

## READER pakket 2

In deze hand-out vindt u een overzicht van de risicovolle- en voorbehouden handelingen. Daarnaast vindt u ook een overzicht van de behandelde handelingen en de daarbij behorende handige tips. Deze hand-out wordt meegegeven aan iedereen die de presentatie bijgewoond heeft.

NB: De verwijzing naar Vilans protocollen staat beschreven, maar deze zijn enkel toegankelijk, als u een abonnement heeft op deze dienst.

### Definities risicovolle- en voorbehouden handelingen:

\* Risicovolle handelingen zijn handelingen **die bij de uitvoering van de handeling risico's meebrengen voor de cliënt**. Een voorbeeld is het spoelen van de blaas. Deze handeling is niet voorbehouden, maar er zijn wel risico's. Dat wil zeggen: handelingen die bij onbekwaam en onzorgvuldig handelen vrijwel zeker tot gezondheidsschade zullen leiden. **Voor het uitvoeren van risicovolle handelingen is net als bij voorbehouden handelingen scholing en een bekwaamheidsverklaring verplicht**.

\* BRON: <https://www.nursing.nl/wat-is-het-verschil-tussen-een-voorbehouden-handeling-en-een-risicovolle-handeling-tvvfaq100970w/>

\* Voorbehouden handelingen vormen **een specifieke groep binnen de risicovolle handelingen**. Het betreft handelingen die door de individuele professionals beroepsmatig worden verricht. In de Wet BIG worden **14 risicovolle handelingen** aangemerkt als voorbehouden handelingen. Een arts mag met inachtneming van bepaalde voorwaarden, aan een andere beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld verpleegkundige of verzorgende) opdracht geven **via een uitvoeringsverzoek**, een voorbehouden handeling te verrichten.

\* BRON: <https://www.nursing.nl/wat-is-het-verschil-tussen-een-voorbehouden-handeling-en-een-risicovolle-handeling-tvvfaq100970w/>

### Wanneer ben je bekwaam?

Bekwaamheid is niets anders dan het zelf in staat achten om in een bepaalde situatie verantwoord een (voorbehouden) handeling uit te kunnen voeren. Naast dat jij jezelf bekwaam moet vinden, moeten er ook werkafspraken zijn met de arts. Bekwaam houdt in het beschikken over kennis en vaardigheid:

- Kennis over de handeling, de technieken, het doel, de anatomie, de risico's (contra-indicaties), voor- en nazorg en eventuele complicaties en
- Vaardigheid met betrekking tot de uitvoering van de handeling en bijkomende activiteiten (beslissen, interpreteren, communiceren et cetera).

\* BRON: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/regels-rondom-voorbehouden-handelingen>

## **\*1. Neusmaagsonde inbrengen en maaghevelen**

**Indicatie:** Toedienen van sondevoeding en/of medicatie bij patiënten die niet kunnen slikken, in de thuissituatie.

Hoe bepaal je de lengte van een NMS: de NEX (= nose-earlobe-xyphoid) +10cm-methode.

### **\*Soorten neusmaag-sondes:**

Meest voorkomende sondes in de wijk: **polyurethaan (PUR) of siliconen sonde**

Voorkeur voor sondes: PUR- of een siliconen sonde

Voordelen PUR- en siliconen sonde: minder vaak verwisselen dan een PVC-sonde

**Vervangen verschillende sondes:**

- PUR-sonde vervangen: na 4 tot 8 weken
- Siliconen sonde vervangen: om de 3 tot 4 maanden
- PVC-sonde vervangen: na 3 dagen, omdat deze door de maagsappen hard wordt en het maagslijmvlies kan beschadigen

\* BRON: <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/sondevoeding-bij-kinderen/algemene-informatie/soorten-sondes>

Silicone is een zeer soepel materiaal. Silicone is van zichzelf een 'zwak' materiaal, daarom is er meer materiaal nodig om de sonde stevigheid te geven. Hierdoor is de binnenkant van de siliconen sonde vaak smaller dan bij eenzelfde charrièremaat (dit is de buitenmaat) van een PUR-sonde. Deze sonde wordt meestal zonder voerdraad ingebracht om de sonde niet te beschadigen.

\* BRON: Vilans

### **\*Maaghevelen**

Een maagsonde als hevel wordt maar weinig toegepast. De voorkeur wordt gegeven aan een behandeling met medicijnen. Hevelen van de maag kan heel effectief zijn voor (palliatieve) cliënten die last hebben van hevig braken. Dit hevige braken kan dan worden veroorzaakt door:

- afsluiting van de sluitspier van de maag (pylorus) of de twaalfvingerige darm (duodenum)
- een ileus
- een niet te behandelen gastroparese

Een tijdelijke of blijvende maagsonde via de neus kan dan gebruikt worden als hevel.

Daardoor kan de maaginhoud aflopen en braken worden voorkomen.

Bij **passieve** hevel loopt de inhoud spontaan af op basis van zwaartekracht. Via een verbindingsslang aan de sonde, loopt de maaginhoud in een emmer of afloopzakje. De emmer of het opvangzakje wordt lager gehangen dan de maag. Wanneer de maaginhoud niet spontaan afloopt kan een beetje water via de sonde worden toegediend. Houdt direct hierna met een snelle beweging de slang weer laag. Het water en de maaginhoud lopen nu af.

\* BRON: Vilans

### **Aandachtspunten:**

- Gebruik voor het hevelen een sonde met charrière 16/18
- Controleer de maaginhoud op kleur en hoeveelheid
- Vraag de cliënt rechttop te gaan zitten
- Klem de sonde af met de kocher
- Koppel de opvangzak aan de sonde
- Hang de opvangzak onder het niveau van de maag, zodat maaginhoud ongestoord kan aflopen
- Verwijder de kocher van de sonde. De maaginhoud moet spontaan aflopen

### **Werkwijze:**

- Altijd eerst pH controleren door middel van een pH indicator
- Sluit sonde af met kocher
- Giet 20 ml water, of wat er is afgesproken, in de 60 ml-spuit
- Verwijder de knik of de kocher en laat het water inlopen, zet geen druk. Door middel van spoelen of hevelen kan de maag worden gelegegd. Dit kan via een aanwezige maagsonde. Na het toedienen van de vloeistof loopt de maaginhoud af.
- Rapporteer eventuele bijzonderheden.

## **\*Uitleg: Werkwijze en complicaties:**

Benodigheden, werkwijze, en complicaties: we volgen hierbij het protocol van Vilans en worden klassikaal besproken.

### **Complicaties:**

- Weerstand in de neus tijdens inbrengen – Probeer een iets andere inbrengrichting
- Braakneiging, kokhalzen, benauwdheid, hoesten/proesten - Trek de sonde iets terug en probeer opnieuw. Laat de cliënt een slokje water drinken, als hij dit kan.
- Sonde krult op in de mond/keelholte - Trek de sonde terug en probeer opnieuw
- Inspuiten lucht stuit op weerstand, sonde zit geknikt – Trek de sonde iets terug en probeer opnieuw óf verander van houding
- Er kan geen maagsap opgezogen worden – Trek de sonde iets terug of schuif iets op en probeer opnieuw. Laat de cliënt op de andere zij liggen. Breng bij twijfel in overleg met arts een nieuwe sonde in.

\* BRON: Vilans

## **\*2. Sondevoeding geven via Flocare® Infinity™ en met spuit**

### **Aandachtspunten vóór het geven van sondevoeding met de pomp:**

- Geef bij intermitterende toediening de voeding **nadat** cliënt is verzorgd, om overgeven en aspiratie te voorkomen.
- Controleer de ligging van een sonde die (op)nieuw geplaatst is met pH-indicator. Daarna is bij elke handeling een visuele controle, observeren of de sonde verschoven is, voldoende.
- Klem de voedings slang bij voorkeur af met een rolregelklem. De sonde kan worden afgeknikt. Niet te lang; let erop dat de sonde ná het afknikken weer doorgankelijk is.
- Bewaar na opening de voeding in originele verpakking maximaal 24 uur, mits afgesloten en gekoeld. Datum en tijd van opening op de verpakking aangeven.
- Spoel, om dichtslibben te voorkomen, de sonde voor en na elke voeding door met 20-30 ml lauwwarm water (min. 4-6x per dag).

- Volg voor het gebruiksklaar maken van de voedingspomp de gebruiksinstructie van de pomp.
- De voedingspomp werkt alleen met een correct geplaatste, bijbehorende voedingslang (pompset).
- Instrueer de cliënt/mantelzorgers goed over hoe te handelen bij complicaties, bijvoorbeeld pomp stoppen bij hoesten/benauwdheid.

#### **Aandachtspunten na het geven van sondevoeding met de pomp:**

- Spoel, om dichtslibben te voorkomen, de sonde voor en na elke voeding door met 20-30 ml lauwwarm water (min. 4-6x per dag).
- Spuit bij verstopping de sonde door met water en niet met een koolzuurhoudende drank, omdat dit de eiwitten in de sondevoeding doet vlokken, wat verstopping tot gevolg heeft.
- Verzorg voor de toediening de mond en neus om ontstekingen aan tandvlees of mondslijmvlies en decubitus op de neus te voorkomen.

#### **Aandachtspunten voor en na het geven van sondevoeding met de spuit:**

##### **Via neussonde:**

- Gebruik altijd een 50 ml spuit
- Giet de voorgeschreven hoeveelheid sondevoeding in de maatbeker.
- Eerst door spoelen met water (meestal 20cc lauwwarm water, mits anders is afgesproken) alvorens je gaat beginnen met de voeding
- Spuit langzaam langs de wand van de spuit of trechter de voeding in de sonde.
- Zorg dat er zo min mogelijk lucht in de sonde komt.
- Daarna weer door spoelen met water (meestal 20cc lauwwarm water, mits anders is afgesproken)

##### **Via PEG-sonde:**

- Hetzelfde als hierboven beschreven, maar vaak heb je nog koppel of verleng stukje nodig.

\* BRON: Vilans

### **\*Uitleg: Werkwijze en complicaties:**

Benodigheden, werkwijze, en complicaties: we volgen hierbij het protocol van Vilans en worden klassikaal besproken.

Complicaties:

- Cliënt braakt – Controleer of voeding de juiste samenstelling heeft en de temperatuur goed is. Controleer of de toedieningssnelheid juist is.
- Cliënt moet hoesten, wordt benauwd – Stop de toediening en controleer de ligging van de sonde.
- Voeding loopt niet – Controleer of de pomp aan staat. Controleer of klem voedingssonde open is. Controleer of voedingslang juist in de pomp is geplaatst.
- Sonde raakt verstopt – Sonde doorspuiten met lauwwarm water in een 10-20ml spuit. Zo nodig een nieuwe sonde inbrengen. Controleer of de sonde de juiste dikte heeft. Laat de cliënt een andere houding aannemen.
- De sonde is verschoven – Controleer of de sonde nog in de maag zit met een pH-indicator. Als sonde niet meer in de maag ligt: verwijder de sonde en breng i.o.m. (huis) arts een nieuwe sonde in.

\* BRON: Vilans

### **Flocare® Infinity™:**

Flocare® Infinity™ is een compacte, lichtgewicht, enterale voedingspomp.

De Flocare® Infinity™ kan op 2 manieren worden ingesteld:

1. Continu voeden
2. Voeding per portie toedienen

Voordelen van de Flocare® Infinity™ voedingspompen:

- Door het kleine en lichte formaat van de Flocare® Infinity™ behoudt de cliënt zijn/haar bewegingsvrijheid.
- De pomp is makkelijk schoon te houden en kan onder de kraan schoongemaakt worden.
- De pomp is een eenvoudige en nauwkeurige sondevoedingspomp.

## **\*3. PEG-sonde verzorgen en verwijderen/verwisselen**

**Indicaties PEG-sonde:**

- SV langer dan 6 weken
- Neurologische aandoeningen met langdurige of persisterende slikstoornissen
- Persisterende slikstoornissen bij bijvoorbeeld een maligniteit in mond- en/of keelholte
- Persisterende passagestoornissen bij bijvoorbeeld een maligniteit in de oesophagus
- Recidiverende aspiratie
- Langdurige katabole toestand en ziekten waarbij langdurig aanvullende sondevoeding nodig kan zijn, bijvoorbeeld bij anorexie en cachexie
- Onrustige patiënten waar de neusmaagsonde zeer frequent wordt uitgetrokken
- Palliatieve situaties voor het hevelen van maaginhoud

In de thuiszorg zal je niet te al deze problematiek zien, maar het is wel van belang dat je weet, waarom een cliënt een PEG-sonde heeft.

**Contra-indicaties PEG-sonde:**

- Zeer korte levensverwachting
- Ascitesbuik (abnormale vochtophoping in de buikholte)
- Maag CA.
- Maagresectie
- Gestoorde bloedstolling

**Voordelen van een PEG-sonde:**

- Minder kans op verschuivingen
- Minder kans op aspiratie
- Geen neus- en/of keelirritatie
- Onzichtbaar voor de omgeving
- Groter lumen

\* BRON: Vilans

## **\*Uitleg: Werkwijze en complicaties:**

Benodigheden, werkwijze, en complicaties: we volgen hierbij het protocol van Vilans en worden klassikaal besproken.

Complicaties:

- Huidirritatie bij lekkage via fistel doordat externe fixatiedisk niet goed geplaatst is – Verhelp de lekkage door de externe fixatiedisk te herplaatsen.
- Infectie – Handel altijd in overleg met de (huis)arts.
- Bloeden van de fistel – Oefen met een gaas lichte druk uit op de fistel. Als het bloeden niet stopt, overleg dan met de (huis)arts.
- Drukplekken door druk van de externe fixatiedisk – Plaats fixatiedisk vrij van de huid (ongeveer 1cm)
- Wildvleesvorming – Niet aanstippen, overleg met (huis)arts.

\* BRON: Vilans

## **\*PEG-sonde verwisselen/verwijderen**

**Werkwijze:**

- Cliënt ligt bij voorkeur op de rug;
- Cliënt is 3 uur van tevoren nuchter;
- Bekijk hoeveel water er in de fixatieballon zit;
- Bekijk op het uitvoeringsverzoek hoeveel water er in de fixatieballon moet;
- Check de nieuwe sonde op beschadigingen en controleer op lekker d.m.v. water in de ballon spuiten;
- Maak de oude fixatieballon leeg met een 10cc spuit en controleer de opgetrokken inhoud;
- Verwijder de oude fixatieballon met een draaiende beweging in verticale richting en houd daarbij met de hand de buikwand vast;
- Lees op de schaalverdeling/markering af hoe diep de sonde in de fistel is geplaatst;
- Maak huid schoon en dep droog met gazen;
- Tip van nieuwe sonde in water of instillagel dippen;
- Breng nieuwe sonde met een draai beweging in en let op de diepte;
- Houd de sonde vast en spuit de voorgeschreven hoeveelheid water in de fixatieballon;
- Controleer de fixatieballon door voorzichtig aan de sonde te trekken, totdat je weerstand voelt;
- Spuit sonde door met 20cc lauwwarm water
- Plaats evt. fixatiedisk; houd 2 mm afstand tussen de fixatiedisk en de huid;
- Plaats evt. een gaasje tussen de huid en fixatiedisk bij een vochtige fistel

\* BRON: Vilans

**\*Aandachtspunten:**

1. Verwissel de sonde wanneer de cliënt **ligt**. Bij voorkeur is *de cliënt 3 uur van tevoren nuchter, om te voorkomen dat voeding door de fistel naar buiten komt*.
2. Raadpleeg de gebruiksinstructie voor de hoeveelheid vloeistof waarmee de ballon wordt gevuld.
3. Er bestaat geen consensus over de controle van de werking van de fixatieballon voor het inbrengen van de sonde/button. Deze handeling wordt hier wel beschreven.
4. Gebruik **geen** oliehoudend glijmiddel. Dit kan de fixatieballon aantasten.
5. Breng als de sonde/button is verwijderd **zo snel mogelijk**, in ieder geval binnen enkele uren, een nieuwe sonde/button in *om dichtgroeien van de fistel te voorkomen. Zorg daarom altijd voor een reservesonde/-button*.
6. Vul na het plaatsen de fixatieballon via het ventiel met kraanwater of wat de fabrikant aanraadt. Gebruik in gebieden met hard water gedestilleerd water om de fixatieballon te vullen.
7. De sonde mag in geen geval met geweld naar binnen geschoven worden.
8. Bij twijfel of de sonde goed ligt: controleer de ligging van de sonde door middel van beoordeling van maagsap. Controleer de opgezogen vloeistof met **pH-indicator**. Afkappunt is **pH van 5.5 (ongeacht het gebruik van zuurremmers)**. Dien bij pH-waarde hoger dan 5.5 geen voeding of medicijnen toe.

**Complicaties:**

**Handelwijze:**

De ballon is niet symmetrisch van vorm	Rol ballon tussen duim en wijsvinger tot de ballon symmetrisch is
Inbrengen is pijnlijk.	Gebruik een glijmiddel op waterbasis voor het inbrengen.
De sonde zit verkleefd in de fistel.	Gebruik glijmiddel bij het verwijderen.

\* BRON:

## **\*4. Stomazorg**

Het spoelen van een stoma of medicatie geven is **een voorbehouden handeling**. Het **verzorgen** van een stoma is **géén** voorbehouden- of risicovolle handeling.

**Soorten stoma's:** Colo-, ileo- en urostoma. Tijdens deze training focus ik me op colo- en ileostoma.

**Indicaties colonstoma:**

- Aangeboren afwijkingen
- Diverticulitis
- Fistels
- Ileus
- Incontinentie
- Inflamatoire aandoeningen bijv. Ziekte v Crohn
- Ischemische colitis
- Neurologische aandoeningen
- Traumata
- Tumoren

**Indicaties ileostoma:**

- Chronische darmaandoeningen bijv. Ziekte van Crohn
- Maligne aandoeningen
- Traumata

\* BRON: Vilans en <https://www.stomavereniging.nl/>

## **\*Verskil colo- en ileostoma**

**Colostoma:**

Een eindstandig stoma heeft 1 opening waar de ontlasting uitkomt. Bij een eindstandig colostoma wordt een stukje darm door de buikwand naar buiten gehaald, omgeslagen van binnen naar buiten en vervolgens aan de huid vastgehecht. Er komen ontlasting en lucht naar buiten. Het kan zijn dat het einde van de dikke darm (endeldarm) nog in de buik zit. In dat geval kan er nog slijm via de anus naar buiten komen. Soms is dan een hersteloperatie mogelijk waarbij een nieuwe verbinding gemaakt wordt van de (dunne) darm met de endeldarm of anus. Een eindstandig stoma is meestal blijvend.

**Ileostoma:**

Een eindstandig stoma heeft 1 opening waar de ontlasting uitkomt. Bij een eindstandig ileostoma wordt het uiteinde van de dunne darm naar buiten gehaald, omgeslagen van binnen naar buiten en vervolgens aan de huid vastgehecht. Er komt ontlasting en lucht naar buiten. Het kan zijn dat een deel van de dikke darm of de endeldarm nog in de buik zit. In dat geval kan er nog slijm via de anus naar buiten komen. Soms is dan een hersteloperatie mogelijk waarbij een nieuwe verbinding gemaakt wordt van de (dunne) darm met de dikke darm of endeldarm. Een eindstandig stoma is meestal blijvend.

\* BRON: <https://www.stomavereniging.nl/>

## **\*Verzorging colo- en ileostoma**

Benodigheden, werkwijze, en complicaties: we volgen hierbij het protocol van Vilans en worden klassikaal besproken. Vilans hanteert hetzelfde protocol voor de verzorging van het colo- en ileostoma.

**Complicaties:**

- Het in gebruik zijnde systeem laat niet los van de huid – Raadpleeg gebruiksaanwijzing van het systeem
- De huid is geïrriteerd - Breng een huidbeschermingsmiddel aan. Consulteer zo nodig een gespecialiseerd verpleegkundige of (huis)arts.
- Het nieuwe systeem plakt niet goed – controleer of de huid droog is. Zoek oorzaak van het niet willen plakken. Breng een speciale plaklaag aan op de huid.
- De huidplaat sluit niet goed aan op de huid vanwege huidplooien – Vul de huidplooien op met opvulmateriaal (ring, pasta, strip)

\* BRON: Vilans kick protocollen



## **\*5. ACT zwachtelen en uitleg over de Enkel-Arm-Index (EAI)**

Compressietherapie is het aanbrengen van tegendruk in het oedeem gebied. Compressietherapie betekent letterlijk “drukbehandeling”. Hierbij wordt door middel van uitwendige druk de bloedcirculatie zoveel mogelijk bevorderd. Deze behandeling verbetert de doorbloeding op korte termijn, waardoor de klachten vaak afnemen. Door de aangebrachte externe druk worden de aderen vernauwd. Hierdoor kunnen de kleppen in de aderen zich weer sluiten en wordt de klepfunctie hersteld. Bewegen hierbij is zeer belangrijk want dit ondersteunt het functioneren van de spierpomp. Het bloedvolume zal weer dalen tot het normale volume. De spierpomp zorgt er weer voor dat het bloed naar het hart gepompt en de kleppen zorgen ervoor dat het bloed niet meer terug kan stromen. Compressietherapie werkt zolang de kousen of het verband worden gedragen. Stopt u met de behandeling, dan kunnen de klachten terugkeren.

Compressietherapie wordt altijd voorgeschreven door een arts, soms in combinatie met een fysiotherapeut. Vooraf moet de enkel-arm-index (EAI) gemeten zijn, anders mag er niet gestart worden met zwachtelen.

### **<sup>1</sup>Advies per september 2020:**

Als je voor het eerst beide benen van je cliënt moet zwachtelen vanwege oedeem in de benen: **eerst één been te zwachtelen, om te kijken of dit goed gaat.** Bij veel cliënten is bekend dat ze hartfalen hebben, waarvoor cliënten onder meer plastabletten (diuretica) krijgen. Maar er is ook een grote groep ouderen waarbij hartfalen ontstaat, door **de grote toename van vocht** wat vanuit twee benen omhoog wordt gestuwd. **Daarom is het zo belangrijk om niet meteen beide benen te zwachtelen.** Houd altijd goed in de gaten of de cliënt na zwachtelen niet benauwd wordt. Wanneer je twee benen met oedeem zwachtelt, gaat het vocht omhoog, richting het hart. Bij hartfalen is het hart hier niet op voorbereid en kan dit fataal aflopen: de cliënt gaat dood. **Daarnaast moet er altijd begonnen worden met zwachtelen vanaf de kleine teen en niet meer de grote teen!**

Compressietherapie mag alleen worden uitgevoerd door mensen die hier bekwaam en bevoegd voor zijn, daar dit ook complicaties met zich mee kan brengen als het op een foute manier gedaan wordt.

Korte rek zwachtel: deze wordt gebruikt bij mobiele cliënten daar deze een hoge druk op het been geeft wanneer deze beweegt. Deze mag dag en nacht gedragen worden en mag drie dagen blijven zitten.

Lange rek zwachtel: deze wordt gebruikt bij immobiele of passieve cliënten daar deze ook een hoge druk geeft in rust. Deze moeten wel 's nachts verwijderd worden.

\* BRON: Vilans kick protocollen

---

<sup>1</sup> <https://www.tvvtotaal.nl/zwachtel-bij-een-client-eerst-een-been-niet-beide/>

## **6. Wat is medicatieveiligheid?**

Medicatieveiligheid wordt gedefinieerd als het minimaliseren van aan geneesmiddelen gerelateerde problemen, waarvan medicatiefouten een belangrijk onderdeel vormen. Medicatiefouten zijn fouten in het aanvragen, verwerken, afleveren, toedienen of monitoren van geneesmiddelen.

### **<sup>2</sup> Bekwaam en bevoegd:**

Definitie bekwaamheid/bekwaam zijn:

*Bekwaam zijn, bekwaamheid. Het hebben van de juiste competenties voor de taak/handeling; dat wil zeggen de juiste kennis, vaardigheden en professionele houding. Bekwaamheid is de basis voor alle geboden zorg door professionals. De zorgmedewerker behoort voor zichzelf na te gaan: ben ik bekwaam voor deze specifieke handeling bij deze specifieke zorgvrager? De zorginstelling behoort na te gaan: is deze zorgmedewerker wel bekwaam om deze handeling bij deze zorgvrager in deze situatie uit te voeren. Belangrijk uitgangspunt in de zorg, vanuit de wet BIG is: onbekwaam maakt onbevoegd.*

Een zorgmedewerker die bekwaam is in medicatie geven, heeft:

1. voldoende kennis over de werking van medicijnen, het ziektebeeld van de zorgvrager, het medicatieproces en medicatieproblemen, zoals bijwerkingen en complicaties
2. voldoende vaardigheden om medicatie in verschillende toedieningsvormen te geven, en problemen met medicijngebruik te signaleren en op te lossen of over te dragen
3. de juiste professionele houding (o.a. communicatievaardigheden) om medicatie te geven.

Om met medicatie te werken moet je als zorgmedewerker **bekwaam en bevoegd** zijn. Dat is in het belang van de cliënt (veilige zorg), van de zorgmedewerker (veilig werken) én van de zorgorganisatie (verantwoordelijk voor veilige zorg en veilig werken).

De hoofdregels zijn:

1. Als je bekwaam bent, ben je bevoegd (je hebt niet persé een diploma nodig om iets te kunnen, je kunt ook iets geleerd hebben op een andere wijze, maar dan is dat wel lastiger aan te tonen).
2. En omgekeerd; als je onbekwaam bent, ben je onbevoegd (als je iets niet kunt, ben je onbevoegd; en ook: je kunt iets geleerd hebben in de opleiding, maar niet meer de vaardigheid hebben – dan ben je niet meer bekwaam en daarmee onbevoegd).

### **Beoordelen bekwaamheid**

Het is de verantwoordelijkheid van de professional zelf om te beoordelen of hij/zij bekwaam is, én van de zorgorganisatie. Als zorgmedewerker ben je zelf verantwoordelijk voor het eigen professionele handelen. De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en moet bepalen hoe en door wie de zorg verleend wordt. Het op peil houden van bekwaamheid is een verantwoordelijkheid van de professional zelf en van de organisatie.

### **Bekwaam zijn**

Bekwaamheid is altijd individueel bepaald. Je bent bekwaam als je de juiste kennis, vaardigheden en professionele houding hebt. Het gaat daarbij om de technische handeling op zich, maar óók om kennis over het doel van de handeling, inschatten van de gevolgen van de

---

<sup>2</sup> <https://www.zorgvoorbeter.nl/medicatieveiligheid/bekwaam-en-bevoegd>

handeling, relevante anatomie, risico's, bijwerkingen, complicaties en weten hoe te reageren bij complicaties. En je moet de vaardigheid hebben om bijkomende activiteiten uit te voeren zoals observeren en signaleren, situatie interpreteren, en beslissen. Dit is via (bij)scholing te leren, maar het gaat dan dus wel om de handeling én alles erom heen.

### **Bekwaam blijven**

Bekwaamheid moet je op peil houden: als je een handeling bijvoorbeeld langere tijd niet meer hebt gedaan, ook al ben je arts of verpleegkundige of verzorgende IG en ben je in beginsel bevoegd, dan kun je onbekwaam zijn geworden. En onbekwaam maakt onbevoegd! Het gaat dus niet zozeer om de opleiding, maar of je bekwaam bent én blijft.

### **<sup>3</sup> De 6 stappen van de medicatieketen:**

In de medicatieketen zijn er totaal 6 stappen die vóóraf gaan aan een medicatie gift. De 6 stappen voor een zorgmedewerker in een verpleeghuis zijn:

#### **1. Voorschrijven en algemeen:**

De zorgmedewerker:

1. Signaleert of de cliënt wel of niet zelf medicatie (geheel of gedeeltelijk) kan en wil beheren en bespreekt dit zo nodig met de cliënt volgens de procedure van de zorgorganisatie.
2. Informeert de apotheker en arts over overname van medicatiebeheer volgens de afspraken tussen zorgorganisatie en apotheker resp. arts.
3. Adviseert de cliënt zelfzorgmedicatie te melden aan arts en apotheker.
4. Legt afspraken over het overnemen van medicatiebeheer vast in het zorgleefplan.
5. Neemt in het hele medicatieproces alleen werkzaamheden op zich die tot haar verantwoordelijkheid en bevoegdheid behoren.
6. Draagt zorg voor overdracht van medicatiegegevens volgens de afspraken in de zorgorganisatie.

#### **2. Ter hand stellen (afleveren):**

De zorgmedewerker heeft géén rol/verantwoordelijkheid in het transport van medicatie tussen apotheek en zorgorganisatie.

#### **3. Opslag/beheer:**

De zorgmedewerker:

1. Draagt zorg voor het op de juiste wijze bewaren van de medicatie volgens bewaaradvies van de apotheker.
2. Slaat retourmedicatie, totdat de apotheek deze ophaalt, zo op dat deze niet toegankelijk is voor onbevoegden.
3. Bewaart meegeleverde bijsluiters in het zorgleefplan.
4. Signaleert tijdig de noodzaak van bijbestellen/herhaalrecepten en regelt dit volgens de procedure van de zorgorganisatie.

#### **4. Gereed maken:**

De zorgmedewerker:

1. Werkt met een door de apotheek aangeleverde actuele toedienlijst.
2. Maakt medicatie gereed volgens geldende voorschriften.
3. Bij mutaties binnen een cyclus wordt inhoud van GDS (geneesmiddelen distributiecentrum)/Baxterrol niet door de zorgmedewerker gewijzigd maar door apotheker.

---

<sup>3</sup> <https://www.nhg.org/downloads/veilige-principes-de-medicatieketen-pdf>

4. De zorgmedewerker werkt geconcentreerd en zorgt dat zij niet wordt gestoord bij uitzetten van medicatie. Medicatie is herkenbaar tot moment van toedienen aan cliënt.

**5. Toedienen/registreren:**

De zorgmedewerker:

1. Geeft alleen medicatie als de medewerker daartoe bekwaam en bevoegd is.
2. Werkt zorgvuldig en geconcentreerd.
3. Dient toe aan de hand van een actuele toedienlijst die is aangeleverd door de apotheek.
4. Werkt bij voorbehouden- en risicovolle handelingen op basis van een uitvoeringsverzoek van de arts.
5. Geeft de juiste medicatie in juiste dosis op de juiste wijze op de juiste tijd aan de juiste cliënt.
6. Bij GDS/ Baxterrol: controleert of tekst van de medicatie op het etiket van het zakje identiek is aan de medicatie op de toedienlijst en of het aantal klopt.
7. Tekent af per medicijn (ook bij GDS/ Baxterrol) op de toedienlijst als medicatie is toegediend. Verantwoordt als de medicatie niet is toegediend of ingenomen.
8. Is extra alert op losse medicatie (niet in zakje), ‘zo nodig’ medicatie, wijzigingen in medicatie, en medicatie op afwijkende tijden.
9. Neemt bij onjuiste inhoud van GDS/ Baxterrol en bij twijfel altijd contact op met apotheek en/of arts volgens afspraken in de zorgorganisatie.
10. Past waar nodig dubbele controle toe, volgens afspraken binnen de zorgorganisatie.
11. Bewaart de toedienlijst en actueel medicatieoverzicht conform de afspraken.

**6. Evaluatie:**

De zorgmedewerker:

1. Signaleert en registreert werking en evt. bijwerkingen in het zorgleefplan.
2. Adviseert de cliënt bijwerkingen te melden aan de arts, of meldt het, in overleg met de cliënt, zelf.
3. Meldt incidenten volgens afspraken in de zorgorganisatie.
4. Neemt deel aan periodieke medicatiebeoordeling volgens afspraken van de zorgorganisatie.

## **De 5 stappen om veilig en verantwoord medicatie aan te reiken**

De essentie van het beleid is dat de *cliënt* het juiste medicijn krijgt op de *juiste tijd* in de *juiste hoeveelheid* en *dosering* en op de *juiste wijze* toegediend.

Er zijn een vijftal taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot medicijntoediening.

### **1. Aanreiken van medicijnen:**

De medicijnen worden “aangereikt” als de cliënt niet in staat is om zelf de medicijnen te pakken. De cliënt controleert het soort medicijn, de dosering, het tijdstip en de wijze van toediening. De medicijnen worden bij voorkeur uit de oorspronkelijke verpakking gehaald; indien het gebeurt uit een medicijnuitzetsysteem (zoals bijvoorbeeld een medicijnrol) dat door een ander is gevuld, dient voor de cliënt controleerbaar te zijn of de juiste medicijnen aangereikt worden. Dit kan met het door de apotheek geleverde toedienschema en toedienlijst.

### **2. Toedienen van medicijnen**

Van “toedienen van medicijnen” is sprake als de cliënt niet zelf de verantwoordelijkheid kan dragen voor inname, aanbrenge of inbrengen ervan volgens voorschrift. Bij voorkeur worden de medicijnen uit de oorspronkelijke verpakking toegediend volgens de gegevens van het toedien schema en de toedienlijst. Altijd dient controleerbaar te zijn welke medicijnen worden toegediend.

### **3. Uitzetten van medicijnen**

Met het “uitzetten van medicijnen” wordt het uitzetten van de medicijnen voor meerdere momenten op een dag of in een week bedoeld. Hiervoor wordt een medicijnuitzetsysteem (medicijnen voor één inname moment in plastic zakjes in een rol of in een uitzetsysteem met vakjes voor meerdere momenten op een dag of week) gebruikt. Vanuit het uitzetsysteem worden medicijnen door de cliënt ingenomen of door hulpverlener of mantelzorger aangereikt of toegediend.

**Door de apotheker:** Het ompakken van medicijnen vanuit een grote verpakking in een kleinere verpakking is een farmaceutische handeling. Dit soort handelingen zijn in principe voorbehouden aan apothekers. Het vullen van plastic zakjes (op een rol) of in een medicijnuitzetsysteem valt daar ook onder<sup>2</sup>. Omdat het vullen van medicijnuitzetsystemen nog niet overal door apothekers gebeurt, wordt toegelicht hoe dit door anderen uitgevoerd kan worden.

**Door de verpleegkundige/verzorgende:** Het uitzetten van medicijnen in een medicijnuitzetsysteem kan nodig zijn bij cliënten:

- die zelf de medicijnen kunnen controleren en zelf zorgdragen voor het naleven van de voorschriften: Dit komt weinig voor, maar indien het wel het geval is wordt de cliënt door de verpleegkundige/verzorgende betrokken bij het vullen van het systeem; controleert de cliënt de medicijnen in de vakjes op juistheid, dosering, tijdstip en toedieningswijze en zorgt de cliënt zelf voor inname op het aangegeven tijdstip óf zorgt de cliënt er zelf voor dat de medicijnen door een ander worden uitgereikt. De cliënt is verantwoordelijk voor de controle van de medicijnen en voor de inname.
- die zelf de medicijnen kunnen innemen uit het medicijnuitzetsysteem: Dit betreft cliënten die zelf de medicijnen op het juiste moment kunnen innemen, maar die niet de inhoud van het medicijnuitzetsysteem kunnen controleren. De verpleegkundige/verzorgende is verantwoordelijk voor het goed vullen van het medicijnuitzetsysteem; de cliënt voor het goed innemen van de medicijnen. Zoals aangegeven wordt deze handeling in principe door de apotheker

uitgevoerd. Als verpleegkundige/verzorgende dit doet, dient er een dubbele controle plaats te vinden.

- die geen controle hebben over de medicijnen en de inname ervan: De verpleegkundige/verzorgende, of een ander (verpleegkundige/verzorgende of mantelzorger), zorgt er voor dat de cliënt het medicijn op het juiste moment en op de juiste manier inneemt. Belangrijk is hierbij dat de verpleegkundige/verzorgende zeker weet dat het juiste medicijn wordt toegediend. De medicijnen worden zoveel mogelijk in blisterverpakking in de vakjes van het medicijnuitzetsysteem gelegd. Op de blisters staat de naam van het medicament. De juiste medicijnen worden bij het vullen van het uitzetsysteem gecontroleerd én bij het toedienen.

#### **4. Klaarzetten van medicijnen**

Het klaarzetten van medicijnen voor inname is het klaarzetten op het moment dat de cliënt zelf de medicijnen inneemt/toedient. Deze handeling wordt uitgevoerd voor cliënten die of niet alle medicijnen zelf kunnen verzamelen en/of herinnerd moeten worden aan het tijdstip om de medicijnen in te nemen. Het klaarzetten kan eventueel uit een medicijnuitzetsysteem.

#### **5. Beheren van medicijnen**

Hier ligt een taak voor de zorgmedewerker, indien de cliënt niet in staat is om er zelf voor te zorgen dat er voldoende medicijnen in voorraad zijn. In het cliëntdossier wordt vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het beheer van de voorraden. Hieronder vallen de volgende taken:

- Bestellen van medicijnen. Als het nodig is dat de zorgorganisatie dit overneemt van de cliënt worden hier afspraken over gemaakt met de huisarts en de apotheker.
- Veilig opbergen van de medicijnen. Als het nodig is dat de zorgorganisatie dit overneemt van de cliënt, bijvoorbeeld omdat de cliënt verward is, wordt samen met de mantelzorg naar een passende en veilige oplossing gezocht waarbij het uitgangspunt is dat de medicijnen in het huis van de cliënt of de mantelzorg worden bewaard.
- Wanneer een zorgmedewerker hiervoor verantwoordelijk is dient aandacht te zijn voor o.a.:
  - voldoende voorraad;
  - veilige bewaarplaats;
  - droge bewaarplaats;
  - de temperatuur waarbij de medicatie bewaard dient te worden (bijv. controle temperatuur koelkast);
  - retourneren van medicatie die niet gebruikt wordt.

### **Verantwoordelijkheden medicatietoediening zorgmedewerker**

De verpleegkundige/verzorgende/begeleider voert in het kader van medicijnbeleid taken uit in opdracht van de cliënt. In situaties waarin de cliënt geen verantwoordelijkheid kan dragen, kan de verpleegkundige/verzorgende/begeleider alleen verantwoord te werk gaan als samen met de arts of door de apotheker is vastgelegd welke medicijnen, in welke dosering, op welk tijdstip en op welke wijze wordt toegediend. Dit dient vastgelegd te zijn in het medicatie overzicht. De apotheek levert aan de zorgmedewerker actuele toedieningschema's en toedienlijsten. De zorgmedewerker is verantwoordelijk voor de toedienregistratie op de toedienlijst.



#### **4 Meest voorkomende medicatie toedieningsvormen:**

- Oraal: tablet, dragee, capsule, drank, suspensie, emulsies of poeders die opgelost kunnen worden.
  - **Tablet:** een samengeperst poeder. De meeste tabletten behoren in de maag uiteen te vallen, of men laat ze al van tevoren in water uiteenvallen om het maagslijmvlies te beschermen. Sommige tabletten hebben een speciale coating die maakt dat de tablet niet direct in de maag uiteenvalt. Dit wordt een tablet met verlengde of vertraagde afgifte genoemd. **Deze tabletten mogen niet gebroken of vermalen worden.**
  - **Dragees:** tabletten met een hard laagje (coating) eromheen. Het laagje bestaat meestal uit een kleurstof en suiker en is bedoeld om het medicijn te beschermen tegen invloed van licht of om een onaangename smaak weg te werken. **Dragees dienen altijd in hun geheel te worden doorgeslikt.**
  - **Capsule:** een omhulsel dat bestaat uit gelatine, dit kan hard of zacht zijn. Het geneesmiddel bevindt zich hierin. Harde capsules worden vaak gebruikt voor geneesmiddelen in poedervorm, zachte capsules voor olieachtige middelen. **In overleg met arts / apotheek mogen capsules geopend worden om te mengen met water om bijvoorbeeld via een sonde toe te dienen.**
  - **Drankjes:** Siropen, spoelvloeistoffen, druppels enzovoort zijn vloeistoffen waarin medicijn is verwerkt. Ze zijn vaak beperkt houdbaar en moeten in een **donkere omgeving worden bewaard.**
  - **Suspensies:** Suspensies zijn vloeistoffen waarin kleine vaste deeltjes aanwezig zijn, die bij stilstaan van het flesje naar de bodem zakken of naar boven komen drijven. **Schud een suspensies altijd goed voor gebruik,** zodat de bestanddelen gelijkmatig verdeeld worden.
  - **Emulsies:** In emulsies zijn niet-mengbare vloeistoffen samen verwerkt. Met hulpstoffen wordt de olie in het water vermengd. **Schudden voor gebruik is niet nodig.**
- Rectaal: **zetspillen.** Dit zijn middelen die rectaal worden ingebracht om medicijnen toe te dienen, om onder andere de darmen te spoelen of om de defecatie op gang te brengen. Doordat de medicijnen de maag op deze manier niet hoeven te passeren, zal er minder van het toegediende middel worden aangetast door maagzuur. Verder heeft het rectaal toedienen van medicijnen het voordeel dat bij braken het medicijn niet wordt uitgebraakt.
- Vaginaal **ovules/capsules of crème:** Toediening is vaginaal. De voorkeur heeft om de medicatie vóór de nacht in te brengen. Na het inbrengen moet de cliënt minimaal 10 minuten blijven liggen en niet persen, om de medicijnen zo goed mogelijk in te laten werken.
- Pleister op de huid (**transdermaal**): Hierbij is **de huid de toedieningsweg** van een medicijn. Gedurende langere tijd worden kleine hoeveelheden van een medicijn afgegeven aan de huid waarna het in het lichaam wordt opgenomen.
- Vernevelen: Tijdens **vernevelen** ademt de cliënt een nevel in van **vernevelvloeistof**. Vernevelvloeistof bestaat uit vloeibaar medicijn gemengd met oplosvloeistof. Er kunnen meerdere soorten medicijn gecombineerd worden. Er zijn medicijnen voor verwijding van de luchtwegen, voor het behandelen of remmen van ontstekingen en medicijnen die slijm oplossen. Een vernevelapparaat zorgt dat de vloeistof in heel kleine

<sup>4</sup> <https://www.vilansprotocollen.nl/home>

druppeltjes, nevel, verdeeld wordt. Het medicijn wordt via een mondstuk of een neusmondmasker ingeademd.

- Oogdruppels: **Oogdruppels** zijn bedoeld voor **plaatselijke** werking. Het is bij oogdruppelen **nooit de bedoeling dat het medicijn ook in het lichaam wordt opgenomen. Daarom wordt de traanbuis minimaal één minuut dichtgedrukt na het toedienen van oogdruppels.** Dit voorkomt dat het medicijn door het lichaam wordt opgenomen. Oogdruppels worden steriel afgeleverd in een druppelflesje. Oogdruppelen moet erg zorgvuldig gebeuren. De druppelvloeistof is gevoelig voor bacteriële verontreiniging. Zorg er daarom voor dat **de druppelopening niet in aanraking komt met de huid, het slijmvlies of de oogharen (no-touchtechniek).** Wanneer dit wel gebeurt wordt het flesje weggegooid. Als in de thuissituatie oog, oogleden of wimpers zijn aangeraakt, kan de opening met een schone tissue afgeveegd worden en hoeft het flesje niet weggegooid te worden.
- Neusdruppels: **Neusdruppels** worden met een pipet of een flesje toegediend. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt zijn hoofd goed naar achteren doet en de druppels een paar seconden laat inwerken. Het is belangrijk, dat de neusdruppels langs de buitenzijde van de neusvleugel in het neusgat vallen.