



Leren van medicatie-incidenten

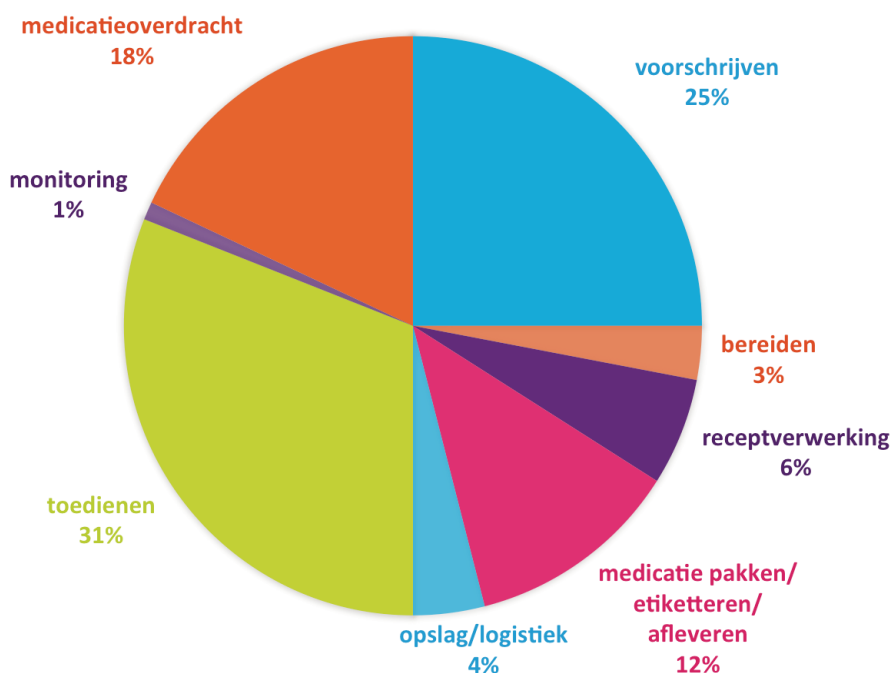
Iedereen maakt fouten. Dat geldt ook als het gaat om het werken met geneesmiddelen. Zorgverleners kunnen incidenten met geneesmiddelen vanaf nu melden bij VMI: Voorkomen van Medicatie-Incidenten. Dat is belangrijk, want hoe meer zorgverleners melden, hoe veiliger medicijngebruik wordt.

Bij VMI worden incidenten geregistreerd en geanalyseerd. En op basis daarvan vindt terugkoppeling naar de praktijk plaats, over de risico's die naar voren zijn gekomen. VMI is onderdeel van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. De afgelopen jaren was het Portaal voor Patiëntveiligheid het adres voor het melden van medicatie-incidenten. In 2020 ontving men ongeveer 14.000 meldingen.

De fasen van het medicatieproces

De weg die een geneesmiddel aflegt naar de patiënt kent verschillende fasen. Dat begint met het voorschrijven van het middel, het bereiden en afleveren door de apotheek en eindigt bij het toedienen of innemen van het middel. In elke fase kan er iets misgaan, oftewel kan een incident plaatsvinden. Om inzicht te krijgen in de fase waarin de meeste incidenten plaatsvinden, analyseerde het toenmalige Portaal voor Patiëntveiligheid de 800 meldingen uit december 2019. Figuur 1 geeft het percentage gemelde incidenten weer per fase van het medicatieproces.

Figuur 1 Incidenten per fase in het medicatieproces



Meer dan de helft van de incidenten vond plaats tijdens het toedienen en voorschrijven. Eén op de vijf incidenten had betrekking op de medicatieoverdracht. In figuur 2 staat, voor de genoemde fasen, een top drie van meest gemelde incidenten omschreven.

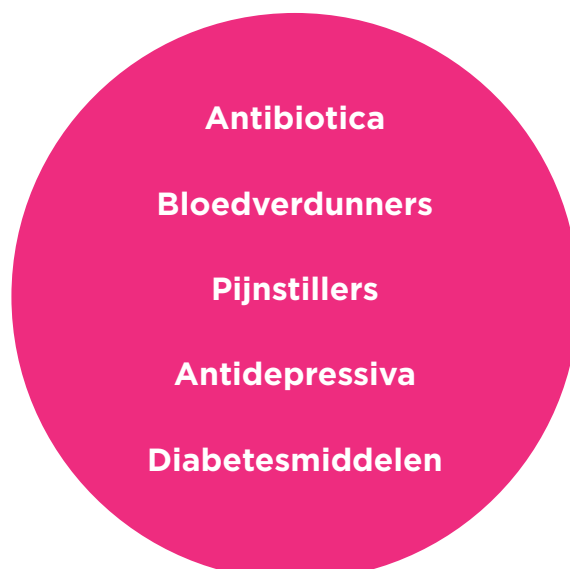
Figuur 2 Meest gemelde incidenten bij voorschrijven, toedienen en medicatieoverdracht

Voorschrijven	Toedienen	Medicatieoverdracht
<ul style="list-style-type: none"> • foutieve dosering of toedientijdstip • vergeten voor te schrijven • onduidelijk voorschrift 	<ul style="list-style-type: none"> • vergeten toe te dienen • op verkeerde wijze toegediend • niet afgetekend na toedienen 	<ul style="list-style-type: none"> • slechte overdracht binnen ziekenhuis • afspraken niet schriftelijk vastgelegd • thuismedicatie niet goed in kaart gebracht

Onvoldoende in kaart brengen thuismedicatie Gereconstrueerde casus	Verwarring over nieuwe toedientijden Gereconstrueerde casus
<p>Een dementerende patiënt wordt 's avonds opgenomen in het ziekenhuis met een gebroken heup. Gelukkig heeft ze toestemming aan de apotheek gegeven om de medicatiegegevens uit te wisselen met andere zorgverleners. Op basis van deze gegevens besluit de arts welke geneesmiddelen de patiënt in het ziekenhuis moet gaan gebruiken. Er vindt, door de hectiek op de afdeling, geen gesprek met de zoon van de patiënt plaats. De volgende dag ziet de zoon dat zijn moeder diverse geneesmiddelen krijgt die al lang gestopt zijn. De ziekenhuisapotheker gebruikt deze melding om artsen, verpleegkundigen en apothekers-assistenten te wijzen op het belang van medicatiecontrole bij opname. Als dit niet mogelijk is met de patiënt zelf, dan met een familielid of mantelzorger.</p>	<p>Een patiënt krijgt vanwege leveringsproblemen in plaats van haar vertrouwde geneesmiddel dat ze 3x daags moet innemen een vergelijkbaar alternatief dat ze 1x daags moet innemen. De apothekersassistent legt bij het meegeven van het geneesmiddel duidelijk aan de patiënt uit dat ze haar nieuwe middel maar eenmaal per dag moet nemen. Ook staat het juiste gebruik vermeld op het etiket op het doosje. Toch gaat het mis. De patiënt slikt het vervangende geneesmiddel ook 3x daags. De patiënt wordt beroerd van het geneesmiddel en komt in het ziekenhuis terecht. Het apothekerteam besluit naast mondelinge informatie over de toedientijden ook schriftelijke informatie mee te geven.</p>

Figuur 3 toont een overzicht van de geneesmiddelgroepen die het vaakst betrokken waren bij de meldingen.

Figuur 3 Overzicht geneesmiddelgroepen



Terugkoppeling naar de praktijk

VMI analyseert, zoals gezegd, de gemelde incidenten en rapporteert regelmatig aan de praktijk. Dit gebeurt door het versturen van Praktijkprikkel. Dit zijn korte beschrijvingen van incidenten met aanbevelingen voor de praktijk, bedoeld om zorgverleners bewust te maken van fouten die kunnen optreden in het medicatieproces. Zo kunnen zorgverleners van elkaar leren en voorzorgsmaatregelen treffen om fouten in de toekomst te voorkomen. VMI brengt elke twee weken een Prikkel uit.

Verwisseling NaCl 0.9% infuus met glucose 5% infuus

Gereconstrueerde casus

Bij een patiënt met diabetes is per ongeluk een infuuszak met glucose 5% aangehangen in plaats van een infuuszak met NaCl 0.9%. De bloedsuikerspiegel raakt hierdoor ontregeld. Beide zakken met infuusvloei-stof verschillen weinig van elkaar wat betreft vorm en opdruk. Ook liggen ze in de medicijnkamer naast elkaar. Besloten is om in het hele ziekenhuis de beide infuusvloei-stoffen duidelijker gescheiden van elkaar op te bergen. En er een bordje boven te hangen met de naam van de infuusvloei-stof.

Voorbeelden van Praktijkprikkel uit 2020

- Verwarring dosering nystatine
- Risico bij een geïndividualiseerde distributievorm (GDV)
- Incidenten bij gebruik van spuitpomp
- Verkeerd ingevoerde lichaamslengte en onderdosering cytostatica
- Terugkoppeling van medicatie en het retourbericht

De Praktijkprikkel zijn [hier](#) te downloaden. Daar kunt u zich ook abonneren op de nieuwe Praktijkprikkel.

Melden door zo veel mogelijk zorgverleners

In 2020 ontving de voorloper van VMI (het Portaal voor Patiëntveiligheid) met name meldingen uit ziekenhuizen en van openbaar apothekers. Om het medicatieproces nog verder te verbeteren, is het belangrijk dat ook zorgverleners uit andere sectoren incidenten met geneesmiddelen gaan melden. Zo blijven we van elkaar leren!