

Begeleiderskenmerken en kennis van begeleiders over medicatiegebruik van hun cliënten met  
verstandelijke beperking

Master's Thesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

E.A.W. van Dalen 4018028

J.C.H. Douma

O. Oudgenoeg

22 juni 2017

Amerpoort

### Abstract

**Background.** There is a growing interest in the use of medication of people with an intellectual disability. Amerpoort wants to create more awareness by their professional carers of the medication-use of their clients, and to reduce this medication-use where possible. To create a critical evaluation of the use of medication, it is important to know what carers know about *what* medication clients use and *why*. **Aim.** To assess the level of knowledge of carers and what characteristics of carers are related. **Methods.** 112 carers filled in a digital questionnaire with questions about what carers know about the medication clients use and why, their sex, age, qualification, level of education, division of Amerpoort, number of years working at Amerpoort and number of hours work a week. **Results.** Carers experience sufficient levels of knowledge about *what* medication clients use ( $M = 2.63$ ,  $SD = 0.79$ ) and *why* ( $M = 2.44$ ,  $SD = 0.88$ ). Carers in division 1 know significantly more about *what* medication clients use and *why* than in division 2. Carers with less than two or more than five years of working experience at Amerpoort know significantly more about what medication clients use than carers with 2-5 years of working experience.

**Conclusion/Discussion.** Based on the results of this research, carers seem to have adequate (self-experienced) knowledge of the medication-use of their clients to participate in an active and useful evaluation of the medication-use of their clients. More education about this subject does not seem necessary.

*Keywords:* intellectual disability, medication, knowledge, carers.

## Begeleiderskenmerken en kennis van begeleiders over medicatiegebruik van hun cliënten met verstandelijke beperking

Onderzoek laat zien dat tussen de 0.5% en 3% van de bevolking in ontwikkelde landen een verstandelijke beperking heeft (Stein, 2008; Werner & Stawski, 2012). In Nederland leven naar schatting 112.000 mensen met een verstandelijke beperking (De Kuijper et al., 2010). Mensen met een verstandelijke beperking ervaren meer gezondheidsproblemen dan mensen zonder deze beperking (Krahn, Hammond, & Turner, 2006; Noonan Walsh & Van Schrojenstein Lantman-De Valk, 2003). Hierbij kan gedacht worden aan epilepsie, diabetes en hart- en vaatziekten (Arscott, Stenfert Kroese, & Dagnan, 2000; Bittles et al., 2006; Krahn et al., 2006). Zo komt epilepsie voor bij ongeveer één op de vijf mensen met een verstandelijke beperking (Bowley & Kerr, 2000; Epsie et al., 2003). Dat is een 20 tot 30 keer grotere kans dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking. Ook obesitas is een grote gezondheidsbedreiging voor mensen met een verstandelijke beperking (Rimmer & Wang, 2005; Rimmer & Yamaki, 2006; Yamaki, 2005). Onderzoek toont aan dat 34.6% van de Amerikaanse volwassenen met een verstandelijke beperking obesitas heeft, tegenover 20.6% van de Amerikaanse volwassenen zonder verstandelijke beperking (Rimmer & Yamaki, 2006). Dit kan leiden tot chronische gezondheidsproblemen als diabetes en hartziekten (Sturm, 2002). Medicatie wordt veelvuldig ingezet bij deze ziekten (Krahn et al., 2006; Noonan Walsh & Van Schrojenstein Lantman-De Valk, 2003).

Naast medische redenen, kan medicatie ook ingezet worden bij psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen (Arscott et al., 2000; Holden & Gitlesen, 2004; Matson & Neal, 2009; Scheifes et al., 2015). Gedragsproblemen kunnen zowel internaliserend als externaliserend zijn (Buist, Dekovic, Meeus, & Van Aken, 2004). Onder internaliserende gedragsproblemen vallen angst, depressie en hechtingsstoornissen. Onder externe gedragsproblemen worden oppositioneel-opstandig en antisociaal gedrag en ADHD verstaan, maar ook versturende en gevaarlijke gedragingen als agressie en de vernieling van eigendommen (Arscott et al., 2000). 30-60% van de mensen met een verstandelijke beperking laten probleemgedrag zien (Dekker, Koot, Van Der Ende, Verhulst, 2002). Gedragsproblemen kunnen voorkomen zonder een gediagnosticeerde ziekte, maar kunnen ook samengaan met een onderliggende mentale of lichamelijke beperking (Deb et al., 2008). Een psychiatrische stoornis komt bij mensen met een verstandelijke beperking drie tot vier keer vaker voor dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking (Dekker & Koot, 2003). Onderzoek toont aan dat 31-50% van de mensen met een verstandelijke beperking een psychiatrische stoornis heeft (Emerson, 2003).

Ter behandeling van psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen wordt psychotrope medicatie frequent ingezet (De Kuijper et al., 2010). Dit is een overkoepelende term voor angstremmers, antipsychotica, antidepressiva, slaapmedicatie en stemmingsstabilisatoren (Scheifes, 2015). Onderzoeken laten zien dat 20-50% van de mensen met een verstandelijke beperking psychotrope medicatie krijgt (Arscott et al., 2000; Holden & Gitlesen, 2004; Singh et al., 1996; Smith et al. 2002). Een kanttekening bij deze bevindingen is dat deze voornamelijk aan het eind van de vorige eeuw gedaan zijn. Meer recent onderzoek toont aan dat bijna een derde van de mensen met een verstandelijke beperking in Nederland antipsychotica toegediend krijgt (De Kuijper et al., 2010). In 18.5% van deze gevallen is er geen indicatie voor het gebruik van dit medicijn en slikt 78.5% dit medicijn al langer dan tien jaar. Tot slot toont onderzoek aan dat 22-65% van de mensen met een verstandelijke beperking minstens één soort psychotrope medicatie toegediend krijgt (Scheifes et al., 2013; Stolker, Koedoot, Heerdink, Leufkens, & Nolen, 2002). Geconcludeerd kan worden dat psychotrope medicatie nog in vergelijkbare mate wordt ingezet als ongeveer 15-20 jaar geleden.

Vaak wordt er van uitgegaan dat psychotrope medicatie net zo effectief is bij mensen met een verstandelijke beperking als bij mensen zonder verstandelijke beperking. Dit, ondanks dat het door atypische symptomen ingewikkeld is om een diagnose voor een psychiatrische stoornis te stellen en er beperkt bewijs is voor de werkzaamheid van psychofarmaca bij deze doelgroep (De Kuijper et al., 2010; Sevin, Bowers-Stephens, Hamilton, & Ford, 2001). Toch wordt deze medicatie vaak ingezet als eerste en enige behandelingsvorm (Oliver-Africano, Murphy, & Tyrer, 2009; Scheifes et al., 2013; Sevin et al., 2001). Tegelijkertijd toont onderzoek aan dat het in veel gevallen niet nodig is om psychotrope medicatie in te zetten (Campbell, 2003).

Daarnaast toont een studie aan dat 84.4% van de volwassenen met een verstandelijke beperking minstens één negatief gevolg ondervindt van psychotrope medicatie, 45.6% ondervindt drie of meer negatieve gevolgen (Scheifes et al., 2015). Veelvoorkomende negatieve gevolgen hierbij zijn psychologische symptomen, slaapproblemen en vermoeidheid, gewichtstoename of -afname en neurologische symptomen (Newcomer, 2007; Scheifes et al., 2015). Ook brengt het krijgen van medicatie tegen epilepsie mogelijk negatieve bijwerkingen met zich mee (Van Donselaar, 2010).

Er zijn dus meerdere redenen om het gebruik van medicatie bij mensen met een verstandelijke beperking goed en systematisch te evalueren. Zoals aangegeven blijkt immers dat er niet altijd een indicatie te zijn voor het toedienen van medicatie. Daarnaast slikt de

overgrote meerderheid van deze mensen de medicatie al langer dan tien jaar, is er beperkt bewijs voor de werkzaamheid van de medicatie en kan het leiden tot verschillende, negatieve bijwerkingen (Campbell, 2003; De Kuijper et al., 2010; Holden & Gitlesen, 2004; Sevin et al., 2001). Sinds de eeuwwisseling is er meer aandacht gekomen voor de gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking en wordt er meer gezocht naar alternatieve behandelingsvormen (Van Schroyen Lantman-De Valk, 2005).

Om een goede evaluatie van medicatiegebruik van mensen met een verstandelijke beperking mogelijk te maken, is het van belang dat professionals binnen zorginstellingen op de hoogte zijn van het medicatiegebruik van hun cliënten. Het is voor deze zorginstellingen belangrijk om inzicht te krijgen in het kennisniveau van begeleiders, omdat zij verantwoordelijk zijn voor het toedienen van de medicatie aan de cliënten (De Kuijper et al., 2010). Ook zijn zij degenen die zicht hebben op de werking van de medicatie en eventuele bijwerkingen (Bradley, 2003). Wanneer een zorginstelling inzichtelijk heeft hoeveel begeleiders weten van *wat* cliënten slikken aan medicatie en *waarom*, kan zij hierop inspelen en waar nodig het kennisniveau van begeleiders over medicatiegebruik van cliënten vergroten.

Onderzoek toont echter aan dat begeleiders binnen zorginstellingen, ondanks toegenomen aandacht voor de gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking, onvoldoende kennis hebben over het gebruik van medicatie (De Kuijper et al., 2010). Dit onderzoek toont ook aan dat ondanks gebrek aan wetenschappelijk bewijs, verzorgers er nog steeds van overtuigd zijn dat medicatie effectief is in de behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking. Professionals geven ook aan te weinig informatie te hebben over de medicatiegerelateerde zaken van hun cliënten (Singh et al., 1996). Van deze participanten gaf 80-85% aan dat de aangeboden cursussen/trainingen voorafgaand aan het werken met deze doelgroep, maar ook de cursussen/trainingen tijdens het werk, ontoereikend waren.

Amerpoort, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking in het midden van Nederland, is een project gestart om het medicatiegebruik van haar cliënten kritisch te evalueren en waar mogelijk af te bouwen. Hiervoor is het van belang dat zij inzicht krijgt in het kennisniveau van haar begeleiders over het *wat* en *waarom* van het medicatiegebruik van de cliënten die zij ondersteunen. Zo krijgt Amerpoort helder of begeleiders over voldoende kennis beschikken om een actieve en zinvolle bijdrage te leveren aan de medicatie-evaluatie van haar cliënten. Daarnaast wil Amerpoort weten welke begeleiders minder kennis hebben, zodat zij gericht die begeleiders bijscholing kan bieden die dat nodig lijken te hebben.

Om zicht te krijgen op het kennisniveau van begeleiders over het *wat* en *waarom* van medicatiegebruik en gerelateerde begeleiderskenmerken, is het huidige onderzoek gestart. Hierbij worden verschillende begeleiderskenmerken meegenomen: geslacht, leeftijd, functie, opleidingsniveau, divisie, aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort en uren per week werkzaam binnen de huidige functie. De onderzoeksvraag die hierbij opgesteld wordt luidt: “Hoe hangen begeleiderskenmerken binnen een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking samen met de kennis van begeleiders over het medicatiegebruik van de cliënten?”.

Bij deze onderzoeksvraag zijn verschillende verwachtingen opgesteld. Zo wordt verwacht dat er geen sekseverschil gevonden wordt wat betreft het kennisniveau van begeleiders, omdat mannelijke en vrouwelijke begeleiders dezelfde opleidingen en cursussen volgen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat verplegers uit ziekenhuizen met meer ervaring, hogere kwaliteit van zorg kunnen bieden en minder medicatieve fouten maken (Blegen, Vaughn, & Goode, 2001). Om deze reden wordt er verwacht dat oudere begeleiders en begeleiders met meer jaren werkervaring binnen Amerpoort, meer kennis hebben van het medicatiegebruik van hun cliënten. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat teams met meer professionals met een bachelordiploma geen significant betere zorg leveren en niet minder medicatieve fouten maken dan teams met minder professionals met een bachelordiploma (Blegen et al., 2001). Om deze reden wordt verwacht dat een hoger opleidingsniveau en/of een hogere functie niet leiden tot significant meer kennis van het medicatiegebruik van cliënten. Omdat de zorg binnen divisie 1 meer intensief en verzorgend is dan in divisie 2, wordt verwacht dat begeleiders in divisie 1 meer kennis over medicatie van hun cliënten zullen hebben dan begeleiders in divisie 2 (Amerpoort, 2015). Tot slot wordt verwacht dat begeleiders die meer uren per week werken, meer kennis hebben van het medicatiegebruik van cliënten, omdat zij meer en vaker te maken krijgen met het medicatiegebruik van cliënten. Deze hypothesen zullen in de huidige studie onderzocht worden.

## **Methode**

### **Steekproef en procedure**

De huidige studie heeft zich gericht op de (coördinerend) begeleiders van Amerpoort. Binnen deze organisatie zijn alle (ongeveer 600) coördinerend begeleiders en begeleiders via een groepse-mail en via een oproep op het interne net van Amerpoort benaderd voor deelname aan het onderzoek, wat het invullen van een online vragenlijst inhield. Ook gedragsdeskundigen en assistent-begeleiders zijn benaderd voor het invullen van de online vragenlijst, maar zij zijn niet meegenomen in het huidige onderzoek. Dit wordt verder

uitgelegd bij de variabele 'functie'. In de e-mail en op het interne net was een directe link naar de vragenlijst te vinden.

Zowel in de e-mail als op het interne net werd het doel van de studie genoemd, werden de onderzoekers voorgesteld en is uitleg gegeven over het grotere project waarvan dit onderzoek deel uitmaakt. Er is benoemd dat het invullen van de vragenlijst ongeveer 15 minuten tijd kost, deelname geheel vrijwillig en anoniem is, dat er vertrouwelijk omgegaan wordt met verkregen data, dat het mogelijk is de vragenlijst halverwege af te sluiten en op een later moment te hervatten en er werd een uiterste invuldatum genoemd. Tot slot is er een e-mailadres genoemd dat door participanten gebruikt kon worden bij vragen en/of opmerkingen.

Wanneer participanten de link aanklikten voor het invullen van de vragenlijst, werd eerst een introductiepagina getoond met uitleg over het medicatie-evaluatieformulier, omdat het grotere onderzoek daarover ging en er verwacht werd dat een groot deel van de participanten nog niet eerder van het medicatie-evaluatieformulier had gehoord. Ook is benoemd dat de vragenlijst door iedereen ingevuld kon worden, ongeacht of de participant het medicatie-evaluatieformulier had ingevuld.

In totaal hebben 204 coördinerend begeleiders en begeleiders de vragenlijst geopend en deels ingevuld. Onvolledig ingevulde vragenlijsten zijn uit de dataset verwijderd. Hierdoor bleven er in totaal 112 participanten over die zijn meegenomen in de analyses. Dit is ongeveer 19% van de benaderde begeleiders. Het is niet te achterhalen hoeveel participanten via de e-mail of via het interne net bij de vragenlijst zijn uitgekomen en hoe representatief de steekproef is. Demografische kenmerken van de participanten zijn te vinden in Tabel 1.

Tabel 1

*Demografische gegevens van de steekproef (n=112)*

Begeleiderskenmerken	Frequenties	Percentages
Geslacht		
Man	12	10.7
Vrouw	100	89.3
Leeftijd ( $M = 2.39$ ; $SD = 1.12$ )		
20-29	26	23.2
30-39	43	38.4
40-49	19	17.0
50-59	21	18.8
60-69	3	2.7
Functie		
Begeleider	58	51.8
Coördinerend begeleider	54	48.2
Hoogst afgerond opleidingsniveau		
Laag-Midden	43	38.4
Hoog	69	61.6
Divisie		
1	69	36.7
2	40	63.3
Aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort		
<2 jaar	12	10.7
2-5 jaar	12	10.7
>5 jaar	88	78.6
Uren per week werkzaam binnen huidige functie		
<32 uur	76	67.9
≥32 uur	36	32.1

### Variabelen

De afhankelijke variabelen van deze studie zijn de kennis van begeleiders over *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*. Dit is gemeten met twee voor dit onderzoek geformuleerde stellingen, namelijk 1) ‘Ik weet niet van elke cliënt welke medicatie hij of zij gebruikt’ en 2) ‘Ik heb niet voor elke cliënt op een rijtje waarom hij of zij (verschillende)

medicatie gebruikt'. Beide items konden beantwoord worden op een vierpuntsantwoordschaal, waarbij 0 = oneens, 1 = beetje mee eens, 2 = voornamelijk mee eens, 3 = helemaal mee eens. Voor de interpreteerbaarheid van deze items, zijn de scores van de items omgepoold. Hierdoor staat een hogere score op deze stellingen voor het hebben van meer kennis over respectievelijk *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*.

De onafhankelijke variabelen binnen deze studie zijn verschillende begeleiderskenmerken van participanten.

**Geslacht.** Er is onderscheid gemaakt tussen man versus vrouw.

**Leeftijd.** Een begeleider kon in de vragenlijst aangeven tot welke leeftijdscategorie hij/zij behoort: 0= '<20', 1= '20-29', 2= '30-39', 3= '40-49', 4= '50-59', 5= '60-69' en 6= '>70'. Deze variabele is als een continue variabele meegenomen in de analyses.

**Functie.** In de vragenlijst kon gekozen worden uit 'Assistent-begeleider', 'Begeleider', 'Coördinerend begeleider' en 'Gedragsdeskundige'. Assistent-begeleiders en gedragsdeskundigen zijn niet meegenomen in het vervolg van de studie, omdat deze groepen beiden te weinig direct met het medicatiegebruik van cliënten te maken hebben. Er wordt gekeken naar eventuele verschillen tussen coördinerend begeleiders en begeleiders. Begeleiders begeleiden en verzorgen cliënten op de groep, coördinerend begeleiders hebben daarnaast de verantwoordelijkheid over het functioneren van de groep, zijn de contactpersoon, voornamelijk zij staan in contact met verwanten, artsen en therapeuten en dragen daarnaast de verantwoordelijkheid voor het juist gebruiken en toedienen van medicatie aan cliënten.

**Hoogst afgerond opleidingsniveau.** Participanten konden uit de volgende antwoordmogelijkheden kiezen: LBO (Lager Beroepsonderwijs), Mavo/VMBO, Havo, VWO, MBO, HBO en Universiteit. Voor de analyses zijn er drie groepen gevormd op basis van een indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2008), namelijk: 'Laag' (LBO, Mavo/VMBO), 'Midden' (MBO, Havo, Vwo) en 'Hoog' (HBO, Universiteit). Er bleken maar vijf participanten een 'laag' opleidingsniveau te hebben, daarom is geanalyseerd met twee groepen: 'Laag-Midden' versus 'Hoog'.

**Divisie.** Participanten konden aangeven of ze binnen Amerpoort werkzaam zijn in divisie 1 of divisie 2. Deze indeling heeft de zorginstelling zelf ingesteld. Hierbij is de zorg binnen divisie 1 meer intensief en verzorgend bij cliënten met een ernstig (meervoudige) verstandelijke beperking en biedt divisie 2 zorg aan cliënten met een matige of licht verstandelijke beperking.

**Aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort.** In de vragenlijst kon uit de volgende antwoordcategorieën gekozen worden: '<2 jaar', '3-5 jaar', '6-8 jaar', '9-10 jaar' en '>10

jaar'. Voor de analyses zijn drie groepen gevormd ('<2 jaar', '2-5 jaar' en '>5 jaar'), omdat er van uitgegaan wordt dat het kennisniveau van professionals na vijf jaar werkervaring niet meer veel zal veranderen, maar er wel een verschil verwacht wordt tussen participanten die minder dan twee jaar binnen de zorginstelling werken en participanten die daar al langer werkzaam zijn.

**Aantal uren per week werkzaam in de huidige functie.** Dit kon op de volgende manier worden beantwoord: '< 8 uur', '8-16 uur', '16-24 uur', '24-32 uur', '32-40 uur' en '>40 uur'. Voor de analyses zijn de (coördinerend) begeleiders ingedeeld in twee groepen: '<32 uur' en '≥32 uur'. Er werkten te weinig participanten minder dan 16 uur om als aparte groep mee te nemen in de analyses. Eén participant heeft aangegeven minder dan 8 uur te werken, één participant heeft aangegeven minder dan 16 uur te werken.

### Analyse

De data is ingevoerd in SPSS versie 24. Door de grootte van de steekproef mag er parametrisch getoetst worden (Field, 2009).

Allereerst zijn de gemiddelde scores berekend van de twee afhankelijke variabelen. Vervolgens zijn er, om na te gaan of de groepen van de onafhankelijke variabelen verschillen in de mate van zelf ervaren kennis over *wat* cliënten slikken aan medicatie en *waarom*, voor beide afhankelijke variabelen univariate ANOVA's uitgevoerd met de begeleiderskenmerken als onafhankelijke variabelen. Voor de significante verschillen binnen variabelen met drie of meer groepen is een LSD post-hoc toets uitgevoerd. Voor de continue variabele leeftijd, is een tweezijdige Pearson correlatie uitgevoerd. Er wordt een significantieniveau van  $p < .05$  gehanteerd.

## Resultaten

### Kennis van *wat* cliënten krijgen aan medicatie

De begeleiders hebben een gemiddelde zelfervaren kennisscore van 2.63 ( $SD = 0.79$ ) op *wat* cliënten krijgen aan medicatie. Uit de enkelvoudige ANOVA komen significante verschillen naar voren waarbij begeleiders uit divisie 1 significant meer kennis ervaren dan begeleiders uit divisie 2 ( $F(1, 107) = 5.67, p = .02$ ). Ook zijn er significante verschillen gevonden tussen het aantal jaar dat een participant werkzaam is binnen Amerpoort ( $F(2, 109) = 3.94, p = .02$ ). Hierbij blijkt uit een post hoc test dat '<2 jaar' ( $M = 2.92, SD = 0.29$ ) en '>5 jaar' ( $M = 2.67, SD = 0.77$ ) significant meer kennis ervaren dan degenen die '2-5 jaar' ( $M = 2.08, SD = 1.08$ ) werkzaam zijn binnen Amerpoort. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden (zie Tabel 2).

Tabel 2

*Verschillen tussen begeleiders op de ervaren kennis van welke medicatie cliënten slikken:  
Resultaten uit de univariate ANOVA en Pearson correlatie*

Begeleiderskenmerken	<i>M (SD)</i>	F.	<i>p</i>
Geslacht		0.38	.54
Man	2.50 (1.00)		
Vrouw	2.65 (0.77)		
Functie		0.28	.60
Begeleider	2.67 (0.80)		
Coördinerend begeleider	2.59 (0.79)		
Hoogst afgerond opleidingsniveau		0.63	.43
Laag-Midden	2.56 (0.85)		
Hoog	2.68 (0.90)		
Divisie		5.67	.02*
1	2.88 (0.34)		
2	2.52 (0.90)		
Aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort		3.94	.02*
<2 jaar	2.92 (0.29)		
2-5 jaar	2.08 (1.08)		
>5 jaar	2.67 (0.77)		
Uren per week werkzaam binnen huidige functie		0.31	.58
<32 uur	2.61 (0.80)		
≥32 uur	2.69 (0.79)		
		<i>r</i>	<i>p</i>
Leeftijd		-.11	.25

*Noot.* \* $p < .05$ .

### **Kennis van waarom cliënten medicatie gebruiken**

De gemiddelde zelfervaren kennisscore op *waarom* cliënten medicatie toegediend krijgen is 2.44 ( $SD = 0.88$ ). Uit de enkelvoudige ANOVA blijkt er alleen een significant verschil te zijn voor de divisie waarin participanten werkzaam zijn ( $F(1, 107) = 8.33, p = .01$ ). Begeleiders van divisie 1 scoren significant hoger ( $M = 2.75, SD = 0.49$ ) dan begeleiders uit divisie 2 ( $M = 2.28, SD = 0.97$ ) in de mate van zelfervaren kennis over weten waarom

cliënten medicatie toegediend krijgen. Verder zijn er geen significante verschillen gevonden (zie Tabel 3).

Tabel 3

*Kennis van waarom cliënten medicatie gebruiken: Resultaten uit de univariate ANOVA en Pearson correlatie*

Onafhankelijke variabelen	<i>M (SD)</i>	F.	<i>p</i>
Geslacht		.61	.44
Man	2.25 (1.14)		
Vrouw	2.46 (0.85)		
Functie		.01	.94
Begeleider	2.43 (0.92)		
Coördinerend begeleider	2.44 (0.84)		
Hoogst afgerond opleidingsniveau		.07	.79
Laag-Midden	2.47 (0.86)		
Hoog	2.42 (0.90)		
Divisie		8.33	.01*
1	2.75 (0.49)		
2	2.45 (0.86)		
Aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort		.64	.53
<2 jaar	2.50 (0.67)		
2-5 jaar	2.17 (1.03)		
>5 jaar	2.47 (0.88)		
Uren per week werkzaam binnen huidige functie		.40	.53
<32 uur	2.47 (0.81)		
≥32 uur	2.36 (1.02)		
		<hr/>	<hr/>
		r.	<i>p</i>
Leeftijd		-.11	.24

*Noot.* \* $p < .05$

### Conclusie en discussie

Zorginstelling Amerpoort is bezig met het kritisch evalueren en waar mogelijk afbouwen van medicatie van cliënten en wil middels dit onderzoek helder krijgen of begeleiders over voldoende kennis van medicatiegebruik beschikken om een actieve en zinvolle bijdrage te kunnen leveren aan de medicatie-evaluatie van haar cliënten. Daarnaast

wil Amerpoort hiermee inzichtelijk krijgen welke groepen begeleiders minder kennis hebben, zodat zij gericht die begeleiders bijscholing kan bieden.

Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat begeleiders gemiddeld een score van 2.63 ( $SD = 0.79$ ) laten zien op hoeveel zelfervaren kennis ze hebben over *wat* cliënten krijgen aan medicatie en een gemiddelde score van 2.44 ( $SD = 0.88$ ) op de zelfervaren kennis van *waarom* cliënten deze medicatie krijgen, bij een maximaal te halen score van 3. Dit is een vrij hoge score en impliceert dat begeleiders ervaren voldoende kennis te hebben over *wat* cliënten aan medicatie krijgen en *waarom*. Dit gaat in tegen al bestaand onderzoek, waaruit naar voren komt dat begeleiders onvoldoende kennis hebben over het gebruik van medicatie van cliënten (De Kuijper et al., 2010). Een mogelijke verklaring hiervoor, is dat er binnen Amerpoort al sinds enkele jaren gestreefd wordt naar een groter bewustzijn van het medicatiegebruik van cliënten (Amerpoort, 2015). Dit kan ertoe leiden dat (coördinerend) begeleiders al goed op de hoogte zijn van het medicatiegebruik van cliënten.

Daarnaast zijn er voor de vraag *wat* cliënten aan medicatie krijgen twee begeleiderskenmerken gevonden die significante verschillen laten zien. Begeleiders die korter dan twee jaar en langer dan vijf jaar binnen Amerpoort werken hebben significant meer kennis van *wat* cliënten krijgen aan medicatie dan begeleiders die 2-5 jaar werkzaam zijn binnen Amerpoort. Het verschil in zelfervaren kennis tussen begeleiders die minder dan twee jaar en die langer dan vijf jaar binnen Amerpoort werken is niet significant. Ook wordt er geen significant verschil gevonden bij zelfervaren kennis over *waarom* cliënten medicatie krijgen. Deze bevindingen komen niet overeen met de verwachtingen opgesteld vanuit de literatuur. Er werd verwacht dat begeleiders met meer jaren werkervaring meer kennis zouden hebben van *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*, omdat onderzoek aantoont dat begeleiders met meer jaren werkervaring minder medicatieve fouten maken (Blegen et al., 2001). Dit zou verklaard kunnen worden doordat het mogelijk is dat het aantal jaren werkervaring binnen Amerpoort niet gelijk staat aan het totale aantal jaren werkervaring in de gehandicaptenzorg voor de (coördinerend) begeleiders. Het totale aantal jaren werkervaring binnen de gehandicaptenzorg is niet meegenomen in het huidige onderzoek, waardoor het niet na te gaan is of het aantal jaar werkzaam binnen Amerpoort gelijk staat aan het totale aantal jaren werkervaring.

Ook is er een significant verschil gevonden tussen de beide divisies wat betreft de zelfervaren kennis die (coördinerend) begeleiders hebben over *wat* cliënten krijgen aan medicatie. Begeleiders uit divisie 1 ervaren significant meer kennis dan begeleiders in divisie 2. Voor overige begeleiderskenmerken zijn geen significante verschillen gevonden.

Vervolgens is er een significant verschil gevonden voor de divisie waarin begeleiders werkzaam zijn en het weten *waarom* cliënten medicatie krijgen. Begeleiders uit divisie 1 ervaren significant meer kennis dan begeleiders in divisie 2. Voor overige begeleiderskenmerken zijn geen significante verschillen gevonden. Opvallend is dus, dat divisie de enige onafhankelijke variabele is die van invloed lijkt te zijn op het weten *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*. De zorg binnen divisie 1 is meer verzorgend en intensief dan in divisie 2 (Amerpoort, 2015). Dit maakt het aannemelijk dat er binnen divisie 1 meer medicatie gebruikt wordt dan binnen divisie 2, waardoor begeleiders binnen divisie 1 meer ervaring hebben met en kennis hebben van medicatie van cliënten.

Daarnaast is het opvallend dat andere begeleiderskenmerken niet van invloed lijken te zijn op de zelfervaren kennis van *wat* cliënten aan medicatie krijgen en *waarom*. Een mogelijke verklaring hiervoor, is dat Amerpoort al geruime tijd bezig is met het vergroten van het bewustzijn van medicatiegebruik van cliënten (Amerpoort, 2015). Dit kan ertoe leiden dat (coördinerend) begeleiders al meer bewustzijn hebben ontwikkeld, en de onderlinge verschillen tussen (coördinerend) begeleiders verkleind zijn.

Ook een deel van de andere opgestelde verwachtingen worden niet ondersteund door het huidige onderzoek, deze worden hieronder besproken. Zo werd verwacht dat oudere begeleiders en begeleiders die meer uur per week werken, meer kennis van het medicatiegebruik van cliënten zouden hebben (Blegen et al., 2001). Een mogelijke verklaring voor het verwerpen van deze hypothese is het verschil in doelgroep. Het onderzoek van Blegen en collega's (2001) richt zich op verzorgers in ziekenhuizen, terwijl de huidige studie zich richt op cliënten met een verstandelijke beperking. In ziekenhuizen zijn behandelingen voornamelijk medicatiegericht, waardoor het aannemelijk is dat oudere verzorgers meer ervaring met en kennis hebben van medicatie, dan jongere verzorgers. Binnen Amerpoort zijn er naast medicatieve behandelingen meerdere alternatieve behandelmogelijkheden en krijgen niet alle cliënten medicatie. Dit kan ervoor zorgen dat oudere begeleiders en begeleiders die meer uur per week werken niet per definitie meer ervaring hebben met het werken met medicatie dan jongere begeleiders of begeleiders die minder uur per week werken, waardoor het zelfervaren kennisniveau niet hoeft te verschillen.

Om de resultaten van de huidige studie in perspectief te kunnen plaatsen, is het van belang dat de resultaten in het licht van de sterke en zwakkere kanten van dit onderzoek bekeken worden. Een mogelijk zwakker punt van de huidige studie is de generaliseerbaarheid, zowel binnen Amerpoort als Nederlandbreed. Het is niet duidelijk hoe representatief de steekproef is voor begeleiders binnen Amerpoort. Er kunnen dus geen generaliserende

uitspraken gedaan worden over alle begeleiders binnen Amerpoort en over andere zorginstellingen binnen Nederland.

Een ander mogelijk zwakker punt is de gemeten begeleiderskenmerken. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is om meer begeleiderskenmerken mee te nemen, zodat er meer inhoudelijke kennis verkregen kan worden. Hierbij kan ten eerste gedacht worden aan de mening die begeleiders hebben over medicatiegebruik. Het is aannemelijk dat wanneer begeleiders meer positief tegenover medicatiegebruik van cliënten staan, ze zich meer met het medicatiegebruik van cliënten bezighouden en op deze manier meer kennis van medicatie ervaren. Om hier bewijs voor te vinden, is toekomstig onderzoek van belang. Ten tweede kan kijken naar hoeveel jaar begeleiders in totaal werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg van belang zijn, omdat het huidige onderzoek significante verschillen vindt tussen verschillende jaren werkervaring binnen Amerpoort en het weten *wat* cliënten aan medicatie krijgen. Dit aantal jaren hoeft niet gelijk te staan aan het totale aantal jaren werkervaring van (coördinerend) begeleiders. Om een meeromvattend beeld te krijgen van het aantal jaren werkervaring en diens invloed op kennis van *wat* cliënten aan medicatie slikken en mogelijk ook *waarom*, is toekomstig onderzoek van belang.

Ook kan het voor Amerpoort nuttig zijn om het kennisniveau van begeleiders op een meer objectieve manier te toetsen. Het huidige onderzoek richt zich op het zelfvervaren kennisniveau van begeleiders. Dit niveau hoeft niet gelijk te zijn aan hoe het niveau van begeleiders werkelijk is.

Een andere aanbeveling voor toekomstig onderzoek is het verwijderen van de mogelijkheid om de digitale vragenlijst halverwege te stoppen en op een later tijdstip voort te zetten. Deze mogelijkheid is in de huidige studie wel meegenomen, zodat participanten gemakkelijker tijd konden vinden voor deelname aan het onderzoek. Dit heeft mogelijk tot gevolg gehad dat veel participanten de vragenlijst maar half hebben ingevuld. De vragenlijst kostte maar ongeveer 15 minuten om in te vullen, waardoor toekomstig onderzoek beter de regel kan hanteren dat vragenlijsten in één keer ingevuld moeten worden.

Een sterk punt aan het huidige onderzoek is dat alle (coördinerend) begeleiders binnen Amerpoort zijn benaderd en deel konden nemen aan dit onderzoek. Hierdoor zijn participanten benaderd op een aselechte manier. Een ander sterk punt is dat de vragenlijst anoniem ingevuld is en dit ook gecommuniceerd is naar participanten. Dit kan ertoe leiden dat participanten zich vrijer voelen in het geven van eerlijke antwoorden en het risico op sociaal wenselijke antwoorden kleiner wordt (Kiesler & Sproull, 1986).

Concluderend kan gesteld worden dat participanten binnen divisie 1 significant meer kennis hebben over *wat* cliënten slikken aan medicatie en *waarom* dan begeleiders in divisie 2. Ook is gebleken dat begeleiders met 2-5 jaar werkervaring binnen Amerpoort significant minder kennis hebben over *wat* cliënten krijgen aan medicatie dan begeleiders met een ander aantal jaar werkervaring. Ondanks deze significante verschillen, lijken de participanten in het algemeen voldoende zelfervaren kennis te hebben over *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat (coördinerend) begeleiders binnen Amerpoort over voldoende kennis van medicatiegebruik van cliënten beschikken om actief en zinvol deel uit te maken van een kritische evaluatie van dit medicatiegebruik. Daarnaast lijkt scholing over medicatiegebruik van cliënten niet direct noodzakelijk. Wanneer Amerpoort de gevonden verschillen tussen groepen wel te groot vindt, kunnen zij scholing bieden aan de groepen die significant minder kennis hebben van *wat* cliënten krijgen aan medicatie en *waarom*. Hierbij kan Amerpoort zich in eerste instantie op begeleiders uit divisie 2 en begeleiders met 2-5 jaar werkervaring binnen Amerpoort richten.

## Referentielijst

- Amerpoort (2015). *Buitenste Binnen: Visienota Amerpoort*. Verkregen op 6 mei 2017, van: <http://www.amerpoort.nl/binaries/content/assets/Organisatie/clientvertegenwoordigers%5B2%5D/herontwerp/visienota-amerpoort-maart-2015.pdf>
- Arscott, K., Stenfert Kroese, B., & Dagnan, D. (2000). A study of the knowledge that people with intellectual disabilities have of their prescribed medication. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13*, 90-99.  
doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00010.x
- Bittles, A. H., Petterson, B. A., Sullivan, S. G., Hussain, R., Glasson, E. J., & Montgomery, P. D. (2002). The influence of intellectual disability on life expectancy. *Journal of Gerontology, 57A*, 470-472. doi:10.1093/Gerona/57.7.M470
- Blegen, M. A., Vaughn, T. E., Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: Effect on quality of care. *The Journal of Nursing Administration, 31*, 33-39.
- Buist, K. L., Dekovic, M., Meeuw, W. H. J., & Aken, A. G. van (2004). Gehechtheid en internaliserend en externaliserend probleemgedrag bij adolescenten. *Kind en Adolescent, 25*, 132-149. doi:10.1007/BF03060909
- Bowley, C., & Kerr, M. (2000). Epilepsy and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 44*, 529-543.
- Bradley, S. S. (2003). The psychology of the psychopharmacology triangle: The client, the clinicians, and the medication. *Social Work in Mental Health, 4*, 29-50.  
doi:10.1300/J200v01n04\_03
- Campbell, J. M. (2003). Efficacy of behavioral interventions of reducing problem behavior in persons with autism: a quantitative synthesis of single-subject research, *Research in Developmental Disabilities, 24*, 120-138. doi:10.1016/S0891-4222(03)00014-3
- Centraal Bureau voor Statistiek (2008). *Opleidingsniveau*. Verkregen op 5 mei 2017, van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2008/16/bijna-evenveel-hoogopgeleide-als-laagopgeleide-nederlanders/opleidingsniveau>
- Deb, S., Chaplin, R., Sohanpal, S., Unwin, G., Soni, R., & Lenotre, L. (2008). The effectiveness of mood stabilizers and antiepileptic medication for the management of behavior problems in adults with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*, 107-113.  
doi:10.1111/j.1365-2788.2007.00965.x
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: Child and family prediction. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 923-931.  
doi:10.1097/01.CHI.0000046891.27264.C1
- Dekker, M. C., & Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1087-1098.  
doi:10.1111/1469-7610.00235
- Donselaar, C. A. van (2010). Epilepsie. *Het Neurologie Formularium*, 179-188.  
doi:10.1007/978-90-313-8508-9\_25
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51-58. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- Espie, C. A., Watkins, J., Duncan, R., Sterrick, M., McDonach, E., Espie, A., & McGarvey, C. (2003). Perspectives on epilepsy in people with intellectual disabilities: Comparison of family carer, staff carer and clinician score profiles on the Glasgow Epilepsy Outcome Schale (GEOS). *Seizure*, 12, 195-202. doi:10.1016/S1059-1311(02)00265-0
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (4e ed.). Londen: SAGE Publications.
- Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). Psychotropic medication in adults with mental retardation: Prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 509-521. doi:10.1016/j.ridd.2004.03.004
- Krahn, G. L., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12, 70-82. doi:10.1002/mrdd.20098
- Kiesler, S., & Sproull, L. (1986). Response effects in the electronic survey. *Public Opinion Quarterly*, 50, 402-413. doi:10.1086/268992
- Kuijper, G. de, Hoekstra, P., Visser, F., Scholte, F. A., Penning, C., & Evenhuis, H. (2010). Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: Prevalence and reasons for prescription. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 659-667. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01275.x
- Matson, J. L., & Neal, D. (2009). Psychotropic medication use for challenging behaviors in persons with intellectual disabilities: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 572-586. doi:10.1016/j.ridd.2008.08.007
- Newcomer, J. W. (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: A review of recent evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 20-27.

- Noonan Walsh, P., & Schroyen Lantman-De Valk, H. M. J. van (2003). Health indicators for people with intellectual disabilities. *European Journal of Public Health, 13*, 47-50. doi:10.1093/eurpub/13.suppl\_3.47
- Oliver-Africano, P., Murphy, D., & Tyrer, P. (2009). Aggressive behaviour in adults with intellectual disability. *CNS Drugs, 23*, 903-913. doi:10.2165/11310930-000000000-00000
- Rimmer, J. H., & Wang, E. (2005). Obesity prevalence among a group of Chicago residents with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation, 86*, 1461-1464. doi:10.1016/j.apmr.2004.10.038
- Rimmer, J. H., & Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*, 22-27. doi:10.1002/mrdd.20091
- Scheifes, A. (2015). *Psychotropic drug use in people with intellectual disability: Patterns of use and critical evaluation* (Proefschrift, Universiteit Utrecht). Verkregen op 6 mei 2017, van: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/320363>
- Scheifes, A., Jong, D., de, Stolker, J. J., Nijman, H. L. I., Egberts, T. C. G., & Heerdink, E. R. (2013). Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalised children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 3159-3167. doi:10.1016/j.ridd.2013.06.009
- Scheifes, A., Walraven, S., Stolker, J. J., Nijman, H. L. I., Egberts, T. C. G., & Heerdink, E. R. (2015). Adverse events and the relation with quality of life in adults with intellectual disability and behavioral problems using psychotropic drugs. *Research in Developmental Disabilities, 49-50*, 13-21. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.017
- Schroyen Lantman-De Valk, H. M. J. van (2005). Health in people with intellectual disabilities: Current knowledge and gaps in knowledge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*, 325-333. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00265.x
- Sevin, J. A., Bowers-Stephens, C., Hamilton, M. L., & Ford, A. (2001). Integrating behavioral and pharmacological interventions in treating clients with psychiatric disorders and mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 463-485. doi:10.1016/S0891-4222(01)00084-1
- Singh, N. N., Ellis, C. R., Donatelli, L. S., Williams, D. E., Ricketts, R. W., Goza, A. B., ..., & Singh, Y. N. (1996). Professionals' perceptions of psychotropic medication in residential facilities for individuals with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research, 40*, 1-7.

- Smith, C., Felce, D., Ahmed, Z., Fraser, W. I., Kerr, M., Kiernan, C., ..., & Thomas, J. (2002). Sedation effects on responsiveness: Evaluating the reduction of antipsychotic medication in people with intellectual disability using a conditional probability approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, *46*, 464-471. doi:10.1046/j.1365-2788.2002.00416.x
- Stein, G. L. (2008). Providing palliative care to people with intellectual disabilities: Services, staff knowledge, and challenges. *Journal of Palliative Medicine*, *11*. 1241-1248. doi:10.1089/jpm.2008.0130
- Sturm, R. (2002). The effects of obesity, smoking and drinking on medical problems. *Health Affairs*, *21*, 245-253. doi:10.1377/hlthaff.21.2.245
- Stolker, J. J., Koedoot, P. J., Heerdink, E. R., Leufkens, H. G. M., & Nolen, W. A. (2002). Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. *Pharmacopsychiatry*, *35*, 19-23. doi:10.1055/s-2002-19838
- Werner, S., & Stawski, M. (2012). Knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, *56*, 291-304. doi:10.1111/j.1365-2788-2011.01429.x
- Yamaki, K. (2005). Body weight status among adults with intellectual disability in the community. *Mental Retardation*, *43*, 1-10. doi:10.1352/0047-6765(2005)43<1:BWSAAW>2.0.CO;2