de verhouding lichaamsvet en -water maakt dat de verdeling van het geneesmiddel in het lichaam gewijzigd kan zijn. Zo blijft bijvoorbeeld slaapmedicatie langer in het lichaam aanwezig, wat tot meer nevenwerkingen leidt. Ook in de lever treden belangrijke wijzigingen op, wat leidt tot een minder effectieve verwerking en afbraak van geneesmiddelen. Tot slot worden geneesmiddelen minder snel uitgescheiden door een verminderde doorbloeding van de nieren.

Farmacodynamiek beschrijft wat het geneesmiddel doet met het lichaam. Voorbeelden van farmacodynamische veranderingen bij ouderen zijn de toegenomen gevoeligheid voor benzodiazepines en anticholinerge geneesmiddelen. Ouderen zijn dan weer minder gevoelig voor bijvoorbeeld bètablokkers.

Verder zijn ouderen, zoals eerder al vermeld, ook vaak gekenmerkt door **multimorbiditeit**. In België is dat zo voor 42% van de 75-plussers. Het voorschrijven voor ouderen met multimorbiditeit is een uitdaging, evenals het monitoren van de (effecten van de) therapie. Dat komt doordat de meeste richtlijnen gebaseerd zijn op klinische studies waarin geen personen met multimorbiditeit, en al zeker geen ouderen, geïncludeerd worden. Wanneer de richtlijnen voor de behandeling van elke chronische aandoening apart gevolgd worden, resulteert dat vrijwel altijd in een complex medicatieschema met geneesmiddelen die mogelijk op elkaar inwerken.

Ook de **interindividuele variabiliteit** in gezondheid, ziekte en beperking neemt toe met het ouder worden. De gezondheidstoestand van een oudere persoon kan daardoor variëren van fit tot zeer kwetsbaar. Ook dat maakt het moeilijk om beslissingen met betrekking tot de medicamenteuze therapie van ouderen te veralgemenen.

Het multidisciplinaire team

Omdat heel wat verschillende zorgverleners betrokken zijn in het medicatieproces in WZC, en hun takenpakket sterk bepaald wordt door onder andere de Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen, verloopt de organisatie ervan vaak erg moeilijk. Een gebrek aan samenwerking tussen de betrokkenen draagt bovendien bij tot medicatiefouten. Een belangrijke uitdaging ligt in de integratie van de huisarts van de bewoner in het team van zorgverleners en in het betrekken van de apotheker in het optimaliseren van het medicatiegebruik. Omdat bewoners zelf hun huisarts kunnen kiezen, komen er in één WZC vaak veel verschillende huisartsen over de vloer. Het is een hele uitdaging om met al die verschillende artsen goede afspraken te maken – ook al moet er in elk WZC een algemeen reglement medische activiteit zijn, dat in principe door elke bezoekende huisarts moet worden ondertekend. De bijdrage van de apotheker omvat hoofdzakelijk het kwaliteitsvol afleveren van medicatie aan het WZC. Aangezien medicatienazicht in WZC (nog) geen vergoede activiteit is in België, zijn apothekers meestal niet actief aanwezig in het WZC zelf, wat – net zoals bij bezoekende huisartsen – de communicatie moeilijk kan maken. Dat huisartsen beperkt aanwezig zijn in het WZC, bemoeilijkt daarnaast het monitoren van bewoners wat betreft hun medicamenteuze therapie, dat grotendeels uitgevoerd wordt door verpleeg- en zorgkundigen.

Een gebrek aan medicatie-gerelateerde kennis bij medewerkers van WZC is ook een gekende uitdaging. Zo worden bepaalde symptomen bijvoorbeeld niet gelinkt aan een bepaalde (gekende) nevenwerking van een nieuw opgestart geneesmiddel, waardoor de klacht niet adequaat aangepakt kan worden.

De organisatie

Een aantal organisatorische kenmerken van het WZC verhogen de complexiteit van het medicatieproces nog verder. Onder andere de verscheidenheid aan softwareprogramma's die niet met mekaar kunnen interageren (bv. andere programma's bij de voorschrijver, in het WZC en bij de apotheek), maakt dat er fouten kunnen optreden tijdens het voorschrijven en bestellen van medicatie. Frequent onderbroken worden tijdens het klaarzetten en toedienen maakt dan weer dat zorg- en verpleegkundigen makkelijker medicatiefouten maken.

Ook het tekort aan personeel, het grote verloop (op korte tijd nieuwe verpleegkundigen, zorgkundigen, invallers, stagiairs, uitzendkrachten...) en de wisselende uren waarop medewerkers aanwezig zijn maken het een hele uitdaging om iedereen goed te informeren over hun taken en iedereen op één lijn te krijgen met betrekking tot de manier van aanpak. Dat bemoeilijkt vaak ook de communicatie en interdisciplinair overleg.

Een kwalitatief medicatieproces: waarom belangrijk?

Het mag ondertussen duidelijk zijn dat het medicatieproces in WZC complex en foutgevoelig is. Bovendien is het op zo'n manier georganiseerd dat er slechts in beperkte mate rekening wordt gehouden met de voorkeuren en doelen van individuele bewoners. Er is dus duidelijk nood aan verbeteracties. Het gaat dan meer bepaald over het verhogen van de effectiviteit, veiligheid en persoonsgerichtheid van het hele proces, zoals de WHO het voorschrijft.

De **effectiviteit** van het medicatieproces wordt gegarandeerd door een passend medicatiebeheer en oordeelkundig voorschrijven, opdat optimale gezondheidsuitkomsten voor de bewoners bereikt worden.

Een **veilig** medicatieproces houdt in dat het juiste geneesmiddel wordt toegediend aan de juiste bewoner, op het juiste tijdstip, in de juiste dosis en volgens de juiste toedieningswijze.

Persoonsgericht betekent dat het WZC rekening houdt met de waarden en voorkeuren van bewoners en het medicatieproces op zo'n manier organiseert dat het de persoonlijke levens- en gezondheidsdoelen van de bewoner ondersteunt.

Een effectief, veilig en persoonsgericht medicatieproces zorgt er zo voor dat medicatiefouten worden vermeden en de gezondheidsrisico's voor de bewoners beperkt blijven. Daarnaast draagt het bij aan de tevredenheid en levenskwaliteit van de bewoners.

Een kwalitatief medicatieproces: wie doet wat?

Het realiseren van een kwalitatief medicatieproces is een opdracht voor verschillende actoren. In de eerste plaats zijn er de leden van het multidisciplinaire team (inclusief de toeleverende apotheek), die de taken die hen zijn toevertrouwd op een zo goed mogelijke manier moeten proberen uit te voeren, met aandacht voor communicatie binnen het team én met de bewoners. Daarnaast is er de directie, die de kwaliteit van het medicatieproces moet aansturen én opvolgen, een adequaat personeelsbeleid moet voeren en doordachte keuzes moet maken bij het ondertekenen van een overeenkomst met een toeleverende apotheek, het aanstellen van een CRA en de aankoop van een softwarepakket. Ook de overheid speelt een rol met erkenningsvoorwaarden en financiële incentives en de organisatie en coördinatie van de Vlaamse Zorginspectie.

Rol van de Vlaamse overheid (afdeling Woonzorg) en van de Vlaamse Zorginspectie

De afdeling Woonzorg, onderdeel van het Departement Zorg, staat in voor de planning, erkenning, subsidiëring, financiering en ondersteuning van WZC. Deze afdeling werkt ook aan thematische projecten, zoals de ontwikkeling en implementatie van BelRAI, en de ontwikkeling en opvolging van kwaliteitsindicatoren (in samenwerking met het Vlaams Instituut voor KwaliteitsZorg, VIKZ).

Het VIKZ werkt toe naar nieuwe indicatoren met betrekking tot het geneesmiddelengebruik en het medicatieproces in WZC. Tot voor kort rapporteerde VIKZ het aantal

medicijnincidenten in WZC, door hen gedefinieerd als één of meerdere geneesmiddelen die niet werden toegediend, een verkeerd geneesmiddel dat werd toegediend, een verkeerde dosis die werd toegediend, één of meerdere geneesmiddelen die op het verkeerde tijdstip werden toegediend of wanneer een verkeerde toedieningswijze werd gehanteerd. WZC werden gevraagd om zulke medicijnincidenten, die zich in een bepaalde periode voordeden, te registreren en vervolgens te rapporteren aan VIKZ. Momenteel werkt VIKZ een nieuwe indicator uit voor de residentiële ouderenzorg. Deze indicator zal het chronisch gebruik van psychofarmaca op het niveau van het WZC in kaart brengen en opvolgen.

Zorginspectie doet controles op het terrein. Hiermee wordt nagegaan of er aan de voorwaarden voor een kwalitatieve zorg wordt voldaan. Deze controles resulteren in vaststellingen. Als er knelpunten worden vastgesteld, moet het WZC hiermee aan de slag gaan.

De afdeling Woonzorg kan volgend op een inspectie bijsturing vragen aan een WZC. Woonzorg staat daarnaast ook in voor de behandeling van klachten die gemeld worden via de Woonzorglijn en de opvolging van meldingen van ernstige gebeurtenissen. Zulke klachten of meldingen kunnen leiden tot bijkomende inspecties.

Meer informatie over Zorginspectie, Woonzorg en andere overheidsinitiatieven vind je op de website van de Vlaamse overheid.



Medicijnincidenten: wat, wanneer, en waarom?

Het is belangrijk om in je WZC een duidelijke en gedragen procedure te ontwikkelen voor het registreren van medicijnincidenten. Alle actoren die in aanraking komen met medicatie, zoals verpleegkundigen en zorgkundigen, moeten goed geïnformeerd zijn over deze procedure. Het gaat daarbij niet enkel over de kennis van wat een medicijnincident inhoudt, maar ook om heel praktische afspraken: iedereen moet exact weten waar en hoe in de software een incident geregistreerd moet worden en aan wie ze dit moeten rapporteren. Dit kan bijvoorbeeld onder de aandacht gebracht worden in een opleiding rond de veiligheid van medicatie in WZC.

Het fragment hieronder toont aan hoe belangrijk het is dat medewerkers niet alleen weten *wanneer* ze iets moeten registreren, maar ook *waar* het precies als medicijnincident wordt geregistreerd en *waarom* een correcte registratie essentieel is.

“

‘Ik ben ervan overtuigd dat wanneer er iets gebeurt, ze het wel in het dagboek noteren. Dat merk ik. Maar ze registreren het niet als medicatie-incident op de plaats waar dat eigenlijk moet, waardoor we het niet kunnen opvolgen. Al staat het meestal wel ergens genoteerd.’ (kwaliteitscoördinator WZC – POOMAH-project)

”

Waarom is het belangrijk om medicijnincidenten te registreren?

Het registreren van medicijnincidenten dient niet enkel om op het moment zelf gepast te kunnen ingrijpen. Net zoals bij VIKZ is het bredere doel het stimuleren van een leercultuur waarin fouten niet worden weggestopt, maar gezien worden als kansen om te groeien. Door incidenten systematisch te registreren, krijg je als WZC inzicht in patronen, risico’s en mogelijke verbeterpunten. Dat maakt het mogelijk om gerichte preventieve maatregelen te nemen en zo de kwaliteit en veiligheid van het medicatieproces continu te versterken.



Melden van een ernstige gebeurtenis

Wist je dat je als WZC verplicht bent iedere ernstige gebeurtenis te melden? Dat staat zo gedefinieerd in artikel 10 van de BVR van 28 juni 2019 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidiëring voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. Een ernstige gebeurtenis is elke handeling (verbaal, non-verbaal of fysiek) of het nalaten van een handeling die resulteert in een significante inbreuk op:

- de rechten;
- de lichamelijke en/of psychische integriteit (zorg, ondersteuning, gezondheid, veiligheid);
- de waardigheid; of
- het welbevinden van een persoon.

Ook ernstige medicatiefouten dienen bijgevolg gemeld te worden aan het Departement Zorg. Dit kan via het formulier dat je terugvindt op hun website. Scan de QR-code hiernaast en krijg toegang tot de website en het meldingsformulier.



Bewoners en naasten spelen een belangrijkere rol dan ze zelf inschatten. Bewoners die daartoe in staat zijn, kijken na of de medicatie die ze krijgen correct is, rapporteren fouten, gaan in gesprek met de huisarts over de effecten van de medicatie... Zo sturen ze impliciet het medicatieproces bij.

Onderzoek door universiteiten, hogescholen en wetenschappelijke organisaties kan helpen om knelpunten in het medicatieproces aan te kaarten en kan evidentie aanleveren voor interventies die de kwaliteit kunnen verbeteren.

Aan de onderzoeksgroep Klinische Farmacologie en Farmacotherapie van de KU Leuven wordt, in samenwerking met andere onderzoeksgroepen, al een aantal jaar onderzoek gedaan naar de kwaliteit van medicatieprocessen in WZC. Dat resulteerde in een kwaliteitskader (zie hieronder) en in een aantal materialen die WZC kunnen gebruiken om zowel de kwaliteit van voorschrijven te verbeteren als de bewoners actiever te betrekken bij alles wat met medicatie te maken heeft. Tegelijk zet de onderzoeksgroep zich samen met de Faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de KU Leuven in voor het ontwikkelen van de rol van de CAA in WZC, onder andere via het uitrollen en evalueren van een opleidingstraject.

Een kwaliteitskader voor het medicatieproces in WZC

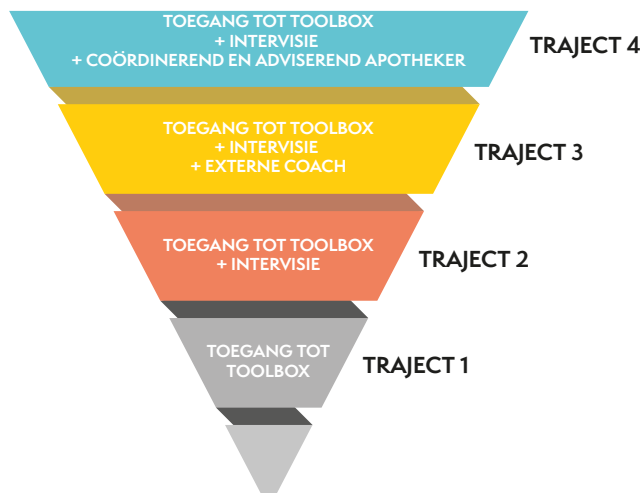
Om te kunnen werken aan kwaliteit is er nood aan duidelijkheid over wat zo’n kwalitatief medicatieproces precies inhoudt. Aan de KU Leuven hebben we de voorbije jaren hard gewerkt aan een kwaliteitskader, dat richtinggevend kan zijn voor wie rechtstreeks betrokken is bij het medicatieproces in het WZC (medewerkers, huisartsen, toeleverende apotheek), maar ook inspirerend voor al wie beleidsmatig verantwoordelijkheid opneemt voor de kwaliteit van het medicatieproces in WZC. Dat kwaliteitskader, dat het uitgangspunt was voor het POOMAH-project, vormt ook de basis voor dit handboek.



POOMAH

POOMAH staat voor Process Optimization Of the Medicines' pAthway in nursing Homes. Dit project werd ondersteund door de Vlaamse overheid en is opgericht om Vlaamse WZC te ondersteunen in het verbeteren van de kwaliteit van hun medicatieproces. De doelstellingen van het POOMAH-project omvatten het in kaart brengen van de huidige kwaliteit van het medicatieproces in WZC, bekijken welke mogelijke verbanden er zijn tussen de kwaliteit van het medicatieproces en organisatorische kenmerken van WZC, en evalueren welke vorm en mate van ondersteuning het meest effectief is om WZC kwaliteitsverbetering te laten realiseren inzake hun medicatieproces. Daartoe werd gebruikgemaakt van een performance-score. Daarnaast werd ook een grondige procesevaluatie uitgevoerd. In totaal werden zo'n 100 WZC ondersteund. De vorm en mate van ondersteuning hing af van het traject waaraan het WZC werd toegewezen. De toewijzing gebeurde aan de hand van gestratificeerde randomisatie, dat wil zeggen dat er gestreefd werd naar een gelijke verdeling per traject op basis van bepaalde kenmerken, waaronder de kwaliteit van het medicatieproces (zie figuur 1).

Wil je meer lezen over POOMAH? Scan dan de QR-code hiernaast en verken POOMAH-gerelateerde publicaties, waaronder het studieprotocol.



Figuur 1: Voorstelling van de verschillende begeleidingstrajecten in het POOMAH-project

Hoe het kwaliteitskader tot stand kwam

Een eerste aanzet voor de ontwikkeling van een kwaliteitskader werd gegeven in de COME-ON-studie (RIZIV-project, 2014-2017). Daarin gingen we meerdere dagen observeren in acht WZC. We volgden alle stappen van het medicatieproces: van voorschrijven over bestellen tot klaarzetten en toedienen. We observeerden verschillende zorgverleners en bewoners en gingen met de zorgverleners in gesprek over wat ze aan het doen waren. We vroegen hen waarom ze bepaalde stappen zo uitvoerden en gingen in dialoog over wat zij goed vonden en wat volgens hen beter kon. Op basis van al die informatie stelden we een globaal stroomschema op van alle stappen in het medicatieproces. Daarover gingen we met deskundigen in dialoog tijdens een werksymposium. We definieerden voor alle stappen de sleutelactiviteiten, formuleerden goede praktijken en valideerden die tijdens twee vervolgbijeenkomsten.

Wil je meer lezen over deze eerste stap in de ontwikkeling van het kwaliteitskader? Scan dan QR-code hiernaast. Zo krijg je toegang tot de publicaties van de onderzoeksgroep, waaronder deze over de ontwikkeling van het kwaliteitskader.



In het RESPECT-project onderzochten we hoe persoonsgericht het medicatieproces in WZC verloopt. Aan de hand van interviews met bewoners, mantelzorgers en zorgverleners bekeken we hoe bewoners en naasten betrokken zijn en hoe ze zelf willen deelnemen aan het medicatieproces. Dit project liet toe om het kwaliteitskader dat in de COME-ON-studie ontwikkeld werd verder uit te breiden met persoonsgerichte aspecten. Het finale kwaliteitskader bestaat daarmee uit acht stappen (zie figuur 2) en 29 sleutelactiviteiten. In totaal formuleerden we ook 152 goede praktijken.

Wil je meer weten over de uitbreiding van het kwaliteitskader met persoonsgerichte aspecten? Scan de QR-code hiernaast en krijg toegang tot de publicaties van de onderzoeksgroep.





Figuur 2: De 8 stappen in het medicatieproces.

In dit boek lichten we elk van de acht grote stappen van het medicatieproces in WZC grondig toe: opname, voorschrijven, bestellen, leveren, bewaren, voorbereiden, toedienen en monitoren/opvolgen. We geven voor elke stap aan welke sleutelactiviteiten bij die stap horen en wat we dus verwachten van een kwaliteitsvol medicatieproces.

Sleutelactiviteiten

De sleutelactiviteiten geven in grote lijnen aan wat er moet gebeuren om te kunnen spreken van een kwaliteitsvol medicatieproces. Ze zijn geformuleerd rond de kritische punten in het proces. Elke sleutelactiviteit is geschreven als een 'ambitie': het medicatieproces verloopt kwaliteitsvol als de dingen op deze manier gebeuren. Het is dus iets om naartoe te werken.

In de praktijk kan een sleutelactiviteit op verschillende manieren vorm krijgen. We formuleren daarom per sleutelactiviteit een aantal goede praktijken die een hulp kunnen zijn bij de vormgeving van die sleutelactiviteit. In dit boek worden de sleutelactiviteiten weergegeven in een kader, met een sleutel als symbool. Goede praktijken worden aangeduid met een 'vinkje'.

Van kwaliteitskader naar twee meetinstrumenten

Het kwaliteitskader vormt de basis voor twee meetinstrumenten: een snelle scan en een gedetailleerde scan. Die instrumenten laten WZC toe om de kwaliteit van hun medicatieproces in kaart te brengen, knelpunten te identificeren, actieplannen op te stellen en kwaliteitsverbetering te monitoren.

Ook bij de ontwikkeling van die meetinstrumenten werd de sector intensief betrokken. In een eerste fase ontwikkelden we een performantie-instrument voor CRA's, apothekers en hoofdverpleegkundigen, met parallel een aantal kwaliteitsindicatoren (QI). Een performantie-instrument is een soort vragenlijst waarbij deelnemers aanduiden in welke mate iets gebeurt zoals beschreven in de stelling. In dit geval gingen de vragen zowel over de sleutelactiviteiten als over de goede praktijken. In een haalbaarheidsstudie, uitgevoerd in vier WZC, leerden we dat de QI niet echt bruikbaar waren en dat die QI beter geïntegreerd konden worden in het performantie-instrument. Op basis van twee opeenvolgende pilotstudies (in respectievelijk veertien en negen WZC) werden de vragen geoptimaliseerd en besloten we het bevragen van de sleutelactiviteiten en goede praktijken op te splitsen in twee meetinstrumenten. Dat resulteerde in de snelle scan op niveau van de sleutelactiviteiten en in de gedetailleerde scan op niveau van de goede praktijken. Tot slot lieten focusgroepen met medewerkers van WZC die de instrumenten uitgetest hadden ons toe om een aantal tips voor implementatie te formuleren.

Wil je meer lezen over de ontwikkeling van de meetinstrumenten? Scan dan nevenstaande QR-code. Zo krijg je toegang tot de publicaties van de onderzoeksgroep, waaronder deze over de ontwikkeling van het meetinstrument.



Wil je graag aan de slag met één of beide meetinstrumenten? Scan de QR-code hiernaast en contacteer ons met je vraag.

