

Format Abstract Meesterstuk Ziekenhuisgeneeskunde

Titel	<p>Het verhogen van de patiëntveiligheid; Een medicatieverificatie verbeterproject op de afdeling cardiologie</p>																											
Inleiding	<p>In 2004 is in Nederland de eerste adverse event (AE) studie uitgevoerd in 21 Nederlandse ziekenhuizen¹. Hierin werd gekeken naar de omvang en aard van de AE en of deze AE te voorkomen zouden zijn. De resultaten uit deze studie lieten zien dat 15% van alle AE bestaat uit medicatie gerelateerde adverse events (MRAE), waarvan 30% voorkomen had kunnen worden. Bovendien waren MRAEs geassocieerd met aanzienlijk langere ziekenhuisopname en hogere zorgkosten, wat voor een zware belasting zorgt op patiënten, mantelzorgers en het zorgstelsel.</p>																											
Doel	<p>Het verhogen van het aantal (streven is 80%) volgens de afspraken uitgevoerde medicatieverificaties bij opname van patiënten die voor minstens 48 uur op de afdeling cardiologie worden opgenomen.</p>																											
Methode	<p>Alle patiënten van ≥18 jaar die gedurende ≥48 uur opgenomen waren op de afdeling in februari en maart 2016 zijn geïncludeerd. Voor de clinical audit zijn uiteindelijk 91 patiënten definitief geïncludeerd en meegenomen voor analyse. Alle resultaten uit het dossier onderzoek zijn verwerkt tot een database in SPSS. Met behulp van een processchema, fishbone, boomdiagram en risico inventarisatie zijn knelpunten achterhaald en verbetermaatregelen opgesteld.</p>																											
Resultaten	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Patiënten < 70 jaar (N, %)</th> <th>Patiënten ≥70 jaar (N,%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aantal patiënten</td> <td>40</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>Mannelijk geslacht</td> <td>26 (65%)</td> <td>28 (54,9%)</td> </tr> <tr> <td>Opname via SEH</td> <td>33 (82,5%)</td> <td>42 (82,4%)</td> </tr> <tr> <td>Gemiddeld aantal Thuismedicamenten</td> <td>5.21 (SD 3,76)</td> <td>8.37 (SD 3,78)</td> </tr> <tr> <td>Aantal patiënten met polyfarmacie</td> <td>20 (50%)</td> <td>41 (80,4%)</td> </tr> <tr> <td>Order medicatieverificatie</td> <td>nvt</td> <td>12 (23,5%)</td> </tr> <tr> <td>AMO <24 uur na opname</td> <td>0 (0%)</td> <td>14 (27,5%)</td> </tr> <tr> <td>Weekendopname</td> <td>7 (17,5%)</td> <td>15 (29,4%)</td> </tr> </tbody> </table>		Patiënten < 70 jaar (N, %)	Patiënten ≥70 jaar (N,%)	Aantal patiënten	40	51	Mannelijk geslacht	26 (65%)	28 (54,9%)	Opname via SEH	33 (82,5%)	42 (82,4%)	Gemiddeld aantal Thuismedicamenten	5.21 (SD 3,76)	8.37 (SD 3,78)	Aantal patiënten met polyfarmacie	20 (50%)	41 (80,4%)	Order medicatieverificatie	nvt	12 (23,5%)	AMO <24 uur na opname	0 (0%)	14 (27,5%)	Weekendopname	7 (17,5%)	15 (29,4%)
	Patiënten < 70 jaar (N, %)	Patiënten ≥70 jaar (N,%)																										
Aantal patiënten	40	51																										
Mannelijk geslacht	26 (65%)	28 (54,9%)																										
Opname via SEH	33 (82,5%)	42 (82,4%)																										
Gemiddeld aantal Thuismedicamenten	5.21 (SD 3,76)	8.37 (SD 3,78)																										
Aantal patiënten met polyfarmacie	20 (50%)	41 (80,4%)																										
Order medicatieverificatie	nvt	12 (23,5%)																										
AMO <24 uur na opname	0 (0%)	14 (27,5%)																										
Weekendopname	7 (17,5%)	15 (29,4%)																										
Discussie & Conclusie	<p>In het ziekenhuis is een protocol aanwezig voor medicatieverificatie bij acute opname van patiënten van zeventig jaar en ouder middels het plaatsen van een order. Bij slechts 23,5% van de opgenomen patiënten op afdeling cardiologie is deze order geplaatst. Het is een landelijke afspraak dat voor alle opgenomen patiënten binnen 24 uur een AMO beschikbaar moet zijn. De 15,4% patiënten bij wie <24 uur na opname een AMO aanwezig was, waren allen >70 jaar. Bij de groep patiënten jonger dan zeventig jaar is geen enkele AMO < 24 uur beschikbaar. Het blijkt dat het niet duidelijk is wie hiervoor verantwoordelijk is. Uit de gegevens blijkt niet dat opname in het weekend een barrière is voor het op tijd beschikbaar zijn van een AMO. De barrières lijken dus niet zozeer te liggen in het opvragen van de AMO, als wel in de onduidelijkheid wie er verantwoordelijk voor is. Navraag bij verschillende artsen werkzaam op afdeling leerde dat, geen van hen aangaf de afspraken te kennen.</p>																											

CAST model verbetermaatregelen.

Verbetermaatregelen	Effectiviteit	Vertrouwen	Totaal
1. Scholing	2	2	4
2. Automatische order medicatie verificatie	5	5	25
3. Automatisch opvragen AMO door apothekersassistenten	5	4	20
4. Werkafspraken; 1 verantwoordelijke	3	2	6
5. Checklist opname	4	4	16
6. Herhaaltraining medicatie invoeren	2	3	6
7. Anamnese verpleegkundige aanpassen in Hix	3	3	9
8. Verantwoordelijkheid patiënt	2	1	2
9. Inwerkboek arts-assistenten	2	3	6

Verbetermaatregel 2,3,5 en 7 zijn ingevoerd vanaf september 2016. In december 2016 is een nameting in de vorm van een clinical audit verricht.

Na het invoeren van het nieuwe medicatieverificatie protocol, welke uit 5 stappen bestaat is gebleken dat in 4% deze stappen compleet zijn doorlopen, 58% is tot en met stap 4 uitgevoerd. . In deze re-audit is, gezien het retrospectieve karakter, alleen gekeken of de checklist is ingevuld tot en met stap 5. Stap 5, het actualiseren van de medicatielijst in Hix door artsen is mogelijk wel gedaan, maar niet aangevinkt in de checklist.

Het percentage AMO <24 uur is met de nieuwe werkwijze gestegen van 28% naar 61% (grafiek 1). Of een AMO beschikbaar is <24 uur hangt samen met de aanwezigheid van de medicatieverificatie checklist. Bij 86% van de patiënten waar een checklist aanwezig is, wordt ook een AMO <24 uur in het dossier terug gevonden.

Om in de toekomst tot 80% compleet uitgevoerde medicatieverificaties te komen is er gezien de uitkomsten van deze re-audit nog veel winst te behalen bij de artsen. Welke barrières zijn er bij het uitvoeren van stap 5? Of zijn deze barrières er alleen bij het invullen van de checklist, maar niet bij het uitvoeren van de daadwerkelijke actualisatie van de medicatielijst?

