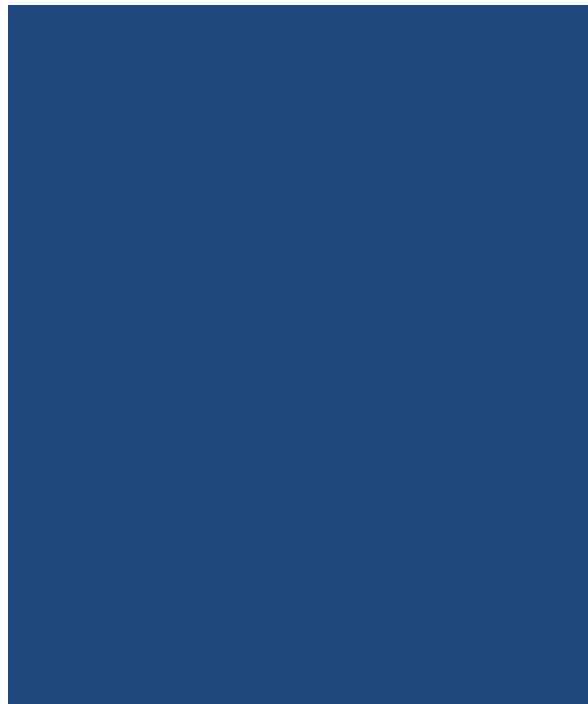




Evaluatie medicatiebeleid en - protocol

Evi de Kadt – 563436

Nicole Veekens – 566895

HBO Verpleegkunde

Opdrachtgevers: Raimond Rensen &
André Daamen

Docentbegeleider: Karin van Montfoort

Examinator: Edin Granilo

Projectnummer: 1617_22ZidP_15

21 juni 2017

Colofon

<i>Projectcode</i>	1617_22ZidP_15
<i>Opdrachtgevers</i>	Dhr. A. Daamen – Senior-Adviseur Zorg Dhr. R. Rensen – Adviseur Zorg <i>RIBW Nijmegen & Rivierenland</i> Kerkenbos 1103a 6546 BC Nijmegen
<i>Docentbegeleider</i>	Mw. K. van Montfoort – MANP <i>Docent Instituut Verpleegkundige studies</i> <i>Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
<i>Examinator</i>	Edin Granilo – MANP <i>Docent Instituut Verpleegkundige studies</i> <i>Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
<i>Studentonderzoekers</i>	Evi de Kadt – 563436 E.deKadt@student.han.nl Nicole Veekens – 566895 NGM.Veekens@student.han.nl
<i>Onderwijsinstelling</i>	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
<i>Opleiding</i>	HBO Verpleegkunde
<i>Studiejaar</i>	2016 - 2017
<i>Onderwijseenheid</i>	Zorginnovatie in de praktijk
<i>Inleverdatum</i>	21 juni 2017

Voorwoord

Voor u ligt het projectverslag 'Evaluatie medicatiebeleid en -protocol'. Het onderzoek is uitgevoerd door Evi de Kadt en Nicole Veekens, twee studentes van de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het verslag is geschreven in het kader van de onderwijsseenheid Zorginnovatie in de Praktijk. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de RIBW Nijmegen & Rivierenland.

Voor zover bekend hebben er binnen de RIBW-organisaties nog geen evaluaties van het medicatiebeleid en -protocol plaatsgevonden. Hierdoor was het voor ons van belang en tevens uitdagend om een goed onderzoek neer te zetten dat resulteerde in praktisch toepasbare aanbevelingen.

Via deze weg willen wij graag enkele personen bedanken. Allereerst willen wij graag de begeleiders die hebben meegewerkt aan het interview bedanken voor hun tijd en interesse in het onderzoek. Zonder hen hadden wij niet tot de gewenste resultaten kunnen komen.

Daarnaast willen wij Raimond Rensen, adviseur zorg binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland, bedanken voor zijn flexibiliteit en inhoudelijke bijdrage tijdens het onderzoek. Tevens willen we hem bedanken voor het vertrouwen en de vrijheid die wij hebben gekregen om een eigen invulling te geven aan dit onderzoek. Hierdoor voelden wij de ruimte om op onze eigen manier te leren.

Tot slot bedanken wij Karin van Montfoort, onze docentbegeleider van Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, voor haar ondersteuning en enthousiasme gedurende het onderzoek. Mede dankzij haar kritische blik en opbouwende feedback hebben wij het projectverslag naar een hoger niveau kunnen tillen.

Met trots kunnen wij terugkijken op de afgelopen periode. Wij zijn tevreden met het eindresultaat, onze samenwerking en met de groei die wij beiden hebben doorgemaakt.

Wij wensen u veel leesplezier!

Evi de Kadt en Nicole Veekens
Nijmegen, juni 2017

Samenvatting

In 2013 zijn binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland het medicatiebeleid en -protocol geïmplementeerd. Deze documenten waren tot op heden nog niet geëvalueerd. Daardoor was het onbekend of deze een bijdrage leveren aan verschillende aspecten zoals medicatieveiligheid, de kwaliteit van zorg en het bieden van handvatten voor begeleiders. Om het medicatiebeleid en -protocol te evalueren is de volgende onderzoeksvraag beantwoord: *“Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor begeleiders binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol?”*. De belemmerende en bevorderende factoren zijn in kaart gebracht binnen vier hoofdthema's: inhoud van het medicatiebeleid en -protocol, bevoegd- en bekwaamheid, uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol en wet- en regelgeving.

Er is gebruik gemaakt van een beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign. Door middel van halfgestructureerde interviews zijn belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht. Data afkomstig uit deze interviews werd geanalyseerd door middel van thematisch coderen.

De resultaten geven weer dat het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol beïnvloed wordt door factoren gerelateerd aan de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol en het op de hoogte zijn hiervan, onduidelijkheden betreft wet- en regelgeving en de bevoegd- en bekwaamheid van de begeleiders.

Geconcludeerd werd dat begeleiders op de hoogte zijn van het bestaan van het medicatiebeleid en -protocol. Zij hebben voor zichzelf duidelijk waarom het van belang is om op de hoogte te zijn van de documenten en om deze op te volgen. Echter zijn zij niet of onvoldoende op de hoogte van de inhoud hiervan en worden de documenten nauwelijks geraadpleegd. Het gebrek aan interesse in het medicatiebeleid en -protocol en het gebrek aan motivatie om deze te raadplegen en op te volgen worden gezien als de belangrijkste belemmerende factoren. Voor de organisatie liggen er kansen om hierop in te spelen.

Kernwoorden: *belemmerende factoren, bevorderende factoren, evaluatie, medicatiebeleid, medicatieprotocol, protocolopvolging, protocolnaleving*

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 – Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Doelstelling	8
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Hoofdthema's	8
1.5 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	10
2.1 Literatuursearch	10
2.2 Implementatie en evaluatie	11
2.3 Belemmerende en bevorderende factoren	12
2.4 Medicatie	12
2.5 RIBW	13
2.6 Kaderdocument medicatiebeleid	15
2.7 Juridische aspecten	16
2.8 Verpleegkundige relevantie	17
Hoofdstuk 3 – Methodologie	18
3.1 Onderzoeksdesign	18
3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef	18
3.3 Werving respondenten	20
3.4 Dataverzameling	20
3.4 Dataverwerking	21
3.5 Data-analyse	22
3.6 Zorgvuldigheidseisen	22
Hoofdstuk 4 – Resultaten	25
4.1 Onderzoekspopulatie	25
4.2 Inhoud medicatiebeleid en -protocol	26
4.3 Bevoegd- en bekwaamheid	29
4.4 Uitvoeren medicatiebeleid en -protocol	32
4.5 Wet- en regelgeving	37
Hoofdstuk 5 – Discussie	39
5.1 Resultaten en literatuur	39
5.2 Methodologie	41

5.3 Praktische toepasbaarheid.....	42
5.4 Generaliseerbaarheid	43
Hoofdstuk 6 – Conclusie.....	44
6.1 Onderzoeksvraag.....	44
Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen	47
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk	47
7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48
Bibliografie	49
<i>Bijlage 1 Medicatiebeleid RIBW Nijmegen & Rivierenland.....</i>	<i>53</i>
<i>Bijlage 2 Medicatieprotocol RIBW Nijmegen & Rivierenland.....</i>	<i>60</i>
<i>Bijlage 3 Zoekstrategie</i>	<i>65</i>
<i>Bijlage 4 Evidence tabel</i>	<i>73</i>
<i>Bijlage 5 Wervingsbrief respondenten</i>	<i>76</i>
<i>Bijlage 6 Toestemmingsverklaring ‘informed consent’</i>	<i>77</i>
<i>Bijlage 7 Topiclijst.....</i>	<i>78</i>
<i>Bijlage 8 Interviewguide.....</i>	<i>80</i>
<i>Bijlage 9 COREQ-checklist.....</i>	<i>84</i>

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In 2014 waren in Nederland 114 instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hieronder vallen onder andere de algemeen psychiatrisch ziekenhuizen, de forensisch psychiatrische centra, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) (Trimbos-instituut, 2015). Volgens Delespaul en de Consensusgroep EPA (2013) telde Nederland in 2013 ongeveer 216.000 GGZ-cliënten. Van deze cliënten waren er 160.000 volwassen. Het grootste deel van deze 160.000 GGZ-cliënten woonde, met behulp van ambulante zorg, zelfstandig. Een kleine groep woonde in een instelling of beschermde woonvorm.

De RIBW is een van de instellingen die zorg biedt aan personen met een psychiatrische aandoening. De RIBW biedt begeleiding bij wonen, dagbesteding en werk. Een onderdeel van deze begeleiding bestaat uit het ondersteunen bij het beheer of toedienen van medicatie. Daarnaast bieden zij zorg op het gebied van onder andere bemoeizorg en dak- en thuislozen. De RIBW wil haar cliënten helpen een zo normaal mogelijk bestaan als burger in de samenleving te leiden (RIBW Nijmegen & Rivierenland, z.d.).

Cliënten binnen de RIBW kunnen net als iedereen medicatie gebruiken. Deze medicatie kan voorgeschreven worden door verschillende behandelaars, zoals een huisarts of een behandelaar vanuit een GGZ-instelling. In principe is de cliënt zelf verantwoordelijk voor zijn medicatiebeheer en -gebruik, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen. De mogelijkheden tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid op het gebied van medicatiebeheer en -gebruik kunnen van cliënt tot cliënt en van moment tot moment verschillen (RIBW Alliantie, 2012).

In 2012 is door de RIBW Alliantie en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) het 'Kaderdocument Medicatiebeleid' (RIBW Alliantie, 2012) opgesteld. Dit document is met name opgesteld omdat het voor de begeleiders binnen de RIBW onvoldoende duidelijk was wat, vanuit de wet- en regelgeving gezien, hun verantwoordelijkheden waren op het gebied van het beheren en verstrekken van medicatie en het signaleren van (bij)werkingen. Dit probleem is mogelijk mede ontstaan doordat bij de RIBW zowel verpleegkundige als agogisch opgeleide begeleiders werken.

Vanuit het kaderdocument hebben de verschillende RIBW-organisaties ieder een eigen medicatiebeleid en -protocol (RIBW, 2013) opgesteld. Een van deze organisaties is de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Het medicatiebeleid en -protocol horen bij te dragen aan de medicatieveiligheid en de kwaliteit van zorg binnen de RIBW.

1.1 Probleemstelling

In 2013 zijn binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland het medicatiebeleid en -protocol (bijlage 1 en 2) geïmplementeerd. Hierin staat dat de documenten jaarlijks geëvalueerd dienen te worden. Echter zijn deze tot op heden nog niet geëvalueerd. Daardoor is het binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland onbekend wat belemmerende en bevorderende factoren zijn bij het werken met het medicatiebeleid en -protocol. Tevens is onbekend of deze een bijdrage leveren aan verschillende aspecten zoals medicatieveiligheid, de kwaliteit van zorg en het bieden van handvatten voor begeleiders.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om voor 21 juni 2017 de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol door begeleiders binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland in kaart gebracht te hebben. Vanuit de opgedane kennis over de belemmerende en bevorderende factoren worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van het medicatiebeleid en -protocol.

1.3 Vraagstelling

Om de bovengenoemde doelstelling te behalen is de onderstaande onderzoeksvraag opgesteld.

“Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor begeleiders binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol?”

1.4 Hoofdthema's

Om de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol in kaart te brengen zullen deze bij begeleiders binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland geïnventariseerd worden binnen de volgende hoofdthema's:

- ❖ Inhoud van het medicatiebeleid en -protocol.
- ❖ Bevoegd- en bekwaamheid.
- ❖ Uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol.
- ❖ Wet- en regelgeving.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van dit projectverslag bestaat uit zeven hoofdstukken. Hoofdstuk 2 betreft het theoretisch kader. Hierin wordt een overzicht gegeven van de zoekstrategie, gevonden literatuur en relevante begrippen en aspecten. In hoofdstuk 3 wordt de methodologie van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven. Hoofdstuk 5

betreft de bediscussieerde resultaten die tevens vergeleken worden relevante literatuur. Ook wordt de methodologie van dit onderzoek bediscussieerd. Tevens komen de praktische toepasbaarheid van dit onderzoek en generaliseerbaarheid van de resultaten aan bod. Hoofdstuk 6 omvat de conclusies van dit onderzoek. Tot slot worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk en voor eventueel vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

Op basis van het onderwerp van dit onderzoek werd binnen de literatuur gezocht naar de belangrijkste relevante begrippen en aspecten. In paragraaf 2.1 wordt beschreven op welke wijze naar (wetenschappelijke) literatuur is gezocht. In paragraaf 2.2 tot en met 2.6 worden begrippen relevant aan dit onderzoek beschreven en gedefinieerd. In paragraaf 2.7 wordt aandacht besteed aan de juridische aspecten waarmee de RIBW rekening moet houden. Tot slot wordt in paragraaf 2.8 de verpleegkundige relevantie beschreven.

2.1 Literatuursearch

Om relevante literatuur te vinden die betrekking had op het onderwerp van dit onderzoek werd gezocht via *PubMed* en *Google Scholar*. Er werd gezocht met behulp van een opgestelde PICO. Echter waren de termen vanuit de PICO niet breed genoeg om tot relevante literatuur te komen, daarom werd gezocht naar synoniemen en verwante termen. Deze werden vertaald naar MeSH-termen. Voor het opstellen van de zoekstrings is gebruikgemaakt van MeSH-termen en de booleaanse operatoren *AND* en *OR*. De PICO, gebruikte MeSH-termen en zoekstrings zijn opgenomen in de zoekstrategie in bijlage 3. Met behulp van deze zoekstrategie werd geen relevante literatuur gevonden. Na de zoekactie bleven een aantal artikelen over. Na het lezen van de titels van de overgebleven artikelen werd geconcludeerd dat deze óf alleen betrekking hadden op het evalueren van een bepaald medicament óf op de wisselwerking tussen bepaalde medicijnen. Er werd geen literatuur gevonden die betrekking had op het werken met of het evalueren van een medicatiebeleid of -protocol. Om wel tot literatuur te komen waarmee de theorie binnen dit onderzoek afgebakend kon worden werd er breder gezocht. Dit werd gedaan door niet alleen specifiek te zoeken naar literatuur over het werken met of het evalueren van een medicatiebeleid of -protocol, maar ook naar bijvoorbeeld richtlijnen omtrent medicatietoediening of literatuur over medicatieveiligheid. In bijlage 3 staat beschreven op welke manier deze literatuur gevonden werd.

Omdat via de gebruikelijke wetenschappelijke database PubMed geen bruikbare literatuur gevonden is, werd er via Google Scholar naar literatuur gezocht. Tevens werd gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Dit houdt in dat er via literatuurreferenties van relevante richtlijnen gezocht werd naar literatuur die betrekking had op dit onderzoek. De literatuur die werd gebruikt is beoordeeld op mate van bewijskracht (*level of evidence*), de beoordeling is bijgevoegd in bijlage 4.

2.2 Implementatie en evaluatie

In 2013 zijn het medicatiebeleid- en protocol geïmplementeerd. Grol en Wensing (2011, p. 33) beschrijven implementatie als volgt: “Invoering van een innovatie in de dagelijkse routines; dit vereist effectieve communicatiestrategieën en het wegnemen van belemmeringen om te veranderen door het gebruik van educatieve en beleidsmatige technieken die effectief in de praktijk zijn”.

Het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011, p. 86) kent zeven stappen, de zevende stap bestaat uit de (continue) evaluatie en het (indien nodig) bijstellen van het plan. In deze evaluatiestap wordt bekeken of de beoogde doelen behaald zijn. De uitkomsten van een dergelijke evaluatie heeft men nodig om vast te stellen of de ingezette interventie tot het gewenste resultaat heeft geleid en om, als dat niet het geval is, te bekijken hoe dit wel behaald kan worden. De evaluatie kan consequenties hebben, zoals bijvoorbeeld een aanvullende analyse ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren van de geïmplementeerde aanpak. Op het moment dat geconcludeerd wordt dat de aanpak bijgesteld moet worden wordt het implementatiemodel opnieuw doorlopen. Idealiter wordt continu vastgesteld of men op het goede spoor zit.

Binnen dit onderzoek is gekozen om de definitie van evaluatie, beschreven door de *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), te hanteren. Deze definitie is volgens de studentonderzoekers allesomvattend en beschrijft het concrete doel van evalueren. Dit is in dit onderzoek tevens het doel dat nagestreefd wordt. In de definitie wordt echter wel gesproken over objectiviteit, dit is binnen dit kwalitatieve onderzoek niet geheel mogelijk. De OECD (2002) definieert evaluatie als volgt:

An evaluation is an assessment, as systematic and objective as possible, of an on-going or completed project, programme or policy, its design, implementation and results. The aim is to determine the relevance and fulfilment of objectives, developmental efficiency, effectiveness, impact and sustainability. An evaluation should provide information that is credible and useful, enabling the incorporation of lessons learned into the decision making process of both recipients and donors.

Grofweg zijn er drie verschillende typen evaluatie om in kaart te brengen of een bepaalde aanpak werkt of niet. Dit zijn de plan-, proces- en effectevaluatie. Omdat de procesevaluatie relevant is voor dit onderzoek, zal deze verder toegelicht worden.

Procesevaluatie kan de vraag ‘hoe werkt een aanpak?’ beantwoorden. De uitvoering van een aanpak in de praktijk wordt onderzocht. Met de informatie uit een procesevaluatie kan de aanpak verbeterd worden. Het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende

factoren valt onder een procesevaluatie. Hierbij wordt het verloop en de uitvoering van een aanpak (in dit geval een beleid en protocol) geëvalueerd. Het hoofddoel van dit type evaluatie is feedback van uitvoerders. Hierdoor komen succes- en verbeterpunten naar voren (Movisie, 2014).

2.3 Belemmerende en bevorderende factoren

“In elke fase en stap in het proces van verandering kunnen specifieke factoren belangrijk zijn. Zowel bevorderende als belemmerende factoren kunnen een bepalende rol spelen in al dan niet succesvol implementeren van de verbeteringen in de zorg” (Grol & Wensing, 2011, p. 96).

Om een goede evaluatie tot stand te brengen worden binnen dit onderzoek belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht. Friele, Pas en Theunissen (2003) zeggen het volgende over belemmerende en bevorderende factoren:

Bij belemmerende factoren moet gedacht worden aan factoren die de praktische uitvoering van het project in de weg kunnen staan. Bevorderende factoren kunnen juist de implementatie vergemakkelijken. Deze factoren dienen tijdig herkend te worden en geanalyseerd in de specifieke context van het project. Niet alle soorten belemmerende en/of bevorderende factoren zullen voor elk project even relevant zijn. Na een analyse van deze factoren en signalering van potentiële knelpunten kunnen specifieke interventies gepland worden om problemen bij de projectimplementatie te voorkomen. Op basis van een analyse van 15 implementatiemodellen zijn drie belangrijke groepen belemmerende en bevorderende factoren gevonden.

- ❖ *Kenmerken van de te implementeren nieuwe werkwijze of technologie.*
- ❖ *Kenmerken van de doelgroep (kennis, vaardigheden of attitude).*
- ❖ *Kenmerken van de setting (sociaal, structureel, economisch of wettelijk).*

Deze drie groepen bieden een onderlegger voor het opstellen van de sub-thema's binnen dit onderzoek.

2.4 Medicatie

Clënten met een psychiatrische aandoening gebruiken hier in veel gevallen medicatie voor. Daarnaast gebruiken zij vaak ook nog medicatie voor somatische aandoeningen. Concrete cijfers over medicatiegebruik onder psychiatrische cliënten zijn niet bekend.

In de Geneesmiddelenwet (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007) wordt de volgende definitie gegeven van medicatie:

Een geneesmiddel is een substantie of een samenstel van substanties die bestemd is om te worden toegediend of aangewend voor dan wel op enigerlei wijze wordt gepresenteerd als zijnde geschikt voor:

- 1. het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;*
- 2. het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens;*
- 3. het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van fysiologische functies bij de mens door een farmacologisch, immunologisch of metabolisch effect te bewerkstelligen.*

2.4.1 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 (VMS Veiligheidsprogramma, 2013).

Om in kaart te brengen hoeveel meldingen gedaan worden, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het rapport 'In openheid leren van meldingen' (2016) gepubliceerd. In 2015 werden in de gezondheidszorg in totaal 9.980 meldingen gedaan, waarvan 610 binnen de GGZ. Het rapport gaat niet in op de meldingen gedaan binnen de GGZ. Voor dit rapport werden uitsluitend de meldingen vanuit de verpleeghuizen en thuiszorginstellingen onderzocht. Om in kaart te brengen wat de oorzaken en gevolgen zijn van deze medicatiefouten werden 58 meldingen onderzocht. Bij de onderzochte meldingen bleek dat het meestal ging om een menselijke of organisatorische oorzaak. In sommige gevallen hielden cliënten ernstig letsel over aan deze medicatie incidenten (IGZ, 2016). Ieder jaar hebben medicatiefouten ongeveer 1.250 sterfgevallen tot gevolg, bijna de helft daarvan is vermijdbaar (Veilige zorg, ieders zorg, Vilans & GGZ Nederland, 2012).

2.5 RIBW

De GGZ richt zich op het voorkomen, behandelen en genezen van psychische aandoeningen, het laten deelnemen van mensen met een psychische aandoening aan de samenleving en het bieden van hulp aan mensen die ernstig verward of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken (GGZ Nederland, 2017).

In Nederland zijn 22 RIBW-organisaties. Dit zijn organisaties in de maatschappelijke GGZ die professionele begeleiding en ondersteuning bieden aan mensen die kampen met ernstige psychische of psychosociale problemen. De RIBW Alliantie is het landelijke samenwerkingsverband van 22 RIBW-organisaties (RIBW Alliantie, z.d.). De RIBW Nijmegen

& Rivierenland is een van deze RIBW-organisaties en bestaat uit 26 zelforganiserende teams.

Het hulpaanbod van de RIBW bestaat uit beschermd wonen, ambulante begeleiding thuis, ontwikkelingsgerichte dagbesteding en inloop, arbeidsmatige dagbesteding en werk en collectieve begeleiding (bestaande uit bijeenkomsten) (RIBW Nijmegen & Rivierenland, z.d.). Dagbesteding, werk en collectieve begeleiding worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat (activiteiten)begeleiders binnen die settingen geen verantwoordelijkheden hebben betreft medicatie.

De zorg en begeleiding die de RIBW biedt wordt sinds 2015 bekostigd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz).

2.5.1 Beschermd wonen

Voor wie (tijdelijk) niet zelfstandig kan wonen biedt de RIBW beschermd wonen. Bij beschermd wonen leeft de cliënt samen met anderen, zo gewoon mogelijk in de samenleving. De RIBW heeft een divers aanbod aan wooneenheden. De begeleiding per wooneenheid wordt afgestemd aan de behoefte aan begeleiding (RIBW Nijmegen & Rivierenland, z.d.).

2.5.2 Ambulante begeleiding

De ambulante begeleiding thuis kan door de RIBW geboden worden op het moment dat een cliënt zelfstandig kan wonen, maar daarbij (tijdelijk) professionele ondersteuning nodig heeft. Ambulante begeleiding thuis is een vorm van dienstverlening waarbij de cliënt beschikt over eigen woonruimte. Op basis van deze beschikking en de situatie waarin de cliënt zich bevindt wordt besproken op welke levensgebieden de cliënt ondersteuning wenst. Het kan gaan om hulp bij sociale relaties, wonen, daginvulling en werk en financiën en administratie (RIBW Nijmegen & Rivierenland, z.d.).

2.5.3 Begeleiders

Eind 2016 waren ongeveer 290 begeleiders werkzaam binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Hiervan werken er 180 begeleiders binnen het beschermd wonen en 110 begeleiders binnen de ambulante setting. De begeleiders zijn verdeeld over 26 zelforganiserende teams. Zo'n team bestaat uit persoonlijk begeleiders, ondersteunend woonbegeleiders en één zorgcoördinator. De begeleiders en zorgcoördinatoren beschikken over de volgende vooropleidingen: sociaal pedagogische hulpverlening, sociaal pedagogisch werk, maatschappelijk werk en dienstverlening, sociaal psychiatrische verpleegkunde en verpleegkunde (niveau 4 en 5). Eind 2016 waren ongeveer 50 van de 290 begeleiders BIG-geregistreerd (Raimond Rensen, persoonlijke mededeling, 14 februari 2017).

Binnen de RIBW wordt onderscheid gemaakt tussen een persoonlijk begeleider en ondersteunend woonbegeleider. In de functiebeschrijvingen (RIBW, 2015) staat beschreven dat de kern van hun functie bestaat uit het dagelijks begeleiden en verzorgen van cliënten in een beschermde en/of ambulant woonsituatie met een psychische of psychosociale beperking, gericht op het bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid en het welbevinden van de cliënten of cliëntgroepen. De persoonlijk begeleider heeft echter meer verantwoordelijkheden: deze is tevens verantwoordelijk voor het opstellen van het persoonlijk begeleidersplan van de toegewezen cliënten. Daarnaast coördineert deze het proces vanuit het persoonlijk begeleidingsplan. Binnen de RIBW is het uitgangspunt dat beide begeleiders taken uit kunnen voeren met betrekking tot medicatie. Het is de bedoeling dat wanneer een ondersteunend woonbegeleider een verandering of afwijking signaleert (bijvoorbeeld ongewenste bijwerkingen of het niet innemen van medicatie) dit terugkoppelt naar de persoonlijk begeleider. De persoonlijk begeleider zet dan acties uit. De zorgcoördinator heeft een coördinerende rol binnen het team. Zij coördineren de cliëntplaatsing en koppelen de cliënten aan begeleiders. Daarnaast coördineert de zorgcoördinator de werkprocessen binnen de eigen locatie of het team. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dienstverlening.

2.6 Kaderdocument medicatiebeleid

In 2012 is het kaderdocument medicatiebeleid (RIBW Alliantie, 2015) opgesteld. In 2015 werd dit kaderdocument herzien. De reden van herziening waren veranderingen in de wetgeving betreft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De taken die eerst behoorden tot deze wetgeving zijn nu onderverdeeld bij de Wmo en Wlz. De herziening had geen gevolgen voor het medicatiebeleid en -protocol.

Het medicatieproces is binnen de RIBW een belangrijk onderdeel van het primaire proces. Om begeleiders te ondersteunen bij het inrichten en uitvoeren van een adequaat medicatieproces voor haar cliënten heeft het IVM in samenwerking met medewerkers van instellingen het kaderdocument medicatiebeleid opgesteld. Dit kaderdocument dient twee doelen: eenduidigheid en helderheid binnen de RIBW over de rollen van de RIBW-medewerker in het medicatieproces en borgen dat de RIBW-organisaties voldoen aan de eisen die externe partijen (zoals de IGZ) en de landelijke richtlijnen stellen.

2.6.1 Medicatiebeleid en -protocol RIBW Nijmegen & Rivierenland

Vanuit het kaderdocument hebben de RIBW-organisaties in 2013 ieder een eigen medicatiebeleid en -protocol opgesteld.

In het medicatiebeleid (bijlage 1) wordt beschreven op welke manier het beleid uitgevoerd dient te worden. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die de RIBW heeft in het medicatiebeheer en -gebruik worden weergegeven. Per discipline staan deze taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden opgesomd.

In het medicatieprotocol (bijlage 2) wordt het medicatieproces ingedeeld in 6 processtappen. Dit proces bestaat uit: in begeleiding komen, voorschrijven, afleveren, klaarzetten/aanreiken/toedienen, opslag/voorraadbeheer en evaluatie. Per processtap wordt beschreven wat van begeleiders en ketenpartners van de RIBW (hoofdbehandelaars en apothekers) verwacht mag worden.

2.7 Juridische aspecten

2.7.1 Toezichthouding

Op basis van de gezondheidswet houdt de IGZ toezicht op naleving van wet- en regelgeving en veldnormen (Nictiz, 2013). De zorg en begeleiding die de RIBW biedt en die bekostigd wordt vanuit de Wmo valt onder de toezichthouding door de gemeenten zelf. Echter zijn er nog cliënten die nog een lopende indicatie hebben die onder de oude wetgeving toegekend zijn, dit gedeelte van de zorg en begeleiding wordt bekostigd vanuit de Wlz en valt daarmee onder de toezichthouding door de IGZ.

2.7.2 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

De Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. Daarnaast beschermt de wet patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners, in de wet aangeduid als beroepsbeoefenaren (Nictiz, 2013).

Artsen, tandartsen, verpleegkundigen en verloskundigen mogen, indien zij geregistreerd staan, zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren (CIBG, z.d.).

Medicatie uitzetten of uitdelen is geen voorbehouden handeling. Medicatie uitzetten of uitdelen wordt echter wel gezien als een risicovolle handeling (Vilans, 2011).

Alle beroepsbeoefenaren die BIG-geregistreerd zijn vallen onder het tuchtrecht. Op het moment dat een (medicatie)fout gemaakt wordt kan een tuchtcollege de volgende sancties opleggen: een waarschuwing, een berisping, een geldboete of een (gedeeltelijke) ontzetting van de bevoegdheid om het beroep uit te oefenen. Het schrappen van de zorgverlener uit het register is de zwaarste sanctie die opgelegd kan worden. De beroepsbeoefenaar behoort dan niet langer tot de beroepsgroep en mag zijn beroep niet meer uitoefenen (Nictiz, 2013). Begeleiders die niet BIG-geregistreerd staan zijn niet te vervolgen via het tuchtrecht. Op het moment dat zij een (medicatie)fout maken waarbij schade toegebracht wordt aan de cliënt, vallen zij onder de aansprakelijkheidsregels. Zij zijn niet strafrechtelijk te vervolgen, behalve

wanneer zij iemand opzettelijk schade toebrengen (Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2012).

2.8 Verpleegkundige relevantie

In het verpleegkundig beroep staat kwaliteit van zorg en het verbeteren van kwaliteit centraal. In het beroepsprofiel verpleegkundige (V&V 2020, 2012) wordt gesproken over de zeven competentiegebieden van een verpleegkundige, deze zijn gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Enkele belangrijke aspecten binnen de competentiegebieden zijn bekwaamheid en professionele verantwoordelijkheid. Deze professionele verantwoordelijkheid bestaat onder andere uit functionele en beroepsmatige verantwoordelijkheid. Functionele verantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige heeft in de context van de organisatie, dit heeft betrekking op de vastgestelde (gedrags)regels en protocollen. Tot de beroepsmatige verantwoordelijkheid behoren de kennis en vaardigheden die de verpleegkundige heeft geleerd.

Binnen het beroepsprofiel worden zeven beroepsrollen beschreven. Twee hiervan zijn voornamelijk relevant aan dit onderzoek. Ten eerste wordt in de rol organisator beschreven dat de verpleegkundige (gedrags)regels en protocollen in acht neemt. In de tweede rol, professional en kwaliteitsbevorderaar, staat beschreven dat veel zorg geprotocolleerd is. De verpleegkundige is betrokken bij het toepasbaar maken en het uitvoeren van standaarden. De verpleegkundige signaleert het ontbreken van standaarden en protocollen op relevante gebieden en hoort dit onder de aandacht te brengen binnen de organisatie.

Binnen dit onderzoek wordt bekeken in hoeverre het huidige medicatiebeleid en -protocol ondersteunend zijn aan de begeleiders, en dus ook de verpleegkundigen. Op het moment dat het medicatiebeleid en -protocol niet voldoende ondersteunend zijn, kan de medewerker deze niet op een correcte manier opvolgen. Op het moment dat een verpleegkundige het protocol niet kan opvolgen heeft dit invloed op de kwaliteit van zorg en kan de veiligheid van de cliënt in het geding komen. De verpleegkundige heeft in dit geval een rol in het toepasbaar maken van een beleid en protocol en het onder de aandacht brengen bij begeleiders.

Hoofdstuk 3 – Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderzoek beschreven. In paragraaf 3.1 wordt het onderzoeksdesign beschreven. Paragraaf 3.2 besteedt aandacht aan de onderzoekspopulatie en de wijze van steekproeftrekking. In paragraaf 3.3 komt het verzamelen van data aan bod. In paragraaf 3.4 wordt de wijze van data-analyse beschreven. Tot slot worden in paragraaf 3.5 de zorgvuldigheidseisen beschreven.

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft een beschrijvend kwalitatief onderzoeksdesign. Het doel van kwalitatief onderzoek is om meer gedetailleerde informatie te verkrijgen van de individuele deelnemers aan een onderzoek en de betekenis van deze informatie (Donk & Lanen, 2016, p. 136). Het doel van het onderzoek was om meningen en ervaringen, die vertaald konden worden naar belemmerende en bevorderende factoren, in kaart te brengen. Een kwalitatief onderzoeksdesign, waarbij data verzameld werd door middel van halfgestructureerde interviews, was passend om de doelstelling te behalen.

Omdat gekeken werd naar wat medewerkers van het medicatiebeleid en -protocol vinden betreft het een beschrijvend onderzoek. Donk en Lanen (2016, p. 53) benoemen dat het doel van beschrijvend onderzoek het in kaart brengen van bijvoorbeeld een praktijksituatie is. In dit geval betreft het de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol.

Omdat de respondenten één keer bevraagd werden, betreft het een dwarsdoorsnede onderzoek.

3.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

De theoretische populatie, waarover de concluderende uitspraken gedaan worden, bestaat uit de persoonlijk begeleiders en ondersteunend woonbegeleiders binnen de beschermde woonvormen en ambulante setting van de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Omdat de theoretische populatie te groot was om geheel te betrekken bij het onderzoek werd gekozen om te werken met een steekproef.

In overleg met de docentbegeleider en opdrachtgever is vastgesteld dat tien begeleiders geïnterviewd gingen worden. De verwachting was dat met dit aantal saturatie behaald zou worden. De grootte van de steekproef bij kwalitatief onderzoek wordt in principe bepaald door saturatie. Saturatie houdt in dat je doorgaat met het verzamelen en analyseren van data totdat zich geen nieuwe informatie meer voordoet (Baarda et al., 2013, p. 42). Daarna werd, in overleg met de opdrachtgever, door middel van de reputatiemethode gekozen voor tien verschillende locaties binnen de regio Nijmegen & Rivierenland. Per locatie is één respondent geselecteerd. Donk en Lanen (2016) beschrijven de reputatiemethode als volgt:

“Met behulp van de reputatiemethode probeer je uit te zoeken wie de reputatie heeft goed op de hoogte te zijn van het onderwerp. Je selecteert respondenten die een grotere groep zouden kunnen vertegenwoordigen en over het onderwerp kunnen meepraten” (p. 156).

Deze methode was geschikt binnen dit onderzoek omdat de opdrachtgever kennis had over geschikte locaties en potentiële respondenten.

Het doel was om een groep mensen als onderzoekspopulatie te selecteren die zo veel mogelijk overeenkomstige kenmerken heeft met de theoretische populatie. Wanneer dit laatste het geval is wordt er gesproken van een representatieve steekproef (Donk & Lanen, 2016, p. 154). Zoals beschreven in hoofdstuk 2 werken er ongeveer 110 begeleiders binnen de ambulante zorg en 180 binnen het beschermd wonen. Op basis van deze verdeling is in overleg met de opdrachtgever gekozen om vier ambulante begeleiders en zes begeleiders binnen het beschermd wonen te interviewen die voldeden aan de inclusiecriteria (tabel 1). Uiteindelijk zijn twee ambulante begeleiders en vijf begeleiders binnen het beschermd wonen geïnterviewd. Het vooraf opgestelde doel van tien respondenten werd niet behaald door te weinig aanmeldingen binnen de vastgestelde interviewperiode. Tevens werd geconcludeerd dat na vijf interviews saturatie bereikt was.

Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria respondenten

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Begeleiders werkzaam binnen de ambulante setting en beschermde woonvormen in de functie van persoonlijk begeleider, ondersteunend woonbegeleider of zorgcoördinator	Stagiaires: zij hebben volgens de studentonderzoekers onvoldoende kennis en ervaring wat betreft het werken met het medicatiebeleid en -protocol, tevens dragen zij niet de volledige verantwoordelijkheid (zoals gediplomeerde begeleiders)
Begeleiders die minimaal 24 uur per week in de directe cliëntenzorg werken: zij werken volgens de studentonderzoekers voldoende uren om gedetailleerde informatie te kunnen geven over het werken met het medicatiebeleid en -protocol in de praktijk	
Begeleiders die minimaal 1 jaar werkzaam zijn binnen de RIBW: zij hebben volgens de studentonderzoekers voldoende werkervaring om daadwerkelijk op de	

hoogte te zijn van het medicatiebeleid en -protocol

Begeleiders ongeacht hun vooropleiding en het wel of niet BIG-geregistreerd staan: zij hebben dezelfde verantwoordelijkheden op het gebied van medicatie

3.3 Werving respondenten

De opdrachtgever heeft de zorgcoördinatoren van de desbetreffende locaties benaderd. Om respondenten te werven werd een mail verstuurd. Hierin werd de aanleiding, het doel en de vraagstelling van het onderzoek toegelicht. Tot slot werd aan de zorgcoördinatoren gevraagd deel te nemen aan het interview of om één persoon uit het team te vragen. In de mail werd verwezen naar een bijlage. In de bijlage werd de wervingsbrief, geschreven door de studentonderzoekers, weergegeven (bijlage 5). In de wervingsbrief stelden de studentonderzoekers zichzelf voor en werden de opgestelde inclusiecriteria weergegeven. Tot slot werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek en zich aan te melden voor een vastgestelde datum.

De respondenten werden door middel van een doelgerichte steekproef geworven. Baarda (2014, p. 69) beschrijft dat dit een steekproef is die de onderzoeker bewust samenstelt, bijvoorbeeld via een oproep waarin bepaalde inclusiecriteria weergegeven worden. Uiteindelijk hebben zes respondenten zich naar aanleiding van de wervingsbrief aangemeld. De zevende respondent werd door de opdrachtgever benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Op het moment dat de respondenten zich aangemeld hadden werd gecontroleerd of zij voldeden aan de inclusiecriteria. Tevens werd naar de zorgvuldigheidseisen verwezen middels het bijvoegen van een toestemmingsverklaring 'informed consent' (bijlage 6) en een korte uitleg hiervan.

3.4 Dataverzameling

Om tot gedetailleerde informatie te komen werd data verzameld door middel van halfgestructureerde interviews. Hiermee wordt bedoeld dat voorafgaand aan het interview hoofdvragen werden opgesteld. Met deze manier van interviewen bestaat de mogelijkheid om door te vragen op motieven en overtuigingen van de respondent. Bij halfgestructureerde interviews wordt bij elk thema een beginvraag geformuleerd. Bij elk thema kunnen trefwoorden geplaatst worden of 'door'-vragen. Deze vragen kunnen in de loop van het interview gesteld worden, mochten deze niet spontaan aan de orde komen (Baarda, Hulst & Goede, 2012, p. 19). De interviewer en geïnterviewde raken tijdens het interview steeds

beter op elkaar ingespeeld. Ze leven zich steeds meer in op het onderwerp. Daarom is het vaak verstandig om eerst neutrale onderwerpen in de topiclijst op te nemen en daarna pas moeilijkere of gevoelige onderwerpen (Baarda et al., 2012, p. 41). Tijdens het opstellen van de interviewgide werd hier rekening mee gehouden door de vragen in het begin te richten op de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol en later pas in te gaan op meer persoonlijke onderwerpen zoals bevoegd- en bekwaamheid en het opvolgen en afwijken van het medicatiebeleid en -protocol.

De topiclijst (bijlage 7) werd opgesteld met behulp van de methode van Baarda et al. (2012, p. 37). De hoofdthema's, zoals weergegeven in hoofdstuk 1, zijn opgesteld in overleg met de opdrachtgever en docentbegeleider. Aan de hand van de hoofdthema's werden sub-thema's opgesteld. Binnen dit onderzoek werd hiervoor gebruik gemaakt van de mindmap (bijlage 3), de mindmap kwam tot stand door middel van brainstormen door de studentonderzoekers over het praktijkprobleem. Tevens werd rekening gehouden met de drie groepen van belemmerende en bevorderende factoren binnen een implementatieplan, zoals beschreven in hoofdstuk 2. De hoofdthema's en sub-thema's werden voorgelegd aan de opdrachtgever en docentbegeleider voor feedback, dit om de expertvaliditeit te verhogen. Binnen de sub-thema's werden hoofdvragen opgesteld. Deze zijn voorgelegd aan de opdrachtgever en docentbegeleider, op verzoek van de opdrachtgever werd nog één vraag bijgevoegd. De definitieve interviewgide is bijgevoegd in bijlage 8. Tijdens de eerste vier interviews werd geconcludeerd dat een aantal belangrijke vragen ontbraken. Vraag 6, 24 en 25 werden alsnog toegevoegd aan de interviewgide.

De interviews zijn mondeling en individueel afgenomen. De interviews hebben plaatsgevonden op de werklocaties van de respondenten, verspreid binnen de regio's Nijmegen & Rivierenland. De interviews duurden tussen de 30 en 60 minuten. De rol van interviewer en observator werd afgewisseld tussen de studentonderzoekers.

3.4 Dataverwerking

Om de interviews te kunnen analyseren zijn er geluidsopnames gemaakt. Vervolgens werden deze getranscribeerd in Word. Transcriberen is het omzetten van geluidsopnames in geschreven tekst, dus het uittypen van de geluidsopname (Bakker & Buuren, 2014, p. 140). De methode die gebruikt werd om de data te coderen was thematisch coderen. Thematisch coderen is het ordenen van data aan de hand van enkele vooraf vastgestelde centrale thema's (Donk & Lanen, 2016, p. 246). Alle respondenten kregen een code toegewezen. De code begon met de letter A (Ambulant) of B (Beschermd wonen), gevolgd door het nummer van het interview (oplopend van 1 tot en met 7). In Word kregen alle fragmenten de kleur van

het bijbehorende sub-thema. De fragmenten werden in Excel verwerkt en verdeeld onder de hoofdvragen. Ieder fragment werd genummerd zodat deze terug te vinden waren binnen het bijbehorende transcript. In de fragmentnummers zaten de codes van de respondenten verwerkt zodat deze te herleiden waren.

3.5 Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd door middel van thematisch coderen. Dit is onafhankelijk door de studentonderzoekers gedaan. Tijdens het thematisch coderen wordt gekeken naar de wijze waarop thema's in de data zichtbaar zijn en zich tot elkaar verhouden, hierbij wordt gekeken naar de verbanden en diepere betekenissen. De analyse resulteert in een samenvatting van de interviews (Donk & Lanen, 2016, p. 246). Door de kern uit fragmenten, afkomstig van verschillende transcripten, te halen werd hier betekenis aan gegeven. De betekenissen van deze fragmenten werden samengevoegd in Word. Op dat moment werden de geanalyseerde fragmenten, afkomstig van verschillende interviews, met elkaar vergeleken. Het vergelijken van de data resulteerde in een geanalyseerde samenvatting. Tijdens de analyse kwam data naar voren welke niet onder een al bestaand thema te plaatsen was. Het thema leesbaarheid werd daarom alsnog toegevoegd aan de topiclijst.

3.6 Zorgvuldigheidseisen

Voorafgaand aan de interviews werd toegelicht met welk doel deze afgenomen werden. Er is schriftelijk toestemming gevraagd om geluidsopnames te mogen maken en om de verzamelde gegevens te gebruiken om hier conclusies en aanbevelingen op te baseren. De geluidsopnames werden opgeslagen in een mapje met wachtwoord-beveiliging. Tevens werd vermeld dat de geïnterviewden zich, zonder consequenties, op elk moment zonder opgaaf van reden terug mochten trekken uit het onderzoek. Op het moment dat het onderzoek volledig afgerond is (inclusief beoordeling) worden de verzamelde gegevens in overleg met de opdrachtgever vernietigd. De verkregen informatie werd dusdanig anoniem verwerkt zodat persoonsgegevens, zoals naam of leeftijd, niet benoemd werden. Echter is het niet mogelijk om volledige anonimiteit te waarborgen omdat het van belang is dat bepaalde kenmerken, zoals functie en vooropleiding, wel meegenomen worden binnen het onderzoek. Omdat de opdrachtgever op de hoogte is van de geïnccludeerde respondenten en hun kenmerken zal enige data voor hem mogelijk te herleiden zijn. Omdat binnen dit onderzoek geen cliënten geïnterviewd werden, was toestemming van de medische ethische commissie niet nodig.

Een interview kan nooit op dezelfde wijze opnieuw uitgevoerd worden. Dit betekent dat er niet kan worden teruggegrepen op gangbare opvattingen over de mate van geldigheid en

betrouwbaarheid. In kwalitatief onderzoek wordt daarom anders omgegaan met deze begrippen. Baarda et al. (2013, p. 243) benoemen dat bij een kwalitatief onderzoek de nadruk ligt op de inzichtelijkheid van het proces dat je gevolgd hebt. Transparant werken is daarmee een van de belangrijkste voorwaarden om de resultaten van het onderzoek op een betrouwbare manier tot stand te laten komen en te leiden tot geldige uitspraken. Dit werd bijvoorbeeld gedaan door de respondent te verzoeken eventuele vragen met betrekking tot de persoonlijke ervaring of mening van de studentonderzoekers betreft het medicatiebeleid en -protocol achteraf te stellen, dit om vertekening van de resultaten te voorkomen.

3.6.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wordt gedefinieerd als de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al., 2013, p. 243).

Bij kwalitatief onderzoek is de onderzoeker zelf het belangrijkste instrument. In dit onderzoek zijn de interviews door twee verschillende personen afgenomen. Om ervoor te zorgen dat dezelfde werkwijze gehanteerd werd, is gebruik gemaakt van dezelfde interviewgide.

Voordat er daadwerkelijk geïnterviewd werd zijn er twee proefinterviews afgenomen bij een medestudent. Dit is gedaan om de interviewgide te toetsen op volledigheid. Tevens kon geconcludeerd worden of de vraagvolgorde logisch was en of de manier van interviewen voldoende overeenkwam. De interviews zijn in aanwezigheid van beide studentonderzoekers afgenomen. Op dat moment kon gekeken worden of er op dezelfde wijze te werk gegaan werd. Tevens kon de observator aantekeningen maken van de interviewer en respondent.

Na afloop van ieder interview is feedback gevraagd aan de respondent. Hierbij werd gevraagd naar sterke en verbeterpunten van de inhoud van het interview en de manier van interviewen. De feedback en aantekeningen werden meegenomen tijdens de evaluatie die, tussen de studentonderzoekers, plaatsvond na ieder interview. Hierbij is inhoudelijk (op de vragenlijst) en procesmatig (het verloop van de interviews) geëvalueerd. Dit gebeurde om de kwaliteit van interviewen te bevorderen. Naar aanleiding van de feedback en evaluaties werd de interviewgide en manier van interviewen aangepast.

Om na te gaan in hoeverre de onderzoeksresultaten gekleurd waren door de verschillende studentonderzoekers, zijn de eerste twee getranscribeerde interviews door beide studentonderzoekers onafhankelijk gecodeerd. Vervolgens werd gekeken naar de overeenkomsten en verschillen wat betreft de analyse. Op het moment van verschillen werd overlegd totdat er sprake was van consensus. Op het moment van consensus wordt ook wel gesproken van intersubjectiviteit.

3.6.2 Geldigheid

Geldigheid wordt gedefinieerd als de mate waarin de manier van werken (het verzamelen van gegevens, het analyseren daarvan en het formuleren van conclusies) de onderzoeker in staat stelt om juiste (waarheidsgetrouwe) uitspraken te doen over het object van onderzoek (Baarda et al., 2013, p. 243).

Om ervoor te zorgen dat de respondenten elkaar niet konden beïnvloeden is gekozen voor een individueel interview (Donk & Lanen, 2016, p. 197).

Om de geldigheid van een onderzoek te vergroten kan gebruik gemaakt worden van een bestaande analysemethode om data te analyseren (Baarda et al., 2013, p. 243). Dit was tevens de reden voor het kiezen van het al bestaande thematisch coderen.

Na het verwerken van de data werd aan de geïnterviewde gevraagd om de gecodeerde samenvatting te controleren. Er werd gevraagd om binnen vier werkdagen te reageren op hetgeen dat geschreven was zodat de uiteindelijk te analyseren tekst zo adequaat mogelijk de bedoelingen van de respondent weerspiegelde. Dit wordt ook wel de *member check* genoemd. Indien er niet, of na vier werkdagen, gereageerd zou worden werd dit als akkoord bevonden. Naar aanleiding van de member check werden twee gecodeerde samenvattingen aangepast. Eén respondent heeft niet gereageerd op de member check. De overige respondenten gaven hun akkoord. Dit vergrootte tevens de geldigheid binnen het onderzoek.

3.6.3 Gedragscode

Gedurende het onderzoeksproces werd de 'gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO' (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010) aangehouden. De gedragscode bestaat uit vijf regels waar studenten zich tijdens het onderzoek aan moeten houden. Dit is het gewenste gedrag voor verantwoord onderzoek. Deze regels zijn tijdens het gehele onderzoek nageleefd. Gedurende het onderzoek waren beide studentonderzoekers verantwoordelijk om onderzoek uit te voeren volgens de methodologische regels. Er werd rekening gehouden met de rechten, belangen en privacy van de betrokkenen. Om zorgvuldig onderzoek uit te voeren werd regelmatig literatuur geraadpleegd over het uitvoeren van onderzoek. Tevens is een logboek bijgehouden waarin gedetailleerd beschreven staat welke stappen genomen zijn. Het logboek kan opgevraagd worden bij de studentonderzoekers. Tot slot werden de gemaakte keuzes gedurende het onderzoek verantwoord in de verschillende hoofdstukken die aan bod komen.

Hoofdstuk 4 – Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten, verkregen vanuit de data-analyse, beschreven. In paragraaf 4.1 wordt de onderzoekspopulatie waarbij data verzameld werd weergegeven. Vanaf paragraaf 4.2 worden de resultaten beschreven aan de hand van de topiclijst (tabel 2).

Tabel 2. Topiclijst

Hoofdthema	Sub-thema
Inhoud medicatiebeleid en -protocol	Vindbaarheid
	Duidelijkheid
	Leesbaarheid
	Volledigheid
Bevoegd- en bekwaamheid	Scholing
	Kennis en vaardigheden
Uitvoeren medicatiebeleid en -protocol	Opvolgen en afwijken
	Mate van ondersteunend zijn
	Verantwoordelijkheid
Wet- en regelgeving	Aansprakelijkheid
	Verantwoordelijkheid

4.1 Onderzoekspopulatie

In totaal hadden twaalf respondenten zich aangemeld om deel te nemen aan het onderzoek. Bij zeven van hen werd een interview afgenomen. De overige interviews hebben niet plaatsgevonden omdat de respondenten óf niet aan de inclusiecriteria voldeden óf uiteindelijk afzagen van deelname. Waarom deze respondenten afzagen van deelname is niet bekend. Van de zeven respondenten die geïnterviewd zijn, zijn er vijf werkzaam binnen het beschermd wonen en twee binnen de ambulante setting. Onder hen waren vijf persoonlijk begeleiders, één ondersteunend woonbegeleider en één zorgcoördinator. Drie van de respondenten hebben een verpleegkundige opleiding afgerond. Eén daarvan heeft de opleiding tot psychiatisch verpleegkundige gevolgd. De overige vier respondenten hebben HBO maatschappelijk werk en dienstverlening, HBO sociaal pedagogische hulpverlening of HBO maatschappelijke gezondheidszorg afgerond. Drie respondenten zitten in de kwaliteitscommissie. Eén respondent is aandachtsfunctionaris op het gebied van medicatie. Het aantal jaren werkervaring binnen de RIBW lag tussen de 2 en 14 jaar. Zij zijn gemiddeld 30 uur per week werkzaam in de directe cliëntenzorg.

4.2 Inhoud medicatiebeleid en -protocol

4.2.1 Vindbaarheid

Alle respondenten gaven aan op de hoogte te zijn van het bestaan van het medicatiebeleid en -protocol, dit waren zij ook al voorafgaand aan het interview. Eén respondent vertelde voor het interview de documenten nog doorgenomen te hebben, de overige respondenten hadden dit niet gedaan. Deze overige respondenten gaven tevens aan dat zij betreft het medicatiebeleid en -protocol inhoudelijk slecht op de hoogte waren.

Door alle respondenten werd aangegeven dat destijds vanuit de organisatie geen aandacht besteed werd aan de implementatie of dat zij zich dit niet meer herinneren. Eén respondent merkt op dat een beleid of protocol soms veranderd wordt zonder dat medewerkers op de hoogte gebracht worden.

Alle respondenten weten waar het medicatiebeleid en -protocol te vinden zijn. Dit is volgens hen ook gemakkelijk te vinden in het Q-boek (online verzamelplaats voor protocollen e.d. binnen de RIBW). Hierbij werd door één respondent opgemerkt dat de zoektermen die gebruikt moeten worden om de documenten te vinden niet handig en onlogisch zijn. Eén andere respondent zegt zelf goed met het Q-boek te kunnen werken maar benoemt dat het voor veel collega's onlogisch is. Door één respondent, werkzaam in de ambulante setting, werd benoemd dat er tijdens het werk geen toegang tot een computer is. Daardoor kunnen er geen protocollen opgezocht kunnen worden.

4.2.2 Duidelijkheid

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat zij eerst het medicatiebeleid en -protocol moesten lezen om te bedenken wat het verschil is tussen de documenten. Hierna benoemden zij dat het duidelijk was wat het verschil is en dat het goed is dat deze twee documenten gesplitst zijn. Eén respondent gaf aan dat het medicatiebeleid en -protocol volgens hem wel in één document konden.

De meerderheid was van mening dat het taalgebruik duidelijk is, zij begrijpen hetgeen dat in de documenten staat. Hierbij werd opgemerkt dat er twijfels zijn of het door collega's ook daadwerkelijk begrepen wordt. Eén respondent vindt dat het 'technisch' en niet naar de psychiatrie geschreven is. Volgens haar heeft het protocol andere stappen nodig. De stappen (klaarzetten, aanreiken/toedienen en opslag/voorraadbeheer) binnen het medicatieproces zijn voor haar niet herkenbaar binnen de psychiatrie. Zelf zou zij in plaats van die stappen iets terug willen lezen over manieren van (semi-)zelfstandigheid van de

cliënt, criteria voor uit beheer halen van medicatie bij de cliënt en methoden om dit te doen. Dit zou zij terug willen zien in de vorm van een richtlijn met criteria en actiepunten.

Een andere respondent zegt dat de titels, zoals beschreven in het medicatiebeleid, niet meer relevant zijn sinds zij gestart zijn met zelforganiserende teams. Een enkeling geeft aan het taalgebruik niet te kunnen beoordelen, dit omdat zij onvoldoende op te hoogte zijn van de inhoud.

“Dit zou ook zomaar ergens vandaan geplukt kunnen zijn, het is niet persé taal van de RIBW. Het is allemaal heel technisch geschreven. Nou ja hier zie je dat (...) patiënt, wij noemen onze bewoners geen patiënten.” B5.6

Bijna alle respondenten gaven aan dat de gebruikte begrippen duidelijk zijn. Hierbij werd door een enkeling aangegeven dat zij niet weten of deze voor collega's duidelijk zijn. Eén respondent gaf aan geen antwoord te kunnen geven. De respondenten gaven over het algemeen aan het medicatiebeleid en -protocol overzichtelijk te vinden. Enkele respondenten vinden de onderverdeling per kopje goed en zeggen dat dit herkenbaar is.

Eén van de respondenten geeft aan dat er absoluut onderscheid gemaakt wordt tussen de ambulante setting en het beschermd wonen binnen het medicatiebeleid en -protocol, later wordt hier op teruggekomen en geeft hij aan dat hetgeen dat in het protocol beschreven staat bijna allemaal niet van toepassing zijn op de ambulante setting. De overige respondenten zeggen niet te weten of hier onderscheid tussen gemaakt wordt, hierbij wordt opgemerkt dat zij wel hopen dat dit gedaan wordt omdat het werken in de praktijk verschilt. Eén van de respondenten zegt dat hij een apart medicatiebeleid en -protocol voor de ambulante setting en voor het beschermd wonen zou willen zien.

“Ja weet je die protocollen moeten gewoon heel concreet beschreven worden en voor één manier uitgelegd worden (...) ik geloof dat deze wel redelijk aardig is. Beetje zo schrijven zoals je een belastingformulier invult: kort, bondig en stapsgewijs.” A3.47

Een enkeling gaf aan dat het met behulp van het medicatiebeleid en -protocol niet duidelijk wordt welke disciplines medicatie mogen verstrekken. Verschillende respondenten vertellen dat dit in de praktijk wel gebeurt door begeleiders met verschillende vooropleidingen. Zij gaven aan in het medicatiebeleid en -protocol terug te willen zien wat wel en niet mag.

Tevens werd benoemd dat het niet duidelijk wordt hoe stagiaires en nieuwe medewerkers om moeten gaan met het verstrekken van medicatie.

4.2.3 Leesbaarheid

Over het algemeen werd door de respondenten aangegeven dat zij het te veel tekst vinden. Ze vinden de documenten er niet uitnodigend uit zien en zouden graag een meer overzichtelijk document of samenvatting willen zien. Eén respondent zou willen dat binnen de documenten een soort zoekmachine zou bestaan zodat zij gericht kan zoeken. Eén andere respondent geeft aan het fijn te vinden dat ze geen twintig pagina's hoeft te lezen en dat ze de documenten vrij kort vindt. Tevens werd benoemd dat het beleid op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden.

“Het mag bestaan maar dan moet er een soort van samenvatting van zijn dat het pragmatisch inzetbaar is. Want dit leest niemand, daar geloof ik niet in. Het zijn er een enkeling.” B7.5

4.2.4 Volledigheid

Meerdere respondenten vinden dat zij met het medicatiebeleid en -protocol geen antwoord krijgen op de vraag wie er uiteindelijk verantwoordelijk en aansprakelijk is, ook in het geval van een incident. Meerdere respondenten gaven aan terug te willen lezen dat vaste afspraken rondom medicatie in het dossier moeten staan, dit ook om verantwoording af te leggen. Door verschillende respondenten werd aangegeven dat zij in het medicatiebeleid en -protocol missen welke taken en verantwoordelijkheden een stagiaire, een ondersteunend woonbegeleider en een nieuwe medewerker (mogen) hebben binnen het medicatieproces. Ook wie uiteindelijk verantwoordelijk is op het moment dat een stagiaire medicatie verstrekt of wanneer deze een fout maakt. Eén respondent gaf aan dat ze mist welke discipline voor welk onderdeel van het medicatieproces verantwoordelijk is en mag zijn. Eén respondent, werkzaam binnen de ambulante setting, zou willen teruglezen wat hij moet doen op het moment dat een cliënt zijn medicatie niet inneemt. Tevens werd gezegd dat in het medicatiebeleid en -protocol niet terug te vinden is welke medicatiescholing de verschillende disciplines, met verschillende vooropleidingen, gevolgd moet hebben.

Enkele respondenten vertelden het lastig te vinden om aan te geven wat zij missen, dit omdat zij het medicatiebeleid en -protocol hier niet goed genoeg voor kende. De respondenten benoemden dat er óf geen overbodige informatie in het medicatiebeleid en -protocol staat óf dat zij dit niet konden aangeven omdat ze hier de twee documenten niet goed genoeg voor kenden.

4.3 Bevoegd- en bekwaamheid

4.3.1 Scholing

De meeste respondenten gaven aan een medicatiescholing gevolgd te hebben. De scholing had volgens hen lang geleden plaatsgevonden en ging over verschillende soorten medicatie en hun (bij)werking. De respondenten met een verpleegkundige vooropleiding vertelden deze niet gevolgd te hebben omdat zij vanuit hun opleiding geschoold zijn. Enkele respondenten gaven aan dat er een mogelijkheid tot scholing is via de GGZ Ecademy (online scholingsprogramma). Eén respondent benoemt dat er modules zijn binnen de GGZ Ecademy die te ingewikkeld zijn, hij geeft aan dat er behoefte is aan kennis over de hoofdgroepen van medicatie en de werking en bijwerking hiervan. Eén respondent is van mening dat het ieders verantwoordelijkheid is om de scholing te volgen. Eén andere respondent zou willen dat dit een verplicht karakter heeft, tevens geeft hij aan dat hij een beleid wil waarin duidelijk wordt hoe lang een scholing 'houdbaar' is. Enkele respondenten noemden dat zij in principe zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen functioneren, hieronder valt ook het volgen van scholing. Wel gaven zij aan dat hier vanuit de organisatie te weinig aandacht aan besteed wordt. Een enkeling gaf aan dat zij dachten dat collega's geen zin hebben in scholing. Enkele respondenten zijn van mening dat bij medewerkers nagegaan moet worden op welk kennisniveau zij zitten en dit zo nodig moeten bijscholen. Eén respondent is van mening dat er nu een sfeer van laksheid en onkunde hangt en dat medewerkers te weinig verantwoordelijkheid nemen.

"Mij part laat je ze een toets afnemen, van zou je ook nog kunnen doen. En als je het dan niet haalt ga je alsnog op cursus. Ik zou er een voorstander van zijn om dat niet vrijblijvend te doen." A3.17

Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat er behoefte is aan scholing. In de scholing zouden zij onderwerpen zoals hoofdgroepen medicatie en (bij)werking van (nieuwe) medicatie willen zien. Tevens gaf één respondent aan dat hij een praktische uitleg over het medicatiebeleid en -protocol wenst, dit zou bijdragen aan bewustwording binnen de teams. Eén respondent vindt dat de huidige scholing aangepast zou moeten worden op de ambulante setting.

Enkele respondenten geven aan dat zij verschil zien in (werk)houding tegenover het openstaan voor nieuwe kennis. Factoren die hierbij genoemd werden en een rol zouden spelen zijn bijvoorbeeld leeftijd en motivatie. Eén respondent geeft nadrukkelijk aan geen behoefte te hebben aan scholing. Hij vindt dat hij zelf niet persé alle kennis hoeft te beheersen, hij vindt dat hij de cliënt moet kunnen begeleiden naar de plek met antwoorden.

“...ik geef cliënten ondersteunende begeleiding, als een cliënt, want dát zou voor mij de enige reden waarvoor ik er meer van zou moeten weten, als een cliënt voorlichting wil dan vind ik het veel meer mijn taak om de cliënt te begeleiden naar de plek waar die zijn antwoorden kan krijgen als er niet meteen een antwoord op tafel ligt.” B2.12

De respondenten geven over het algemeen aan dat zij het medicatieproces meenemen in de inwerkperiode. Zij geven aan niet te weten of collega's dit ook doen. Ongeveer de helft van de respondenten benoemt dat het medicatieproces onderdeel is van hun inwerkmap. Er werd aangegeven dat zij zelf invulling hebben gegeven aan de inwerkperiode, niet wetende of dit zo in het medicatiebeleid en -protocol staat. Volgens de respondenten wordt verwezen naar het Q-boek, maar niet specifiek naar het medicatiebeleid en -protocol. Eén respondent geeft aan dat er verwacht wordt dat nieuwe medewerkers eerst de medicatiecursus volgen, dit geldt bij hen echter niet voor verzorgenden of verpleegkundigen.

“Nieuwe mensen die moeten wel de medicatiecursus doen en daarna ben je competent (...) ik ga ervan uit dat het hier ergens in staat, dat het zo moet. Maar dat is een aanname.” B7.14

4.3.2 Kennis en vaardigheden

De respondenten verwachten over het algemeen van zichzelf dat zij in grote lijnen weten welke medicatie gebruikt wordt door hun cliënten, waarvoor deze medicijnen zijn en wat eventuele bijwerkingen kunnen zijn. Hierbij werd door twee respondenten toegelicht dat zij van zichzelf verwachten alle medicatie te kennen die gebruikt wordt door cliënten waarvan zij persoonlijk begeleider zijn. Een enkeling gaf aan dat zij van zichzelf verwachten dat ze weten waarom medicatie in beheer is bij de RIBW en hoe dit verstrekt dient te worden.

“Ik vind ook dat als ik de psychiater bel dat ik inhoudelijk daarover moet kunnen discussiëren. Vind ik een onderdeel van mijn werk. En ik weet dat ik daarmee de lat redelijk hoog leg voor mezelf en ik verwacht het niet persé ook van anderen dat zij dat doen.” B7.10

De respondenten gaven aan dat zij denken dat de organisatie van hen verwacht kennis van de hoofdgroepen medicatie en de (bij)werking hiervan te beheersen. Tevens heerst er volgens één respondent een cultuur waarin fouten gemaakt mogen worden, deze dienen wel gemeld te worden en hier moeten acties op uit gezet worden. Eén respondent denkt dat er alleen verwacht wordt dat medewerkers op de hoogte zijn van het beleid en dat zij het protocol kunnen vinden op het moment dat dit nodig is. Eén andere respondent, werkzaam binnen de ambulante setting, denkt dat er binnen haar huidige werk geen kennis verwacht wordt op het gebied van medicatie. Voor twee respondenten was het niet duidelijk welke verwachtingen de organisatie heeft.

“Ik denk vooral als je het zo vraagt. Dat je moet weten wat er in het beleid staat en dat je het protocol moet vinden op het moment dat je het nodig hebt. Maar volgens mij hoeft ik van medicatie verder niet meer te weten dan dat mijn buurman weet. Gezond verstand staat volgens mij op numero 1 als je naar medicatie kijkt.” B2.17

De respondenten houden hun kennis op peil door de persoonlijke interesse in medicatie, door het dagelijks werken met medicatie of bijvoorbeeld door onbekende medicijnen op te zoeken. Eén respondent geeft aan hier geen tijd voor te hebben, zij verdiept zich per toeval in een bepaald onderwerp. Volgens de meeste respondenten wordt weinig gesproken over het beheersen van medicatiekennis en zou dit onderwerp meer mogen leven.

Meerdere respondenten gaven aan dat de kennis betreft medicatie afhankelijk is van de vooropleiding. Tevens zeggen zij kennis te missen bij hun collega's. Eén respondent geeft hierbij aan dat zij met name kennis mist, bij haarzelf en haar collega's, van somatische medicatie.

“Iedereen gaat wel verantwoord om met medicatie maar niet iedereen weet precies waarvoor medicatie toegediend wordt. Omdat wij de nadruk toch leggen op wonen en de dagelijkse gang van zaken, vind ik het voldoende als mensen weten dat er medicatie gebruikt wordt en dat je het een keer gehoord hebt hoe het zit.” B7.8

Alle respondenten voelen zich bekwaam in de stappen binnen het medicatieproces (bestaande uit: in begeleiding komen, voorschrijven, afleveren, klaarzetten/aanreiken/toedienen, opslag/voorraadbeheer en evaluatie). Zij blijven hier bekwaam in door een nieuw beleid of protocol tot zich te nemen, door continu met medicatie bezig te blijven of door de persoonlijke interesse in medicatie. Twee respondenten, werkzaam in de ambulante setting, gaven aan dat zij niet persé bekwaam hoeven te blijven

in de stappen binnen het medicatieproces. Dit omdat de stappen, op evaluatie na, niet terugkomen tijdens hun werk.

4.4 Uitvoeren medicatiebeleid en -protocol

4.4.1 Opvolgen en afwijken

Drie van de respondenten raadpleegt het medicatiebeleid en -protocol een enkele keer. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan wanneer er een nieuwe collega of stagiaire komt. Gemiddeld werd het door deze respondenten 1 á 2 keer per jaar gelezen, vaker wordt door hen niet nodig geacht omdat er geen signaal komt dat zaken niet goed lopen. Drie andere respondenten raadplegen het medicatiebeleid en -protocol niet. Zij benoemen dat dit komt door gebrek aan tijd, doordat zij al volledig kennis hebben genomen van de documenten of omdat het 'prima loopt zoals het nu loopt'. Eén respondent, werkzaam binnen de ambulante setting, geeft aan dat het raadplegen hiervan niet nodig is omdat zij geen medicatie beheren. De laatste respondent, ook werkzaam binnen de ambulante setting, raadpleegt eerst collega's. Zij benoemt dat dit toegankelijker en sneller is. Ze weet niet of ze het protocol sneller zou raadplegen op het moment dat dit mogelijk zou zijn. Ze zegt dat ze hiervoor eerst alerter moet zijn op het protocol.

"Wij werken al heel lang zoals we werken, eigenlijk is dat oké. We denken dat we redelijk safe werken. Het enige wat we weleens vergeten is een krabbeltje zetten als we uitgedeeld hebben. Ja zo lang dat de fouten zijn rondom medicatie, het is niet oké maar het is te overzien zeg maar. Ik denk niet dat we structureel risico lopen dat we mensen de verkeerde medicatie geven." B7.16

De respondenten gaven aan dat zij het medicatiebeleid en -protocol raadplegen wanneer er een nieuwe collega of stagiaire in dienst komt, wanneer iets veranderd binnen het beleid of wanneer zij vastlopen. In dat laatste geval wordt echter vaker beroep gedaan op collega's. In het geval van incidenten wordt door de respondenten niet teruggevallen op het medicatiebeleid en -protocol.

"Ik denk dat ik meer op gevoel, of wat ik denk wat kan, doe dan dat ik echt het protocol er naast leg." A1.24

Vier respondenten benoemden dat zij niet weten of ze van het medicatiebeleid en -protocol afwijken, zij leggen de documenten niet naast hun handelen. Eén respondent licht toe dat zij op gevoel handelt. De overige drie respondenten benoemden dat zij afwijken door bijvoorbeeld noodmedicatie op voorraad te hebben, de medicatiekast niet altijd af te sluiten,

medicatie niet altijd af te tekenen op de aftekenlijst of op het moment dat collega's beslissingen nemen waarvoor in principe een arts geraadpleegd dient te worden. De respondenten konden niet benoemen in welke gevallen zij van het medicatiebeleid en -protocol mogen afwijken. Eén respondent lichtte toe dat hij dacht dat dit in crisissituaties mocht.

“Er worden ook weleens keuzes gemaakt van goh, maakt niet zo veel uit hier kan ik wel een pilletje meer of minder geven (...) als iemand zijn medicatie vergeet van, och dat kan wel een keertje.” B2.20

“Ik denk dat heel veel mensen gewoon doen, denken waar ze goed aan doen, dat vooral. Maar er wordt nooit tegen elkaar gezegd van, weet je wel dat je dit helemaal niet mag doen, bij wijze van.” B4.28

Alle respondenten benoemen dat er consequenties zitten aan het afwijken van een beleid of protocol. Zij gaven aan de precieze gevolgen niet te kunnen benoemen. Dit zou bijvoorbeeld af kunnen hangen van de stap binnen het medicatieproces waarop iemand zou afwijken. Ook zou het de relatie tussen een begeleider en zijn of haar cliënt kunnen beïnvloeden. Er werd een enkele keer benoemd dat wanneer zoiets juridisch vervolgd zou worden, dat hier wel degelijk consequenties aan konden zitten. Zoals bijvoorbeeld een aantekening in het dossier, geschrapt worden uit het BIG-register (indien aan de orde) of een onderzoek vanuit de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Eén respondent, werkzaam binnen de ambulante setting, geeft aan niet veel bezig te zijn met de consequenties hiervan.

Binnen het protocol waren zes taken, behorende tot een begeleider, gearceerd. Er werd gevraagd of deze in de praktijk uitgevoerd werden. De taken zijn verwerkt in onderstaande tekst, de specifieke taken worden toegelicht in bijlage 7.

Afspraken over medicatie worden door de respondenten over het algemeen wel vastgelegd, maar meestal niet binnen de vastgestelde drie maanden. Meerdere respondenten geven hierbij aan dat dit niet mogelijk is in het huidige Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Nieuw geleverde medicatie wordt door ongeveer de helft van de respondenten gecontroleerd. Door één respondent werd benoemd dat sommige cliënten hier zelf verantwoordelijk voor zijn omdat zij het in eigen beheer hebben. Eén andere respondent vertelde dat grote rollen baxtermedicatie niet gecontroleerd worden omdat zij vertrouwen op de apotheek.

Alle respondenten gaven aan dat zij met de door de apotheek aangeleverde aftekenlijsten werken. Eén respondent gaf aan dat tot voor kort nog zelf aftekenlijsten werden gemaakt. Alle respondenten gaven aan dat een dubbele controle niet plaatsvindt bij het verstrekken van druppels, dranken of ‘zo nodig’ medicatie. Hierbij werd benoemd dat dit soms niet mogelijk is omdat er op bepaalde momenten maar één medewerker aanwezig is. Enkele respondenten gaven aan dat na het lezen van de tekst niet geheel duidelijk wordt in welke gevallen het door een collega óf cliënt afgetekend moet worden.

De respondenten die werkzaam zijn binnen de ambulante setting gaven aan dat er tijdens hun werk geen oog is voor het verantwoord bewaren van medicatie. De respondenten binnen het beschermd wonen gaven aan dat dit wel gebeurt. Eén hiervan lichtte toe dat het voor hem niet duidelijk is wat er met een ‘verantwoorde wijze’ bedoeld wordt.

Alle respondenten gaven aan dat het onduidelijk is of het medicatiebeheer en -gebruik jaarlijks wordt geëvalueerd. Op het moment dat medicatie een onderdeel is van het begeleidingsplan wordt het volgens verschillende respondenten sowieso meegenomen tijdens de evaluatie. Eén van de respondenten is van mening dat het evalueren van het medicatiegebruik niet bij de begeleider, maar bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige thuishoort.

4.4.2 Mate van ondersteunend zijn

De meeste respondenten vinden het medicatiebeleid en -protocol niet voldoende ondersteunend aan de dagelijkse praktijk. Dit kwam volgens hen omdat het niet afgestemd is op de praktijk en omdat het te weinig leeft waardoor medewerkers slecht op de hoogte zijn. Op het moment dat hier meer aandacht voor zou zijn, zouden zij het als ondersteunend ervaren. Tevens werd benoemd dat wanneer het ‘loopt zoals het moet lopen’ het medicatiebeleid en -protocol toereikend zijn, op het moment dat het afwijkt in de praktijk zijn de documenten niet meer ondersteunend. Enkele respondenten zeggen dat het wel ondersteunend is, zij konden terugvinden wat van hen verwacht wordt op het gebied van medicatie. Eén respondent merkte op dat er niet gecontroleerd wordt of er volgens het medicatiebeleid en -protocol gewerkt wordt.

“Dan kan ik eigenlijk wel zeggen dat het niet ondersteunend is. Het wordt niet opgezocht, ja het loopt al heel lang zoals het loopt. Je mag blijven werken als je het anders doet zoals het hier in staat (wijst naar medicatiebeleid en -protocol). Er is ook geen echte check-up.”
B7.19

4.4.3 Verantwoordelijkheid ten aanzien van het medicatieproces

Voor enkele respondenten was het onduidelijk welke verantwoordelijkheden een stagiaire of ondersteunend woonbegeleider mag dragen. Tevens was het onduidelijk welke disciplines ‘zo nodig’ medicatie mogen verstrekken. Verschillende respondenten gaven aan dat verantwoordelijkheid een grijs gebied is en blijft, zij zijn zelf erg aan het zoeken naar de grens van hun eigen verantwoordelijkheid. De meesten zeiden dat het duidelijk is welke disciplines welke taken op zich moeten nemen. Eén respondent is van mening dat de begeleider nooit eindverantwoordelijk is, behalve wanneer RIBW de medicatie beheert. Hij gaf aan niet te weten hoe dit in het beleid beschreven staat.

“Ja weet je, de eindverantwoordelijke is nooit de begeleider. En ik denk dat dat het belangrijkste is.” B2.7b

Door ongeveer de helft van de respondenten werd gezegd dat zij voor zichzelf duidelijk hebben wie op welke momenten verantwoordelijk is voor medicatie. Zij gaven aan dat dit niet duidelijk werd met behulp van het medicatiebeleid en -protocol óf dat zij niet wisten of het overeenkwam met de documenten. Door de overige helft werd benoemd dat de grens van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en de verantwoordelijkheid van de RIBW-medewerker onduidelijk was. Er werd toegelicht dat per individuele cliënt de verantwoordelijkheid ergens anders ligt, afhankelijk van de afspraken die gemaakt zijn. Op dat gebied konden zij niet terugvallen op het medicatiebeleid en -protocol. Eén respondent, werkzaam in de ambulante setting, geeft aan dat het niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor medicatie op het moment dat een ambulante cliënt een hulpvraag heeft betreft medicatie.

“...sowieso is het vaak zo dat degene die uiteindelijk het pilletje daadwerkelijk geeft dat die vaak verantwoordelijk wordt geacht.” A3.23

De respondenten gaven aan dat er óf niemand binnen het team verantwoordelijk is voor het implementeren van een beleid of protocol óf dat zij niet wisten wie hier verantwoordelijk voor is. Hierbij werd toegelicht dat dit eventueel een taak van een kwaliteitsfunctionaris of zorgcoördinator zou kunnen zijn. Eén respondent, tevens werkzaam als kwaliteitsfunctionaris, geeft aan hier geen tijd voor te hebben. Daarnaast werd opgemerkt dat medewerkers verantwoordelijk zijn om een beleid of protocol bij zichzelf te implementeren.

Binnen enkele locaties is er een aandachtsfunctionaris medicatie. De taak van deze aandachtsfunctionaris is met name de medicatievoorraad ordenen. De rol van aandachtsfunctionaris hebben de desbetreffende locaties zelf in het leven geroepen, tevens werd zelf invulling gegeven aan het takenpakket. De aandachtsfunctionaris heeft niet persé een verpleegkundige achtergrond, ook een maatschappelijk werker kan deze taak op zich nemen. Bij één locatie werd juist gekozen voor een verpleegkundige. Eén respondent, tevens zorgcoördinator op zijn locatie, wist niet of hun aandachtsfunctionaris op de hoogte was van het medicatiebeleid en -protocol.

“Misschien dat de organisatie daar wel in kan betekenen dat in ieder geval ik als medicatie aandachtsfunctionaris dit (verwijst naar medicatiebeleid en -protocol) uit mijn mouw kan schudden, bij wijze van, en dat je ook betrokken wordt om dit actueel te houden. Er is mij nooit gevraagd van, goh wat vind jij hiervan? Als ze dat wel zouden doen zou ik daar veel actiever mee bezig gaan. Maar ik denk nu vaak, ja weet je ik doe gewoon wat me goed lijkt.” B4.11

Verschillende respondenten gaven aan dat zij zelf invulling hebben gegeven aan het behandelen van de Smile-meldingen (incidentmeldingen). Eén van de respondenten benoemt dat zij de koppeling mist tussen het medicatiebeleid en -protocol, het incidentsysteem en de rol van aandachtsfunctionaris medicatie. Zij geeft aan dat ze vervolgacties mist, ook vraagt zij zich af hoe objectief het is om de Smile-meldingen door iemand uit het eigen team te laten behandelen. Tevens mist ze het signaleren van trends tussen de Smile-meldingen omdat de Smile-meldingen los van elkaar behandeld worden. Deze respondent benoemt dat het Smile-systeem (VIM-systeem) een belangrijke functie zou kunnen vervullen.

“Ik denk dat zo’n kwaliteitssysteem ook wel een hele belangrijke functie kan vervullen en dat je dan met de combinatie van zo’n protocol en beleid daarop terug kan grijpen van, ‘dit is wat we hebben afgesproken en er gaat toch iets niet helemaal goed’. Dat je ook weet dat het niet goed gaat.” B4.18

4.5 Wet- en regelgeving

4.5.1 Aansprakelijkheid

De meeste respondenten benoemen dat zij denken dat de foutmaker (bijvoorbeeld een medewerker die zijn verantwoordelijkheden niet nakomt) aansprakelijkheid is. Een enkeling vindt dat de cliënt altijd eindverantwoordelijk is. Het zou er ook aan liggen of de medicatie in beheer was bij de RIBW of niet. Enkele respondenten zeggen niet te weten wie er uiteindelijk aansprakelijk is. Alle respondenten, op één na, benadrukken dat zij in het medicatiebeleid - en protocol terug willen zien wie in welke gevallen aansprakelijk is. Eén respondent zegt dat ze zich hiermee beter zou kunnen verantwoorden en wapenen. Eén andere respondent voelt zich in de ambulante zorg niet verantwoordelijk omdat daar geen medicatie toegediend wordt, zij heeft minder behoefte om te weten wie aansprakelijk is.

“De foutmaker denk ik. En dat ligt er ook weer aan of wij het in beheer hebben of niet. Als de cliënt het zelf in beheer heeft, is de cliënt zelf ook aansprakelijk. Daar zit dan wel een maar aan, op het moment dat ik constateer dat ik een cliënt dat helemaal niet kan moet ik daar wel stappen in ondernemen. En anders ben ik daarop aansprakelijk.” B2.25

4.5.2 Verantwoordelijkheid ten aanzien van wet- en regelgeving

De respondenten zeggen het van belang te vinden om op de hoogte te zijn zodat zij uniform kunnen werken. Ook willen zij professionaliteit van de organisatie uitstralen richting behandelaren of andere organisaties. Door op de hoogte te zijn van het medicatiebeleid en -protocol wordt volgens hen eenduidigheid en duidelijkheid gecreëerd. Tevens willen zij zich niet aansprakelijk voelen en willen ze geen taken op zich nemen waarvoor zij niet verantwoordelijk zijn. Eén respondent geeft toe dat het belang bij hem niet zo groot is, hij is van mening dat het prima werkt zoals het nu loopt. Eén andere respondent geeft aan dat hij op de hoogte wil zijn zodat hij andere medewerkers bewust kan maken, hij is van mening dat er nu een onwetendheid heerst. Eén andere respondent benoemt dat het ‘superbelangrijk’ is om op de hoogte te zijn, echter vertelt ze zelf niet veel bezig te zijn met protocollen.

“Ik denk om de kwaliteit te waarborgen. En weinig incidenten plaats te laten vinden. Als iedereen het op zijn eigen manier gaat doen ja dan is het voor cliënten ook een beetje lastig denk ik. Dat die gaat denken van ja, die doet het zo en die doet het zo, wat is nou goed. Dat ze gaan twijfelen aan de professionaliteit hier.” B5.29

De respondenten zeggen het van belang te vinden om het medicatiebeleid en -protocol op te volgen omdat dit hun professioneel handelen betreft. Ook benoemen zij dat volgens hen dan uniform en eenduidig gewerkt wordt, dit staat tevens professioneel tegenover de cliënt. Door het medicatiebeleid en -protocol op te volgen willen zij zeker zijn van hun aansprakelijkheid en voelen zij zich ingedeckt. Eén respondent wil daarmee de zekerheid dat zij zich niet schuldig hoeft te voelen in het geval van een incident. Tevens dient het opgevolgd te worden om de kwaliteit te waarborgen en om incidenten te reduceren, aldus de respondenten.

Hoofdstuk 5 – Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten en conclusies van dit onderzoek bediscussieerd. In paragraaf 5.1 wordt ingegaan op de resultaten van dit onderzoek in vergelijking met gevonden literatuur. In paragraaf 5.2 wordt de methodologie van het onderzoek besproken. In paragraaf 5.3 komt de praktische toepasbaarheid van het onderzoek aan bod. Tot slot wordt in paragraaf 5.4 de generaliseerbaarheid van de resultaten besproken.

5.1 Resultaten en literatuur

De studentonderzoekers slaagden erin het medicatiebeleid en -protocol binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland te evalueren en om de belemmerende en bevorderende factoren voor begeleiders bij het uitvoeren hiervan in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol beïnvloed wordt door factoren gerelateerd aan de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol en het op de hoogte zijn hiervan, de bevoegd- en bekwaamheid van de begeleiders en onduidelijkheid betreft de wet- en regelgeving.

De belangrijkste belemmerende factoren zijn het gebrek aan interesse in het medicatiebeleid en -protocol en het gebrek aan motivatie om hiervan op de hoogte te zijn en om deze op te volgen. Dit komt omdat er vanuit de organisatie te weinig aandacht voor protocolopvolging is. Ebben et al. (2015) benoemen in hun onderzoek onder ambulance- en SEH-professionals (Spoedeisende Eerste Hulp) dat het op de hoogte zijn de belangrijkste beïnvloedende factor is voor protocolopvolging. Zij concluderen tevens dat het betrekken van een protocol in een scholing of training de protocolopvolging bevordert. De studentonderzoekers zijn van mening dat de resultaten vanuit het eigen onderzoek met enige voorzichtigheid vergeleken mogen worden met het onderzoek van Ebben et al. (2015). Dit omdat er geen aanwijzingen zijn dat de mate van protocolopvolging afhankelijk is van de zorgsetting. Uit het onderzoek door de studentonderzoekers bleek dat het werken aan de hand van het medicatiebeleid en -protocol niet gebeurt omdat de respondenten liever vertrouwen op eigen kennis en ervaring dan dat zij aan de hand van de documenten werken, dit is een belemmerende factor. Ebben et al. (2015) beschrijven dat ook de meeste ambulance- en SEH-professionals werken vanuit hun eigen ervaring en dat zij dit verkiezen boven het werken aan de hand van een protocol.

Volgens Grol en Wensing (2015, p. 86) bestaat een succesvolle implementatie onder andere uit het integreren van de verandering in routines en het continu evalueren en bijstellen van het plan. In het onderzoek door de studentonderzoekers kwam naar voren dat een implementatie toentertijd niet plaatsgevonden heeft. Ebben et al. (2015) benoemen dat het

hebben van onvoldoende steun tijdens de implementatie een belemmerende factor kan zijn. Ook het feit dat een organisatie weinig verwachting heeft dat het protocol gebruikt wordt kan hierbij een rol spelen. Bloemendal, Weenink, Harmsen en Mistiaen (2011) hebben een systematische review gedaan naar richtlijnnaleving. Zij noemen dat een combinatie van implementatiestrategieën zorgt voor een betere richtlijnnaleving. Educatie, feedback en herinneren aan de richtlijn heeft een positieve invloed op het implementeren van een richtlijn. Ondanks het feit dat Bloemendal et al. (2011) zich specifiek richtten op richtlijnen, zijn de studentonderzoekers van mening dat deze vergelijking gemaakt kan worden omdat een beleid en protocol op dezelfde wijze geïmplementeerd kunnen worden.

Bloemendal et al. (2011) concluderen dat richtlijnen in verschillende mate nageleefd worden. Zij hebben vastgesteld dat er een grote variatie is in de mate van opvolging. Hen viel op dat bijna alle onderzoeken concluderen dat er ruimte is voor verbetering in het naleven van richtlijnen. Dit is tevens hetgeen dat door de studentonderzoekers geconcludeerd werd. Wat opviel was dat de respondenten voorafgaand aan het interview zich er niet bewust van waren dat zij regelmatig afwijken van het medicatieprotocol. Dit komt doordat de respondenten niet of onvoldoende op te hoogte zijn van de inhoud hiervan en omdat er geen controle plaatsvindt vanuit de organisatie of de teams zelf. Bloemendal et al. (2011) beschrijven dat het ervaren van weinig sociale druk vanuit de omgeving de mate van richtlijnnaleving negatief beïnvloed.

Tijdens het evalueren van het medicatiebeleid en -protocol komt sterk naar voren dat verschillende kenmerken van de documenten het (kunnen) opvolgen hiervan belemmeren. Een van de criteria waaraan een protocol moet voldoen is dat de inhoud gespecificeerd moet zijn voor diverse gebruikersgroepen (Leytens & Wagner, 1999). De documenten zouden met name niet naar de psychiatrie geschreven zijn en voldoen niet aan hetgeen de respondenten zouden willen raadplegen. Dit komt overeen met de bevindingen van Ebben et al. (2015), zij benoemen eveneens dat het onderzochte protocol bij hen als 'te algemeen' gezien werd en niet specifiek genoeg was, dit is een belemmerende factor bij protocolopvolging.

In dit onderzoek komt naar voren dat er meer behoefte is aan kennis betreft medicatie. Dit komt mogelijk doordat de meeste begeleiders geen verpleegkundige achtergrond hebben en dat medicatie in hun vooropleiding niet aan bod is geweest. Opvallend was dat nagenoeg alle respondenten van mening waren zelf voldoende kennis te beheersen maar aangeven dit te missen bij hun collega's.

Volgens de criteria van Leytens en Wagner (1999) moeten de gebruikers van een protocol aangegeven worden. Het viel de studentonderzoekers op dat de verantwoordelijkheden van verschillende disciplines onduidelijk blijven. Dit resultaat komt in de gevonden literatuur niet aan bod. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat cliënten binnen het beschermd wonen en de ambulante setting wisselend verantwoordelijk zijn voor hun eigen medicatie en de rol van begeleider daarop afgestemd moet worden. De begeleider moet continu inspelen op de veranderingen in de psychische gesteldheid van de cliënt en wisselend (een gedeelte van) het medicatieproces overnemen. In andere settingen staan de taken en verantwoordelijkheden meer vast. Tevens is voor zover bekend geen soortgelijk onderzoek gedaan binnen de GGZ waarmee dit resultaat vergeleken kon worden.

5.2 Methodologie

Het onderzoek kent verschillende sterke punten. Omdat gekozen is voor een kwalitatief onderzoeksdesign hebben de studentonderzoekers veel gedetailleerde informatie kunnen verzamelen. In overleg met de opdrachtgever was besloten naast begeleiders binnen het beschermd wonen, ook ambulante begeleiders te interviewen. Door de belemmerende en bevorderende factoren binnen beide settingen met elkaar te vergelijken werd er een verschil aan het licht gebracht. Dit zorgde ervoor dat de studentonderzoekers hier gerichte aanbevelingen op konden baseren.

De studentonderzoekers hebben ervoor gekozen om de interviews te transcriberen. Dit heeft ervoor gezorgd dat zo weinig mogelijk informatie verloren is gegaan tijdens de dataverwerking en -analyse.

Na vijf interviews werd geconcludeerd dat saturatie bereikt was, dit omdat er geen nieuwe informatie meer naar boven is gekomen. Het is echter niet helemaal uit te sluiten dat volgende respondenten nog nieuwe aanvullingen zouden hebben. Na vijf interviews werden alsnog twee respondenten geïnterviewd om er zeker van te zijn dat binnen de vastgestelde onderzoeksperiode alle mogelijke informatie verzameld werd. Door de studentonderzoekers is bewust gekozen om enkele interviews niet te laten plaatsvinden omdat de respondenten niet aan de inclusiecriteria voldeden, hierdoor werd de representativiteit van de steekproef binnen dit onderzoek bewaakt. De variatie tussen de geïnterviewde respondenten op het gebied van hun vooropleiding, functie, werkervaring en werkplek (beschermd wonen of ambulante setting) had een positieve invloed op de representativiteit van de onderzoekspopulatie.

Met behulp van de COREQ-checklist (bijlage 9) is het projectverslag beoordeeld op volledigheid. De checklist bevat 32 items om de kwaliteit van een verslag over een kwalitatief

onderzoek te bevorderen (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Naar aanleiding van de checklist werd het verslag nog enigszins aangevuld.

Naast de bovengenoemde sterke punten kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. De studentonderzoekers hadden beiden weinig tot geen ervaring op het gebied van onderzoeken en interviewen. Hierdoor is mogelijk niet altijd op de meest effectieve manier geïnterviewd. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de manier van vraagstelling. Daarnaast waren bijna alle respondenten niet op de hoogte van de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol, hierdoor was soms sturing door de studentonderzoekers nodig tijdens het interview. Door deze sturing is het denkbaar dat in sommige gevallen richting is gegeven aan de antwoorden. Doordat de respondenten niet op de hoogte waren van de inhoud konden zij enkele inhoudelijke vragen niet beantwoorden. Ook zouden zij mogelijk een ander antwoord hebben gegeven wanneer zij beter op de hoogte waren geweest van de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol. Hierdoor heeft mogelijk vertekening van de resultaten plaatsgevonden. Echter werd door het feit dat de respondenten niet op de hoogte waren wel een onderliggend probleem blootgelegd.

In eerste instantie was het de bedoeling dat alle begeleiders binnen de gekozen locaties de wervingsbrief van de studentonderzoekers zouden ontvangen. Na overleg met de opdrachtgever bleek dat dit niet mogelijk was. Binnen de RIBW zijn afspraken over het versturen van 'massamail' en daarom mochten alleen de zorgcoördinatoren benaderd worden. Dit heeft ervoor gezorgd dat minder begeleiders bereikt werden. Hierdoor waren mogelijk minder aanmeldingen voor de interviews. Omdat de werving via de zorgcoördinatoren plaats moest vinden duurde het langer voordat respondenten zich aanmeldden. Dit heeft ervoor gezorgd dat er later dan gepland gestart werd met interviewen. Daarnaast hebben de studentonderzoekers met de methode van werven selectiebias niet geheel kunnen voorkomen. Het is aannemelijk dat alleen begeleiders die geïnteresseerd zijn in medicatie zich aangemeld hebben voor de interviews. Hierdoor zijn begeleiders die nog andere ervaringen met, of meningen over, het medicatiebeleid en -protocol hebben mogelijk niet betrokken bij het onderzoek.

5.3 Praktische toepasbaarheid

Het medicatiebeleid en -protocol zijn, voor zover bekend bij de studentonderzoekers, nog niet eerder geëvalueerd binnen de RIBW-organisaties. Tijdens dit onderzoek zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol in kaart gebracht. Omdat dit de eerste evaluatie van het medicatiebeleid en -protocol binnen de RIBW betreft is dit slechts een begin. De resultaten kunnen ten grondslag

liggen aan een soortgelijke of nieuwe evaluatie binnen de RIBW-organisaties. Het uitvoeren van deze evaluaties levert een bijdrage aan de kwaliteit van zorg en medicatieveiligheid. Volgens Grol en Wensing (2015, p. 102) is evaluatie een cruciale stap. De uitkomsten van een evaluatie zijn nodig om vast te stellen of het tot het gewenste resultaat heeft geleid. In dit geval is het bevorderen van de kwaliteit van zorg en medicatieveiligheid het gewenste resultaat.

De resultaten van het onderzoek bieden aanknopingspunten voor de RIBW. Zij kunnen acties uitzetten om bewustwording van het medicatiebeleid en -protocol en beleid- en protocolopvolging te bevorderen.

5.4 Generaliseerbaarheid

De resultaten vanuit dit onderzoek zijn beperkt generaliseerbaar. Het is aannemelijk dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar de beschermd wonen locaties en ambulante teams binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland. De cliëntpopulatie komt overeen en begeleiders binnen deze locaties en teams hebben dezelfde taken en verantwoordelijkheden. Tevens wordt binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland met hetzelfde medicatiebeleid en -protocol gewerkt. Binnen de andere RIBW-organisaties wordt met een ander medicatiebeleid en -protocol gewerkt, met deze reden wordt verwacht dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de andere organisaties.

Hoofdstuk 6 – Conclusie

In dit hoofdstuk worden de conclusies van dit onderzoek weergegeven. In paragraaf 6.1 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Tevens worden de belemmerende en bevorderende factoren betreft het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol toegelicht.

6.1 Onderzoeksvraag

De vraagstelling van dit onderzoek luidde als volgt:

“Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor begeleiders binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol?”

Geconcludeerd werd dat er voor begeleiders verschillende belemmerende en bevorderende factoren zijn gerelateerd aan de inhoud en het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol, bevoegd- en bekwaamheid en onduidelijkheden betreft wet- en regelgeving. Begeleiders zijn wel op de hoogte van het bestaan van het medicatiebeleid en -protocol, maar zijn onvoldoende op de hoogte van de inhoud van de documenten. Zij zien het belang van het op de hoogte zijn en het opvolgen hiervan wel in, echter wordt hier vanuit de organisatie op dit moment te weinig op ingespeeld. Over het algemeen wordt niet volgens het medicatiebeleid en -protocol gewerkt. Er werd geconcludeerd dat het gebrek aan interesse in het medicatiebeleid en -protocol en de motivatie om deze te raadplegen en op te volgen de belangrijkste belemmerende factoren zijn. Daarnaast werd geconcludeerd dat het medicatiebeleid en -protocol inhoudelijk niet geheel aan de verwachtingen voldoen.

6.1.1 Belemmerende factoren

Begeleiders zijn niet of onvoldoende op de hoogte van de inhoud van het medicatiebeleid en -protocol. Dit komt omdat zij dit niet nodig achten, ondanks dat zij het belang van het opvolgen en op de hoogte zijn van het medicatiebeleid en -protocol wel inzien. Ze handelen op gevoel en vertrouwen op hun eigen ervaring in plaats van dat ze de documenten raadplegen. Er wordt regelmatig afgeweken van het medicatiebeleid en -protocol maar de consequenties van het afwijken zijn niet bekend.

Op dit moment leven het medicatiebeleid en -protocol te weinig binnen de teams. Vanuit de organisatie is te weinig aandacht besteed aan de implementatie hiervan. Tevens is niemand binnen de teams verantwoordelijk gemaakt om een nieuw beleid of protocol te implementeren. Er is ruimte om zelf invulling te geven aan de rol van aandachtsfunctionaris medicatie. Dit kan een bevorderende factor zijn, echter werd geconcludeerd dat meer sturing

vanuit de organisatie wenselijk is. De aandachtsfunctionaris wordt op dit moment niet op een dusdanige wijze ingezet dat het de kwaliteit van zorg bevordert.

Voor de respondenten zijn de verwachtingen vanuit de organisatie op het gebied van medicatiekennis onduidelijk. Tevens is het onduidelijk welke scholing zij moeten volgen. Er wordt niet gecontroleerd of er gewerkt wordt volgens het medicatiebeleid en -protocol, medewerkers nemen hier zelf geen initiatief in.

Verschillende protocolkenmerken worden als belemmerend ervaren worden. Binnen het medicatiebeleid en -protocol wordt onvoldoende onderscheid gemaakt tussen de ambulante setting en het beschermd wonen. De huidige documenten zijn daardoor slechtst gedeeltelijk toepasbaar binnen de ambulante setting.

Het medicatiebeleid en -protocol zijn in afwijkende situaties niet voldoende toereikend en ondersteunend aan de dagelijkse praktijk. In de documenten wordt niet duidelijk welke rol begeleiders, stagiaires en nieuwe medewerkers in het medicatieproces (mogen) hebben en wie 'zo nodig' medicatie mag verstrekken. Ook wordt niet duidelijk in hoeverre de cliënt zelf verantwoordelijk is voor zijn medicatie en waar de grens van verantwoordelijkheid ligt voor de RIBW-medewerker. Tevens is niet duidelijk wie in welke gevallen aansprakelijk is.

In het medicatiebeleid en -protocol wordt gemist welke medicatieafspraken op welke wijze in het ECD vermeld dienen te worden. Respondenten uit de ambulante setting worden niet ondersteund door het medicatiebeleid en -protocol op het moment dat een cliënt een hulpvraag krijgt op het gebied van medicatie.

Op dit moment is er een te beperkt scholingsaanbod, terwijl de respondenten zelf wel behoefte hebben aan kennis over somatische en nieuwe medicatie. Hierin wordt sturing gemist vanuit de organisatie. Volgens de respondenten is er in het algemeen een gebrek aan interesse betreft scholing. Medicatiekennis is geen onderwerp van gesprek. Het medicatieproces wordt te wisselend meegenomen tijdens de inwerkperiode, hierover bestaan geen vaste afspraken.

Er mist een koppeling tussen het medicatiebeleid en -protocol, het Smile-systeem en de terugkoppeling naar de teams. Tevens worden geen trends gesignaleerd binnen de incidentmeldingen omdat niemand deze taak op zich neemt. Hierdoor ontstaat een gebrek aan alertheid.

6.1.2 Bevorderende factoren

Het medicatiebeleid en -protocol zijn voldoende toegankelijk en vindbaar binnen het beschermd wonen. Voor begeleiders is het duidelijk waarom deze twee documenten van elkaar gescheiden zijn. Het taalgebruik, de gebruikte begrippen en tekstverdeling onder de huidige kopjes zijn voldoende duidelijk.

Taken en verantwoordelijkheden die in het medicatiebeleid en -protocol staan zijn weliswaar duidelijk beschreven, hier staat wel tegenover dat deze uitvoeriger beschreven mogen worden.

De begeleiders hebben hun eigen verwachtingen op het gebied van medicatiekennis duidelijk en voelen zich bekwaam in het medicatieproces. De begeleiders zijn zich over het algemeen voldoende bewust van het belang van het opvolgen en op de hoogte zijn van het medicatiebeleid en -protocol.

Er is ruimte om een eigen invulling te geven aan de rol van aandachtsfunctionaris en het behandelen van de Smile-meldingen. Op verschillende locaties werd de aandachtsfunctionaris op eigen initiatief in het leven geroepen.

Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen op basis van de resultaten geformuleerd. Paragraaf 7.1 beschrijft de aanbevelingen voor de praktijk. Paragraaf 7.2 beschrijft de aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de resultaten blijkt dat op dit moment in de praktijk structureel geen of onvoldoende aandacht wordt besteed aan het medicatiebeleid en -protocol. Het zou goed zijn als teams hier vanuit de organisatie regelmatig alert op gemaakt worden. De RIBW Nijmegen & Rivierenland bestaat uit zelforganiserende teams. Echter wordt op dit moment vanuit de teams te weinig initiatief genomen om het medicatiebeleid en -protocol op te volgen en onder de aandacht te brengen. Meer sturing vanuit de organisatie is hierbij wenselijk. Deze sturing zou bijvoorbeeld kunnen door het aanstellen van een aandachtsfunctionaris medicatie binnen ieder team. Deze aandachtsfunctionaris zou een takenpakket toegewezen kunnen krijgen dat onder andere bestaat uit:

- ❖ het volledig op de hoogte zijn van het medicatiebeleid en -protocol;
- ❖ het kritisch beoordelen en actueel houden van de documenten;
- ❖ het implementeren van het medicatiebeleid en -protocol binnen de eigen locatie;
- ❖ het ervoor zorgen dat het medicatieproces structureel op dezelfde wijze wordt meegenomen in de inwerkperiode;
- ❖ het verwerken en zichtbaar maken van de Smile-meldingen zodat een terugkoppeling plaatsvindt naar het team en zodat acties uitgezet kunnen worden;
- ❖ het regelmatig overleggen met andere aandachtsfunctionarissen waarin de werkwijze geëvalueerd wordt zodat er eenduidigheid ontstaat rondom het medicatieproces binnen de praktijk van de RIBW.

Een andere manier om bewustwording te creëren bij begeleiders is een controle van beleid- en protocolopvolging. Ook het benadrukken van mogelijke consequenties op het moment dat zij afwijken van het medicatiebeleid en -protocol zou hieraan kunnen bijdragen.

Intervisiebijeenkomsten waarin bijvoorbeeld ingewikkelde casuïstiek ten aanzien van verantwoordelijkheden besproken wordt zouden kunnen bijdragen aan bewustwording. Tevens zou het verzorgen van klinische lessen hierin ook een rol kunnen spelen, dit is tegelijkertijd een manier om de kennis op peil te houden.

Naast de bovengenoemde aanbevelingen kwamen verschillende beleid- en protocolkenmerken naar voren waar verandering of aanvulling nodig blijkt. Het is aan te raden om:

- ❖ een apart medicatiebeleid en -protocol op te stellen voor het beschermd wonen en de ambulante setting omdat de taken en verantwoordelijkheid in de praktijk duidelijk verschillen;
- ❖ kritisch te kijken naar de huidige stappen binnen het medicatieproces en om te beoordelen in hoeverre deze relevant zijn aan de GGZ;
- ❖ de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van begeleiders duidelijker terug te laten komen in het medicatiebeleid;
- ❖ binnen het medicatiebeleid en -protocol duidelijkheid te creëren betreft de taken en verantwoordelijkheden van de persoonlijk begeleider, ondersteunend woonbegeleider, stagiaire en nieuwe medewerker;
- ❖ toe te lichten op welke wijze de begeleiders bevoegd en bekwaam blijven en welke medicatiekennis zij dienen te beheersen door een duidelijk scholingsbeleid te formuleren.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek hebben de studentonderzoekers zich gericht op de belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van het medicatiebeleid en -protocol binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Om in kaart te brengen hoe dit voor de andere RIBW-organisaties is, zou een soortgelijke evaluatie plaats moeten vinden.

Om beter in kaart te brengen in hoeverre begeleiders binnen de RIBW het medicatiebeleid en -protocol daadwerkelijk opvolgen is vervolgonderzoek aan te raden. Dit zou bijvoorbeeld gedaan kunnen worden middels het afnemen van een *audit*. Ook zou dit eruit kunnen zien als een *pilot*. Hierbij kan bijvoorbeeld een team samengesteld worden dat bestaat uit meerdere aandachtsfunctionarissen vanuit verschillende teams binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Zij zouden binnen de betrokken teams controles uit kunnen voeren. Wanneer na een bepaalde tijd geconstateerd wordt dat de controles een positief effect hebben op het opvolgen van het medicatiebeleid en -protocol kan dit eventueel breder ingezet worden. Tevens zou het goed zijn dat er in kaart gebracht wordt welke kennis gemist wordt onder de begeleiders. Hier zou het scholingsaanbod op aangepast kunnen worden.

Bibliografie

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*. Gedownload op 1 april 2017, van http://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/104/original/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf?1438770560

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Velden, T. van der., Peters, V., Fischer, T., & Julsing, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Hulst, M. van der., Goede, M. de. (2012). *Basisboek interviewen* (3^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, E., & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Bloemendal, E., Weenink, J.-W., Harmsen, M., & Mistiaen, P. (2011). *Naleving van Nederlandse richtlijnen: een systematische review*. Geraadpleegd op 15 juni 2017, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Naleving-Nederlandse-richtlijnen.pdf>

Buijnsters, P. (2009). *Effectief verplegen 0* (1^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

CIBG. (z.d.). *Wat betekent registratie in het BIG-register*. Geraadpleegd op 23 maart 2017, van <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/>

Delespaul, P., & Consensusgroep EPA, de. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. Gedownload op 16 maart 2017, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

Donk, C. van der., & Lanen, B. van. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2^e druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Ebben, R., Vloet, L., Grunsven, van. P., Breeman, W., Goosselink, B., Lichtveld, R., Mintjes-de Groot, J., & Achterberg, T. (2015) *Factors influencing ambulance nurses' adherence to a national protocol ambulance care: an implementation study in the Netherlands*.

Geraadpleegd op 6 juni 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24595355>

Friele, R., Pas, S. te., & Theunissen, N. (2003). *Evaluatie Implementatiemonitor ZonMw*.

Gedownload op 29 maart 2017, van

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Implementatiemonitor-ZonMw.pdf>

GGZ Nederland. (2017). *GGZ-sector*. Geraadpleegd op 21 maart 2017, van

<http://www.ggznederland.nl/pagina/ggz-sector>

Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (4^e druk). Amsterdam: Reed Business.

Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (6^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Inspectie voor Gezondheidszorg. (2014). *Jaarbeeld 2014*. Gedownload op 31 maart 2017,

van https://www.igz.nl/Images/IGZ%20Jaarbeeld%202014_def_tcm294-365665.pdf

Inspectie voor Gezondheidszorg. (2016). *In openheid leren van meldingen*. Gedownload op 30 maart, van

https://www.igz.nl/Images/IGZ%20In%20openheid%20leren%20van%20meldingenV%26V_tcm294-381019.pdf

Leytens, J., & Wagner, C. (1999). *Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging: eindrapportage*. Geraadpleegd op 16 juni 2017 van, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1000671.pdf>

Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2012). *Burgerlijk Wetboek Boek 6*. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005289/2012-07-01>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Geneesmiddelenwet*.

Geraadpleegd op 22 maart 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0021505/2016-08-01>

Movisie. (2014). *Zicht op effect*. Gedownload op 1 april 2017, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zicht-op-effect%20\[MOV-3296073-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zicht-op-effect%20[MOV-3296073-1.0].pdf)

Nictiz (2013). *Wet- en regelgeving in de zorg*. Gedownload op 23 maart 2017, van <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Boeken/Wet-%20en%20regelgeving%20in%20de%20zorg.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2002). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management*. Gedownload op 22 maart 2017, van <http://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>

RIBW Alliantie. (2015). *Kaderdocument medicatiebeleid*. Gedownload op 10 maart 2017, van <http://www.ribwalliantie.nl/upload/documents/Publicaties/RIBW-Alliantie-kaderdoc-medicatiebeleid-juli2015.pdf>

RIBW Alliantie. (z.d.). *RIBW Alliantie: organisaties voor maatschappelijke GGZ*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <http://www.ribwalliantie.nl>

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2013). *RIBW Medicatiebeleid*. Nijmegen: Auteur.

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2013). *RIBW Protocol Medicatie*. Nijmegen: Auteur.

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Begeleider*. Nijmegen: Auteur.

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Ondersteunend woonbegeleider*. Nijmegen: Auteur.

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Zorgcoördinator*. Nijmegen: Auteur.

RIBW Nijmegen & Rivierenland. (z.d.). *Hulp nodig?* Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <http://www.ribw-nijmegenrivierenland.nl/Hulp-nodig->

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focusgroups*. Geraadpleegd op 20 juni 2017, van http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf

Trimbos Instituut. (2015). *GGZ in tabellen*. Geraadpleegd op 10 maart 2017, van <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1363>

Veilige zorg, ieders zorg, Vilans & GGZ Nederland. *Medicatieveiligheid in de GGZ*.

Gedownload op 31 maart, van

<http://www.zorgapothek.nl/sybit/bestand.php?bestid=39&bestguid=AF2C00E9-51F0-4CA7-A832-08158888C2DE>

Vilans. (2011). *Kennisbundel medicatieveiligheid*. Gedownload op 30 maart 2017, van

<http://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/Kennisbundel%20Medicatieveiligheid%20en%20scorelijst.pdf>

VMS Veiligheidsprogramma. (2013) *Medicatieveiligheid*. Geraadpleegd op 22 maart 2017,

van <http://www.vmszorg.nl/speerpunten/medicatieveiligheid>

V&V Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*.

Gedownload op 23 maart 2017, van

http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Bijlage 1 Medicatiebeleid RIBW Nijmegen & Rivierenland

Medicatiebeleid

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Cliënten binnen de RIBW kunnen net als iedereen medicatie gebruiken. Het is belangrijk dat de cliënt de juiste medicatie, in de juiste dosering, op het juiste tijdstip en op de juiste wijze gebruikt of toegediend krijgt. In principe is de cliënt zelf verantwoordelijk voor zijn medicatiebeheer en -gebruik, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen. De mogelijkheden tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid op het gebied van medicatiebeheer en -gebruik kunnen van cliënt tot cliënt en van moment tot moment verschillen. Voor elke cliënt moeten hierover duidelijke afspraken worden gemaakt in de begeleiding.

Het medicatiebeleid van RIBW Nijmegen & Rivierenland gaat uit van Herstel en Rehabilitatie. Herstellen is wat cliënten zelf doen, rehabilitatie is wat begeleiders en de omgeving kunnen doen om het herstelproces te bevorderen. De cliënt is daarbij de regisseur van zijn eigen leven, de begeleider begeleidt de cliënt waar nodig. Dit alles op basis van de zorgbehoefte van de cliënt en vanuit het principe: zo normaal mogelijk waar het kan. Dit kan ook inhouden het begeleiden van de cliënt naar eigen beheer en gebruik van medicatie.

1.2. Kaderdocument

In dit document wordt het medicatiebeleid beschreven, en daarnaast de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen in het medicatieproces, binnen en buiten de RIBW. Onderlegger voor dit beleid is het Kaderdocument Medicatiebeleid van de RIBW Alliantie, wat in april 2012 is geschreven door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in nauwe samenwerking met medewerkers van de alliantie RIBW's. Het kaderdocument is vastgesteld en dient twee doelen:

- eenduidigheid en helderheid binnen de alliantie over de rollen van de RIBW-medewerker in het medicatieproces;
- borgen dat de RIBW's voldoen aan de eisen die externe partijen (bijvoorbeeld Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)) stellen, en voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving.

1.3. Opzet

Dit document beschrijft de visie, structuur, taken en verantwoordelijkheden en afspraken rondom het medicatieproces. In het volgend hoofdstuk wordt uitgewerkt hoe binnen de RIBW het medicatiebeleid wordt georganiseerd. In hoofdstuk drie worden per discipline de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden uitgewerkt. Eén en ander wordt concreet vertaald in een RIBW Protocol Medicatie, wat begeleiders kunnen gebruiken als werkinstructie.

Het Protocol Medicatie is gebaseerd op de kaders van dit medicatiebeleid.

2. Het medicatiebeleid van de RIBW

2.1. Medicatiebeleid

De Raad van bestuur van de RIBW is eindverantwoordelijk voor het medicatiebeleid in de organisatie en zorgt er voor dat dit overeenkomstig wettelijke normen en regels wordt uitgevoerd. Dit beleid is afgestemd met de cliëntenraad. De Raad van Bestuur geeft de afdeling Zorg, Innovatie en Kwaliteit (ZI&K) de taak om het beleid uit te werken en te implementeren. De afdeling ZI&K maakt hierbij gebruik van de expertise van een arts en een apotheker.

Het inrichten van een veilig medicatieproces kan de RIBW niet alleen. De instelling is hierbij ook afhankelijk van de medewerking en de kwaliteit van ketenpartners: artsen, apothekers en andere zorgverleners. In de volgende paragraaf staat uitgewerkt wat van deze partijen verwacht mag worden. Het maken van afspraken met de extern betrokkenen is niet eenvoudig, omdat de RIBW met veel verschillende behandelaars en apothekers te maken heeft. Daarom zullen er op centraal niveau raamovereenkomsten gesloten worden met regionale huisartsen- en apothekersverenigingen en GGZ-instellingen. Deze worden vervolgens door de locaties uitgewerkt met de plaatselijke huisartsen, apothekers en (locaties van) GGZ-instellingen.

Naast het ontwikkelen en beschrijven van het medicatiebeleid en er voor zorgen dat het is afgestemd met extern betrokken, dient het management er voor te zorgen dat het beleid jaarlijks wordt geëvalueerd en dat het bewaakt is door middel van een incidentenregistratie en –analyse. Daarnaast moet worden bewaakt dat het beleid is vertaald in werkzame procedures en dat begeleiders werken conform deze procedures.

2.2. kwaliteitsbeleid

Het medicatiebeleid vormt een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Bij het vaststellen en evalueren van het kwaliteitsbeleid wordt de cliëntenraad betrokken. Het medicatiebeleid en bijbehorend protocol is vastgelegd in Q-boek.

Fouten en (bijna-)incidenten op het gebied van medicatie worden systematisch geregistreerd in Smile. Smile is een VIM-systeem (Veilig Incidenten Melden) en is een belangrijk onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem van de RIBW. De meldingen in Smile worden door de kwaliteitscommissies en manager van desbetreffende voorziening geanalyseerd en zo nodig voorzien van een verbeterplan. Deze verbeterplannen worden beoordeeld door de kwaliteitscommissie. Zo nodig wordt een arts of apotheker geraadpleegd. De verbetervoorstellen worden meegenomen bij de jaarlijkse evaluatie van het beleid en kunnen leiden tot aanpassingen in het protocol en aanverwante procedures.

De RIBW heeft een klachtenregeling. Klachten over het medicatiebeleid worden serieus genomen en worden mede gebruikt om verbeteringen aan te brengen in het medicatiebeleid.

Er wordt ten minste éénmaal per jaar aandacht besteed aan het identificeren (zowel prospectief als retrospectief) van risicomomenten en foutbronnen in het medicatieproces, in de eigen organisatie en in de relatie met de betrokken behandelaars en apothekers.

Daarnaast vindt er tenminste éénmaal per jaar een beoordeling van de medicatie van de cliënt plaats. De hoofdbehandelaar (een huisarts of psychiater) is ervoor verantwoordelijk dat de beoordeling plaatsvindt. Hij betreft diegene bij de evaluatie van de medicatie die hierbij een rol vervullen. Naast de cliënt en/of dienst (wettelijke) vertegenwoordiger kunnen dit bijvoorbeeld de persoonlijk begeleider, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en/of de apotheker zijn. De RIBW doet dat wat in haar vermogen ligt om de vereiste beoordeling te faciliteren. Behandelaars, apothekers en medewerkers houden zich aan de professionele richtlijnen en dragen bij aan een optimale onderlinge samenwerking.

2.3. Cultuur van de organisatie

Naast randvoorwaarden op het gebied van beleid, overeenkomsten en materiële voorzieningen, zijn de cultuur en het klimaat van de organisatie van groot belang voor een goed medicatiebeleid. Het beleid zal beter uitgevoerd worden als er een klimaat heerst waarin het medicatieproces serieus

genomen wordt en waarin het klimaat gericht is op het openlijk bespreken en evalueren van fouten. Uitgangspunt is dat waar mensen werken altijd fouten gemaakt kunnen worden. Het is daarom van belang dat er een cultuur is binnen de RIBW dat begeleiders, cliënten en hun naasten (bijna) fouten op medicatiegebeid durven melden. En waarin fouten worden gezien als een belangrijke bron om het medicatiebeleid regelmatig te verbeteren, zodat de kans op fouten voortdurend wordt gereduceerd.

2.4. Personeelsbeleid

Goed personeel is een belangrijke pijler van een goed medicatiebeleid. Hiervoor moet de RIBW voldoende gekwalificeerde medewerkers in dienst hebben.

Binnen de RIBW is het uitgangspunt dat begeleiders én ondersteund woonbegeleiders taken kunnen uitvoeren met betrekking tot medicatie. Voorwaarde is wel dat medewerkers voldoende deskundig zijn. Daarbij gaat het om voldoende theoretische kennis, praktische vaardigheden en kennis voor het signaleren van risico's met betrekking tot (bij)werking van medicatie.

De RIBW is verantwoordelijk voor een systematische bij- en nascholing die er toe leidt dat medewerkers voldoende deskundig zijn om het medicatiebeleid uit te voeren. Zodra medewerkers scholing hebben gevolgd (verpleegkundigen en verzorgenden hebben deze scholing gehad in hun vooropleiding, alle andere begeleiders dienen hiervoor een scholing via de RIBW te volgen) worden ze deskundig geacht om taken uit te voeren rondom medicatie. Onder "deskundig" wordt verstaan dat de handeling is geleerd in een opleiding of bijscholing en dat de handeling daarna regelmatig uitgevoerd wordt, opdat de deskundigheid behouden kan worden.

Eind 2012 wordt er een inhaalslag gemaakt en worden alle medewerkers geschoold door het IVM. Per team zal geregistreerd worden welke medewerkers deskundig zijn om activiteiten binnen het medicatieproces uit te voeren.

Het toedienen van medicatie is een risicovolle handeling. Het toedienen van medicatie per injectie of infuus is een voorbehouden handeling. Deze voorbehouden handelingen mogen alleen door de door de wet benoemde en bevoegde beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd.

Binnen de RIBW is voornamelijk het beleid dat voorbehouden handelingen niet worden uitgevoerd door begeleiders van de RIBW. Hiervoor worden organisaties (bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie) ingeschakeld. Wanneer er zwaarwegende redenen zijn om hier van af te wijken, dan mag de voorbehouden handeling alleen uitgevoerd worden door een verpleegkundige (of andere BIG-geregistreerde medewerker) die heeft aangetoond de techniek te beheersen en die inzicht en kennis heeft hoe te handelen bij acute problemen (dat maakt deze medewerker bekwaam en dus bevoegd). Daarnaast mag de handeling alleen worden uitgevoerd als de medewerker beschikt over een uitvoeringsverzoek van de arts (zie Bijlage 1 voor uitleg waar een uitvoeringsverzoek aan moet voldoen).

3. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die de RIBW heeft in het medicatiebeheer en – gebruik, hangen af van de mate waarin de RIBW het beheer en gebruik van de cliënt heeft overgenomen. De zorgsoort (Beschermd wonen, Ambulante begeleiding of begeleiding binnen een DAC) is daarbij niet van belang.

Als de cliënt zijn medicatie geheel zelfstandig gebruikt en beheert, is de enige taak van de begeleider om periodiek samen met de cliënt en eventueel de behandelaar te bespreken hoe dit eigen beheer en gebruik gaat en of ondersteuning nodig is. Daarnaast moet de begeleider reageren op –mogelijk door medicatie veroorzaakte- signalen waaruit blijkt dat het niet goed gaat met de cliënt.

Als de RIBW een cliënt hulp biedt bij de medicatie, is de instelling verantwoordelijk voor de uitvoering van dat specifieke onderdeel in het medicatieproces waarin hulp geboden wordt. De geleverde hulp moet verantwoord zijn en voldoen aan de wet- en regelgeving. Uiteraard moet ook samen met deze cliënt periodiek geëvalueerd worden of de geboden hulp nog afdoende, respectievelijk gewenst is.

Een belangrijke randvoorwaarde om bovenstaande te garanderen is dat het voor iedereen duidelijk is wie welke taak heeft in het medicatieproces, wie waarvoor verantwoordelijk is en wie welke bevoegdheid heeft. Dit is uitgewerkt in onderstaande paragraaf.

3.1. Overzicht taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende disciplines

Raad van Bestuur (directie)

- is eindverantwoordelijk voor het medicatiebeleid;
- ontwikkelt een centraal medicatiebeleid en stelt dit vast;
- voorziet in de benodigde voorwaarden op het gebied van personeelsbeleid betreffende medicatie en voorzien in scholing en toetsing van deskundigheid van medewerkers;
- zorgt voor de uitvoering van het medicatiebeleid conform het vastgestelde centrale medicatiebeleid;
- zorgt voor een jaarlijkse evaluatie van het medicatiebeleid;
- zorgt dat het medicatiebeleid voldoet aan wet- en regelgeving;
- is eindverantwoordelijk voor het maken van afspraken met externe partners (apothek, artsen) met betrekking tot het medicatiebeleid;
- zorgt voor een klimaat gericht op het serieus nemen van het medicatieproces en een “no blame” beleid bij het melden van incidenten;
- legt de taak om bovengenoemde zaken te realiseren neer bij de afdeling ZI&K.

Behandelaar (huisarts, psychiater)

- adviseert de cliënt en de RIBW of het verantwoord is dat een cliënt de medicatie (gedeeltelijk)zelfstandig beheert en gebruikt;
- vergewist zich bij het voorschrijven van medicatie van de aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht per cliënt conform de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (in bijlage 1 is omschreven aan welke eisen een actueel medicatieoverzicht moet voldoen);
- is samen met de apotheker verantwoordelijk voor een actueel medicatieoverzicht en voor de overdracht van medicatiegegevens naar andere zorgverleners conform de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten;
- registreert de door hem geïnitieerde, gewijzigde of gestopte medicatieopdrachten en redenen ervan (indicatie) en informeert de cliënt hierover. Als de RIBW het beheer en/of gebruik heeft overgenomen, informeert de behandelaar met medeweten van de cliënt ook de RIBW;
- zorgt voor schriftelijke medicatieopdrachten;
- zorgt voor schriftelijke uitvoeringsverzoeken voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen;
- geeft voorlichting over de medicatie aan de cliënt. Daarbij wordt in ieder geval informatie gegeven over het gebruik en de (bij)werkingen. Bij zo-nodig medicatie wordt duidelijk aangegeven wanneer de cliënt het moet gebruiken. Hij geeft deze informatie ook aan de persoonlijk begeleider als de RIBW het medicatiebeheer en –gebruik (gedeeltelijk) heeft overgenomen. De gegeven

voorlichting wordt zowel vastgelegd in het dossier van de behandelaar als in het dossier van de RIBW;

- de hoofdbehandelaar (vaak de huisarts) zorgt minimaal jaarlijks voor de beoordeling van de medicatie van de cliënt. Dit doet de hoofdbehandelaar in samenwerking met diegenen die in het medicatieproces een rol spelen. Naast de apotheker en de cliënt en/of diens vertegenwoordiger zijn dit de andere betrokken disciplines zoals de persoonlijk begeleider, SPV of psychiater;
- handelt met inachtneming van de wetgeving, richtlijnen en handreikingen.

Apotheker

- geeft gevraagd en ongevraagd advies aangaande het medicatiebeleid en de uitvoering van het medicatieproces;
- is samen met de behandelaar verantwoordelijk voor een actueel medicatieoverzicht en voor de overdracht van medicatiegegevens naar andere zorgverleners conform de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten;
- levert voor cliënten waarvan de RIBW het medicatiebeheer en/of –gebruik (gedeeltelijk) heeft overgenomen de medicatie uitgezet per dag en per toedientijdstip af¹. De apotheker zorgt ervoor dat medicatie identificeerbaar is tot het moment van inname en dat de cliënt en de persoonlijk begeleider beschikken over bijbehorende bijsluiters;
- voert mutaties uit – bijvoorbeeld stoppen, doseringswijzigingen – in door de apotheek uitgezette en geleverde medicatie;
- zorgt dat de instelling voor cliënten waarbij de RBW het medicatiebeheer en/of – gebruik (gedeeltelijk) heeft overgenomen kan beschikken over toedienlijsten (zie bijlage 1 voor uitleg over een toedienlijst) waarop de begeleider per toedientijdstip en per geneesmiddel kan aftekenen. Bij mutaties worden deze – bij voorkeur ook buiten de normale openingstijden – dezelfde dag aangeleverd;
- zorgt voor het bewaren van medicatieopdrachten volgens daartoe geldende voorschriften;
- zorgt voor minimaal jaarlijkse beoordeling van de medicatie van alle cliënten. Dit doet hij in samenspraak met de hoofdbehandelaar – vaak de huisarts -, de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en alle andere betrokkenen bij het medicatieproces, zoals de persoonlijk begeleider, de psychiater en de SPV;
- handelt met inachtneming van wetgeving, richtlijnen en handreikingen;
- ziet in zijn algemeenheid toe op de wijze waarop in de RIBW wordt omgegaan met medicatie en meldt tekortkomingen daarin.

Manager

- organiseert en faciliteert het medicatiebeleid op locatie conform het vastgestelde centrale medicatiebeleid;
- coördineert en bewaakt de uitvoering van het medicatieproces;
- toetst de werkbaarheid van ontwikkelde procedures en voorschriften aan de praktijk;
- coördineert de contacten met de andere ketenpartners: behandelaars en apothekers;
- draagt zorg voor een juiste opslag en medicatiebeheer op teamniveau;
- zorgt ervoor dat bewaren, klaarzetten² en toedienen correct en veilig gebeurt en dat toedienlijsten worden gecontroleerd;
- zorgt ervoor dat gebruikgemaakt wordt van toedienlijsten van de apotheek;
- zorgt ervoor dat de toedienlijsten minimaal 2 jaar worden bewaard;
- is bij cliënten waarvan de RIBW het medicatiebeheer en –gebruik (gedeeltelijk) heeft overgenomen, verantwoordelijk voor de medicatie- en informatieoverdracht naar alle onderdelen van de keten waarmee de organisatie te maken heeft. Uiteraard geldt deze verantwoordelijkheid alleen voor die onderdelen van het medicatieproces die zijn overgenomen;
- is bij een cliënt waarbij de voorziening het beheer en/of gebruik van de medicatie heeft overgenomen, ervoor verantwoordelijk dat bij (tijdelijk) verblijf van de cliënt buiten de voorziening de benodigde medicatie en informatie wordt meegegeven.

¹ Niet alle medicatie kan de apotheek per dag en per toedientijdstip afleveren. Denk aan dranken, druppels en zalven.

² In principe word ter zo min mogelijk zelf uitgezet door de RIBW en wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van door de apotheek uitgezette medicatie, bijvoorbeeld in een medicijnrol (baxter).

(Persoonlijk) Begeleider, indien beheer en/of gebruik medicatie niet is overgenomen

- is deskundig voor de uit te voeren activiteiten en houdt eigen deskundigheid op peil. Heeft een signalerende functie met betrekking tot deskundigheid van andere begeleiders;
- signaleert en legt in overleg met de cliënt - en eventueel behandelaar – de mate van zelfstandigheid en de behoefte aan ondersteuning wat betreft medicatiegebruik vast in het dossier. Minimaal één maal per jaar en zo nodig vaker wordt de mate van zelfstandigheid en de behoefte aan ondersteuning geëvalueerd;
- signaleert ongewenste effecten van medicijngebruik in zijn algemeenheid (denk naast bijwerkingen ook aan het gebruik van zelfzorgmiddelen³). De begeleider stimuleert de cliënt dit met de arts te bespreken of geeft dit – na overleg met de cliënt – door aan de arts.

(Persoonlijk) Begeleider, indien beheer en/of gebruik medicatie (gedeeltelijk) is overgenomen

- is deskundig voor de uit te voeren activiteiten en houdt de eigen deskundigheid op peil. Heeft een signalerende functie met betrekking tot deskundigheid van andere begeleiders;
- signaleert en legt in overleg met de cliënt - en eventueel behandelaar – de mate van zelfstandigheid en de behoefte aan ondersteuning wat betreft medicatiegebruik vast in het dossier. Minimaal één maal per jaar en zo nodig vaker wordt de mate van zelfstandigheid en de behoefte aan ondersteuning geëvalueerd;
- signaleert en meldt in overleg met de cliënt aan de behandelaar en apotheker, als de toedienlijst niet volledig is (bijvoorbeeld als recepten vanuit het ziekenhuis niet zijn ingeleverd bij de apotheek);
- signaleert daar waar mogelijk als de cliënt veel zelfzorgmiddelen gebruikt waarvan het gebruik niet bekend is bij de behandelaar en apotheker en bespreekt dit met de cliënt. De (persoonlijk) begeleider stimuleert en ondersteunt de cliënt dit gebruik te bespreken met de behandelaar of bespreekt dit zelf na overleg met de cliënt met de behandelaar;
- zet de medicatie klaar voor toediening. Controle van de door de medewerker zelf uitgezette medicatie (dit is de medicatie die in het algemeen niet in baxterzakjes zit, zoals druppels, drankjes en zalven) vindt plaats, bij voorkeur door een andere medewerker of door de cliënt zelf;
- dient medicatie toe (controleert, dient toe, tekent af);
- signaleert bij de cliënt ongewenste reacties op het medicijngebruik (overgebruik, niet gebruik, verkeerd gebruik). De begeleider stimuleert en ondersteunt de cliënt dit met de arts te bespreken of geeft dit na overleg met de cliënt door aan de arts;
- levert een bijdrage aan de minimaal jaarlijkse beoordeling van de medicatie van de cliënt. Bij deze beoordeling moeten minimaal de hoofdbehandelaar (vaak de huisarts), de apotheker en de cliënt betrokken zijn.

³ Zelfzorgmiddelen zijn middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn bij apotheek, drogist, supermarkt of pompstation.

Bijlage 1. Begrippen toegelicht

Uitvoeringsverzoek

Als de arts een (bekwame, BIGgeregistreerde) medewerker (zie §2.4) van de RIBW een voorbehouden handeling, zoals een injectie wil laten verrichten volstaat een “gewoon” recept niet. Er is meer informatie nodig. De arts moet een uitvoeringsverzoek schrijven. Op een uitvoeringsverzoek voor een injectie moet onder ander staan:

- naam van de (huis)arts / specialist;
- naam, adres en geboortedatum van de cliënt;
- naam van de (be)handeling en/of naam van de geprotocolleerde werkinstructie(s);
- indicatie of aanleiding voor de (be)handeling;
- frequentie van de handeling of tijdstippen waarop de handeling uitgevoerd dient te worden;
- frequentie van de handeling of tijdstippen waarop handeling uitgevoerd dient te worden;
- geldigheidsduur van de opdracht / uitvoeringsverzoek;
- wanneer nodig: naam van toe te dienen medicament of vloeistof en exacte dosering per keer;
- mogelijk complicatie of bijwerkingen die kunnen optreden tijdens of na de (be)handeling en de te nemen maatregelen;
- specifieke aanwijzingen

Actueel medicatieoverzicht

Het medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor de verantwoorde zorg. In het medicatieoverzicht staan ten minste de volgende gegevens⁴:

1. Voorgescreven, ter hand gesteld, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruikperiode, inclusief de eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt.
2. Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur).
3. De reden van starten / stoppen / wijzigen van medicatie en de initiator ervan.
4. Eerste voorschrijver en actuele voorschrijver.
5. De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt.
6. Basale patiëntkenmerken: BSN, naam, geboortedatum, geslacht en adres van de patiënt.
7. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel comorbiditeit.
8. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel geneesmiddelenallergie / intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen).

Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:

9. Laboratoriumgegevens.
10. Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.

De behandelaar vergewist zich bij het voorschrijven van medicatie van de aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht; de Apotheker is samen met de behandelaar verantwoordelijk voor een actueel medicatieoverzicht.

Let op: een medicatieoverzicht is pas actueel na een gesprek met de cliënt.

Toedienlijst

De toedienlijst is het overzicht per dag waar precies op vermeld staat welk geneesmiddel een cliënt, in welke sterkte, in welke dosering en op welk tijdstip moet krijgen. Ook is op de toedienlijst ruimte voor de begeleider om zich door middel van een paraaf te verantwoorden voor het geven van medicatie. Adviezen over de wijze van gebruik van de medicatie staan ook vermeld op de toedienlijst, bijvoorbeeld “voor de maaltijd” of “niet met melk innemen”. De apotheek is verantwoordelijk voor het maken en leveren van de toedienlijst bij alle geleverde medicatie. Er zijn landelijk afspraken gemaakt over een uniform format voor een toedienlijst. Dit format wordt in 2012 geprogrammeerd in de Apotheek Informatie Systemen. Tot die tijd zullen er verschillende formats toedienlijsten naast elkaar bestaan. Ook zullen er apotheken zijn waarvoor het lastig is (of niet mogelijk is) om een toedienlijst te genereren als een cliënt alleen niet-gebaxterde medicatie gebruikt.

⁴ In de praktijk ontbreekt op het actuele overzicht vaak een deel van de gegevens.

Bijlage 2 Medicatieprotocol RIBW Nijmegen & Rivierenland

Protocol Medicatie

Algemeen

Dit protocol komt voort uit het Medicatiebeleid

In dit protocol is het medicatieproces ingedeeld in de volgende processtappen:

- 1) In begeleiding komen
- 2) Voorschrijven
- 3) Afleveren
- 4) Klaarzetten, aanreiken en toedienen
- 5) Opslag en voorraadbeheer
- 6) Evaluatie

Per processtap wordt beschreven wat er van een begeleider verwacht wordt, en wat er van de RIBW en ketenpartners (artsen en apothekers) verwacht mag worden.

Begrippen

- | | | |
|----|--------------------|---|
| a. | Medicatieoverzicht | <p>Het medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor de verantwoorde zorg. In het medicatieoverzicht staan ten minste de volgende gegevens (In de praktijk ontbreekt op het actuele overzicht vaak een deel van de gegevens) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voorgeschreven, ter hand gesteld, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruiksperiode, inclusief de eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt. 2. Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur). 3. De reden van starten / stoppen / wijzigen van medicatie en de initiator ervan. 4. Eerste voorschrijver en actuele voorschrijver. 5. De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt. 6. Basale patiëntkenmerken: BSN, naam, geboortedatum, geslacht en adres van de patiënt. 7. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel comorbiditeit. 8. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel geneesmiddelenallergie / intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen). <p>Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Laboratoriumgegevens. |
| b. | Toedienlijst | <p>Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.</p> <p>De toedienlijst is het overzicht per dag waar precies op vermeld staat welk geneesmiddel een cliënt, in welke sterkte, in welke dosering en op welk tijdstip moet krijgen. Ook is op de toedienlijst ruimte voor de begeleider om zich door middel van een paraaf te verantwoorden voor het geven van medicatie. Adviezen over de wijze van gebruik van de medicatie staan ook vermeld op de toedienlijst, bijvoorbeeld "voor de maaltijd" of "niet met melk innemen". De apotheek is verantwoordelijk voor het maken en leveren van de toedienlijst bij alle geleverde medicatie. Er zijn landelijk afspraken gemaakt over een uniform format voor een toedienlijst. Dit format wordt in 2012 geprogrammeerd in de ApotheekInformatieSystemen. Tot die tijd zullen er verschillende formats toedienlijsten naast elkaar bestaan. Ook zullen er apotheken zijn waarvoor het lastig is (of niet mogelijk is) om een toedienlijst te genereren als een cliënt alleen niet-gebaxterde medicatie gebruikt.</p> |
| c. | incident | <p>een gebeurtenis, zoals een fout, een ongeval of een bijna-ongeval, waardoor een cliënt of een medewerker schade heeft geleden of had kunnen lijden</p> |

Protocol

- | | | |
|---|----|--|
| Persoonlijk begeleider, cliënt, eventueel behandelaar | a. | <p>1. In begeleiding komen</p> <p>Besprek bij aanvang van de zorg (Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen) met de cliënt of er ondersteuning nodig is bij het beheer en gebruik van medicatie. En zo ja, waar die ondersteuning uit bestaat.</p> |
|---|----|--|

	-	De wens van de cliënt is hierin leidend. Bij twijfel kan hierover, in overleg met de cliënt, contact worden opgenomen met de behandelaar.
	-	Vul de afspraken in eerste instantie in, in de Intakevragenlijst in het ECD (zodat afspraken meteen helder zijn).
o	-	Vul de afspraken binnen drie maanden in, in het begeleidingsplan in het ECD (óók als een cliënt zijn medicatie in eigen beheer heeft).
o	-	Met het ondertekenen van het begeleidingsplan, tekent de cliënt tevens voor deze afspraak.
	-	Als de cliënt diabetes heeft vul dan het Formulier Diabetes in en scan dit in het ECD in onder tabblad Signaleringsplan.
	-	Als de cliënt de medicatie volledig in eigen beheer en gebruik heeft, dan wordt dit protocol vervolgd vanaf 6.
	-	Let op: als de cliënt tijdelijk elders heeft verbleven (bijvoorbeeld t.g.v. een opname) kan zowel de behoefte aan ondersteuning als de medicatie gewijzigd zijn.
Persoonlijk begeleider	b.	Indien er afspraken worden gemaakt over het (gedeeltelijk) overnemen van medicatiebeheer, informeer hierover dan (met toestemming van de cliënt) de behandelaar en apotheker.
	-	Maak afstemmingsafspraken met de behandelaar (bijvoorbeeld dat recepten door worden gestuurd naar de apotheek ter verwerking in het distributiesysteem.
	-	Maak afstemmingsafspraken met de apotheek dat de medicatie in principe gebaxterd voor een week wordt aangeleverd.
	-	Bij het aanleveren van de medicatie wordt een toedienlijst verstrekt. Deze toedienlijst geeft een overzicht van de medicatie die op dat moment door de cliënt wordt gebruikt. Als er behoefte is aan meer informatie kan de cliënt een medicatieoverzicht opvragen bij de apotheek (of de apotheek levert deze aan de RIBW, na schriftelijke toestemming van de cliënt). De begeleider moet dus <u>niet</u> zelf een medicatieoverzicht opstellen aan de hand van medicijndoosjes en informatie van de cliënt of diens naasten.
Persoonlijk begeleider, cliënt,	c.	Leg in het begeleidingsplan vast welke aspecten van het medicatiebeheer en –gebruik zijn overgenomen.
	-	De RIBW is voor de aspecten die worden overgenomen verantwoordelijk dat deze worden uitgevoerd conform vigerende wet- en regelgeving.
		2. Voorschrijven
Arts	-	De arts is verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie en moet zich hierbij vergewissen van een actueel en compleet medicatieoverzicht.
Begeleider	-	Houd je bij de ondersteuning van medicatiebeheer en –gebruik aan de door de arts voorgeschreven medicatie.
Begeleider	-	Stimuleer en ondersteun een cliënt die veel zelfzorgmiddelen gebruikt om dit met de arts te bespreken of geef dit na overleg met de cliënt door aan de arts en apotheek.
Arts, begeleider	-	De arts gebruikt het medicatieoverzicht en verifieert bij de cliënt of het daadwerkelijk actueel is. Bij deze verificatie kan een begeleider een rol spelen. Maak hierover afspraken met de cliënt.
Arts	-	De arts geeft voorlichting over de medicatie aan de cliënt. Daarbij wordt in ieder geval informatie gegeven over het gebruik en de (bij)werkingen. De arts geeft deze informatie ook aan de persoonlijk begeleider.
		3. Afleveren
Apotheek	-	De apotheker is verantwoordelijk voor de medicatiebewaking en het afleveren (=ter hand stellen) van geneesmiddelen op basis van de medicatieopdracht van de arts.

Apotheek	-	Alle geneesmiddelen zijn voorzien van een etiket met de volgende gegevens: naam cliënt, dosering, periode van gebruik, aantal, identiteit, sterkte, toedieningsvorm en vervaldatum.
Apotheek	-	De apotheek levert de medicatie uitgezet per dag en per toedientijdstip aan, waarbij de medicatie identificeerbaar is tot het moment van inname bijvoorbeeld in baxterzakjes. Hierdoor worden eventuele uitzetfouten door de RIBW voorkomen. Ook hoeft een tweede persoon dan niet te controleren of er juist is uitgezet.
Apotheek	-	De apotheek levert een toedienlijst aan waarop het mogelijk is per dag, per toedientijdstip en per geneesmiddel af te tekenen.
Apotheek	-	Bij medicatiewijzigingen wordt de uitgezette en geleverde medicatie door de apotheek aangepast. Dit doet de apotheek ook als de medicatie reeds is geleverd aan de cliënt van de RIBW. De apotheek levert bij elke medicatiewijziging per omgaande een nieuwe toedienlijst.
Apotheek	-	De apotheek levert voor elk geneesmiddel een bijsluiter bij het starten met uitgezette medicatie. Daarnaast levert de apotheek bij elke wijziging (nieuw geneesmiddel) een bijsluiter.
Begeleider	-	Zorg dat de bijsluiters op een overzichtelijke wijze worden bewaard, bijvoorbeeld in het ECD of in een map per cliënt.
	-	De apotheek zorgt voor het transport van de medicatie naar de RIBW. Het transport is géén verantwoordelijkheid van de RIBW. Hetzelfde geldt voor de afvoer van retourmedicatie.
Begeleider	-	Controleer bij nieuw geleverde medicatie of de juiste geneesmiddelen voor de juiste cliënten zijn geleverd.
Begeleider		4. Klaarzetten, aanreiken en toedienen a. Om deskundig te zijn voor het klaarzetten, aanreiken of toedienen van medicatie heeft de begeleider: • voldoende kennis van de wijze waarop de RIBW het medicatiebeleid heeft georganiseerd; • voldoende kennis op het gebied van klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie; • voldoende kennis van signalen die wijzen op mogelijke (bij)werkingen van de medicatie. - Werk met een door de apotheek aangeleverde actuele toedienlijst. Bij elke medicatiewijziging levert de apotheek met de medicatie een nieuwe toedienlijst aan. De begeleider past de lijst in principe niet zelf aan. - Volg de gebruiksvoorschriften zoals vermeld op de toedienlijst. - Controleer bij door de apotheek uitgezette medicatie, bijvoorbeeld in baxterzakjes, of het aantal medicijnen in het zakje klopt. - Teken de verstrekte / toegediende medicatie af op de toedienlijst middels een paraaf. - Haal, om fouten te voorkomen, de medicatie pas net voor het aanreiken uit de verpakking (het zakje). Geef, om verwisseling te voorkomen, de medicatie eerst aan cliënt A, parafeer de toedienlijst en haal vervolgens de geneesmiddelen voor cliënt B uit de verpakking. - Zet medicatie die niet door de apotheek uitgezet kan worden (bijvoorbeeld druppels, dranken en "zo nodig"medicatie) zelf uit. Bij deze medicatie moet een tweede persoon (de cliënt zelf, een collega) controleren of het juiste gegeven wordt. - Werk hygiënisch bij het klaarzetten, aanreiken en toedienen van de medicatie (voor tips: zie www.wip.nl: Toediening van medicijnen). - Bewaar de toedienlijsten ten minste 2 jaar. Maak binnen de voorziening afspraken over de uitvoering hiervan. Als zich iets bijzonders heeft voorgedaan (zie punt 5, of bijvoorbeeld een ziekenhuisopname na een verkeerde dosis), dan moet de toedienlijst samen met en net zo lang als het cliëntdossier bewaard worden. Scan daartoe betreffende toedienlijst in in het ECD

	(correspondentie, rubriek Medicatie/ -aftekenlijsten) en stuur het origineel op naar het secretariaat ZI&K voor archivering.
Begeleider	b. Problemen bij het aanreiken en toedienen van medicatie - Als er (fysieke) problemen zijn met de inname van medicatie, stimuleer de cliënt dan hierover contact op te nemen met de arts. Of neem na overleg met de cliënt zelf contact op. Maal nooit de medicatie zonder hierover contact te hebben gehad met de arts⁵. - Als zich bij het medicijngebruik of -beheer een onregelmatigheid voordoet, vraag de cliënt dan de behandelend of dienstdoend arts in te lichten en te raadplegen. Of neem na overleg met de cliënt zelf contact op. Handel naar het advies van de arts. Een onregelmatigheid is: een overdosering, onderdosering, verkeerde medicijntoediening, een overgeslagen toediening, het weggeven of verhandelen van medicijnen. - Indien door de onregelmatigheid een levensbedreigende situatie is ontstaan, bel 112 en handel dan volgens het RIBW Protocol Handelen bij levensbedreigende situaties. - Vermeld de onregelmatigheid op de toedienlijst en in de rapportage van de cliënt. Meld een onregelmatigheid als incident middels Smile. Zie ook RIBW Procedure Melding en afhandeling van incidenten (zorg- en werkgerelateerd).
(Persoonlijk) begeleider	5. Opslag en voorraadbeheer De persoonlijk begeleider is in beginsel verantwoordelijk voor de medicatieopslag en het -beheer van de medicatie van de cliënt waarbij het medicatiebeheer en -gebruik (gedeeltelijk) is overgenomen. Op teamniveau kunnen hier werkafspraken over worden gemaakt (bijvoorbeeld dat de huismentor of een begeleider met affiniteit deze taken op zich neemt voor een woonvorm of wijkteam). - Zie er op toe dat er alleen op cliëntnaam gestelde medicatie aanwezig is. Een algemene voorraad (recept)geneesmiddelen is niet aanwezig. - Zie er op toe dat verlopen en niet meer gebruikte medicatie wordt gescheiden van de voorraad en niet toegankelijk voor derden bewaard en liefst wekelijks ingenomen door de apotheek. - Controleer of er voldoende voorraad is van medicatie die niet door de apotheek in baxterzakjes geleverd is. Dit laatste geldt met name voor de medicatie die niet per dag en per toedientijdstip door de apotheek uitgezet kan worden, bijvoorbeeld dranken, druppels, insulinepennen en zalven. Ook moet de houdbaarheid van de voorraad (vervaldata) gecontroleerd worden. - Draag zorg voor een sluitend voorraadbeheer wat betreft opiaten. Indien opiaten in baxterzakjes worden geleverd, is verantwoording via de toedienlijst voldoende. Bij opiaten die buiten de baxter worden geleverd (bijvoorbeeld opiaatpleisters, zo-nodig medicatie) is naast de toedienlijst een aparte opiaatregistratie noodzakelijk, zodat op elk moment van de dag inzichtelijk is hoeveel van het opiaat aanwezig behoort te zijn. - Zie er op toe dat medicatie op een dusdanige verantwoorde wijze wordt bewaard dat ze geen gevaar kunnen zijn voor de cliënt en/of diens omgeving. Dit geldt voor alle type geneesmiddelen, dus ook zalven en medicatie die in de koelkast bewaard moeten worden. - Zie er op toe dat medicatie wordt bewaard volgens de bewaarvoorschriften die de apotheek voorschrijft (bijvoorbeeld wel of niet in de koelkast bewaren).

⁵ Als een arts vindt dat een geneesmiddel gemalen moet worden, dan moet deze dat vermelden op het recept, zodat de apotheker kan controleren of het geneesmiddel wel gemalen mag worden. Ook kan de apotheker het dan vermelden op de toedienlijst, zodat het voor iedere begeleider duidelijk is.

(Persoonlijk)
begeleider

- Zie er op toe dat geneesmiddelen in de oorspronkelijke verpakking worden bewaard.
- Draag zorg voor schone opslaglocaties.
- Zie er op toe dat van koelkasten waarin geneesmiddelen worden bewaard, de temperatuur wordt gecontroleerd en bewaakt.
- Maak duidelijke afspraken over wie toegang heeft tot de medicatie van de cliënt. Indien medicatie wordt bewaard in een medicijnkast of afgesloten ruimte, maak dan via een sleutelprocedure duidelijk wie er toegang heeft. Indien cliënten medicatie in eigen beheer hebben, wordt aanbevolen om hiervoor kluisjes ter beschikking te stellen.

6 EvaluatieMedicatie op cliëntniveau

Bespreek het medicatiebeheer en –gebruik minimaal één maal per jaar met de cliënt, tenminste bij de evaluatie van de begeleiding.

Evalueer de mate van zelfstandigheid en de behoefte aan ondersteuning zo nodig vaker, bijvoorbeeld na een tijdelijke opname van de cliënt, of wijzigingen in de persoonlijke situatie van de cliënt.

- a. *Bij cliënten die medicatie zelf in eigen beheer hebben, is de evaluatie gericht op:*
 - Is de cliënt nog in staat zijn medicatie zelf te beheren en te gebruiken?
 - Zijn er – mogelijk door de medicatie veroorzaakte – signalen waaruit blijkt dat het niet goed gaat met de cliënt?
 - Heeft de cliënt een ondersteuningsbehoefte wat betreft het beheer en het gebruik van de medicatie?
- b. *Bij cliënten waarbij het medicatiebeheer en –gebruik (gedeeltelijk) is overgenomen, is de evaluatie gericht op:*

Is de ondersteuning wat betreft de medicatie nog nodig, respectievelijk afdoende? Oftewel, kan de cliënt weer meer zelf, is de ondersteuning voldoende of is extra ondersteuning nodig bij de medicatie

Het signaleren hoe de cliënt reageert op de medicatie (effect en bijwerkingen). Indien nodig wordt met de cliënt besproken hoe dit teruggekoppeld wordt aan de arts.

Het leveren van een bijdrage aan de beoordeling van de effecten van het medicatiegebruik. Deze beoordeling hoort minimaal éénmaal per jaar plaats te vinden. Bij deze beoordeling moeten minimaal de hoofdbehandelaar, de apotheker en de cliënt betrokken zijn. De arts is verantwoordelijk voor het plaatsvinden van de periodieke medicatiebeoordeling.

Afdeling ZI&K

Medicatieproces op organisatieniveau

Evalueer eenmaal per jaar het medicatieproces met de betrokken disciplines en vertegenwoordigers van cliënten (cliëntenraad). Bij deze beoordeling moeten minimaal de hoofdbehandelaar, de apotheker en de cliënt betrokken zijn. Betrek hierin ook de mening van de behandelaren (huisarts, psychiater, SPV) en de apothekers. Neem bij de evaluatie ook de incidentmeldingen rond medicatie mee.

Einde protocol

Bijlage 3 Zoekstrategie

ZOEKSTRATEGIE	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp	Stap 1: Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van het medicatiebeleid- en protocol door de begeleiders binnen de RIBW Nijmegen en Rivierenland? Engels: What are barriers and facilitators while executing the medication policy and protocol by the mentors within the RIBW Nijmegen & Rivierenland?
Stap 2: PICO formuleren	Stap 2: P: Begeleiders I: Bij het uitvoeren van het medicatiebeleid- en protocol C: - O: Belemmerende en bevorderende factoren
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen. 3. Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig	Stap 3.1 en 3.2: PICO Engels: P: Mentors I: executing the medication policy and protocol C: - O: Barriers and facilitators Om tot de juiste MeSH termen te komen is ervoor gekozen te zoeken met behulp van de belangrijkste termen vanuit de onderzoeksvraag. Dit waren de termen policy en protocol. Overige termen werden niet gebruikt omdat er, volgens de studentonderzoekers, waarschijnlijk geen bruikbare literatuur gevonden zal worden. Om wel tot relevante literatuur te komen werd gezocht naar termen die raakvlakken hebben met het praktijkprobleem. Er werd tot deze termen gekomen door onder andere gebruik te maken van de mindmap op de eerstvolgende pagina. De mindmap werd eerder opgesteld om het praktijkprobleem in kaart te brengen.

vrije tekstwoorden vermelden.

Via Wikipedia en Thesaurus werd naar synoniemen van onderstaande termen gezocht. Omdat in eerste instantie de juiste (en bruikbare) termen niet gevonden werden, werd gebruik gemaakt van hulp vanuit het studiecentrum. Hier werden de termen nogmaals bekeken en werd het zoeken via PubMed nog eens uitgelegd.



Stap 3.3:

MeSH: Pharmacovigilance →

The detection of long and short term side effects of conventional and traditional medicines through research, data mining, monitoring, and evaluation of healthcare information obtained from healthcare providers and patients.

MeSH: Drug Monitoring →

The process of observing, recording, or detecting the effects of a chemical substance administered to an individual therapeutically or diagnostically.

MeSH: Clinical Protocols →

Precise and detailed plans for the study of a medical or biomedical problem and/or plans for a regimen of therapy.

4. Voer per MeSH term de search op PubMed uit rapporteer het aantal hits (resultaten) per Mesh term (deze staat in PubMed in de history onder 'Advanced' en die kun je kopiëren).	MeSH: Policy Making → <i>The decision process by which individuals, groups or institutions establish policies pertaining to plans, programs or procedures.</i> MeSH: Policy → <i>A course or method of action selected to guide and determine present and future decisions.</i> MeSH: Evaluation Studies as Topic → <i>Studies determining the effectiveness or value of processes, personnel, and equipment, or the material on conducting such studies. For drugs and devices, CLINICAL TRIALS AS TOPIC; DRUG EVALUATION; and DRUG EVALUATION, PRECLINICAL are available.</i> MeSH: Program Evaluation → <i>Studies designed to assess the efficacy of programs. They may include the evaluation of cost-effectiveness, the extent to which objectives are met, or impact.</i> MeSH: Psychiatry → <i>The medical science that deals with the origin, diagnosis, prevention, and treatment of mental disorders.</i> Stap 3.4: Aantal hits: ▪ "Pharmacovigilance" [MeSH] aantal hits: 1093 ▪ "Drug Monitoring" [MeSH] aantal hits: 17080 ▪ "Clinical Protocols" [MeSH] aantal hits: 143344 ▪ "Policy Making" [MeSH] aantal hits: 21925 ▪ "Policy" [MeSH] aantal hits: 136899 ▪ "Evaluation Studies as Topic" [MeSH] aantal hits: 888777 ▪ "Program Evaluation" [MeSH] aantal hits: 64010 ▪ "Psychiatry" [MeSH] aantal hits: 97000
--	--

RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4 A Combineer nu alle zoektermen tot een 'zoekstring' met de boolean operators "OR" en of "AND"	Hieronder staat beschreven op welke wijze de MeSH-termen gecombineerd werden en op welk moment gebruik gemaakt werd van de operators OR of AND. 1. Pharmacovigilance [MeSH] 2. Drug monitoring [MeSH] 3. 1. OR 2. 4. Clinical protocols [MeSH] 5. Policy making [MeSH] 6. Policy [MeSH] 7. 4. OR 5. OR 6. 8. Evaluation studies as topic [MeSH] 9. Program evaluation [MeSH] 10. 8. OR 9. 11. Psychiatry [MeSH] 12. 3. AND 7. AND 10. AND 11. 13. 3. AND 7. AND 10. 14. Free full text & 10 years toegevoegd
Stap 4B: 1. Bekijk de resultaten (hits) van je search met de combinatie van alle zoektermen uit stap 4A. 2. Gebruik voor K&I-1B daarna de filters: guideline en review. 3. Stel vast of je nog andere filters moet	Stap 4B.2 en 3: Op het moment dat alle termen, inclusief 'psychiatry' gecombineerd werden, gaf PubMed 0 resultaten. De gebruikte zoekstring is als volgt: <i>((("Psychiatry"[Mesh]) AND ((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND ((("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh]))</i> Door de term 'psychiatry' achterwege te laten werd verwacht dat er meer resultaten verkregen werden. Op dat moment dat deze verwijderd werd, gaf PubMed 100 resultaten. De gebruikte zoekstring is als volgt: <i>((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND ((("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh]))</i>

gebruiken zoals
'publicatiedatum'.

4. Stel op basis van
titel en abstract
vast of je nog
aanvullende in- en
exclusiecriteria
moet gebruiken

5. Pas hierop
desgewenst je
zoekstring aan
door:

- a. Te verbreden
(MeSH termen
toevoegen,
MeSH termen
verbreden of
een onderdeel
uit je PICO niet
in de zoekstring
opnemen)
- b. Te versmallen
(afbakenen op
'major topics',
of de knop: 'Do
not include
MeSH terms
found below
this term in the
MeSH
hierarchy
gebruiken.
Subheadings
gebruiken of

Om de resultaten verder af te bakenen werd gebruik gemaakt van de filters "free full text" en "10 years". PubMed gaf op dat moment nog 19 resterende resultaten.

De volledige zoekstrategie wordt weergegeven in onderstaande screenshot.

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#40	Add	Search (((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND (("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh])) Filters: Free full text; published in the last 10 years	19	08:49:12
#39	Add	Search (((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND (("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh])) Filters: Free full text	21	08:47:27
#38	Add	Search (((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND (("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh]))	100	08:45:19
#35	Add	Search (((("Psychiatry"[Mesh]) AND ((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])) AND (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])) AND (("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh]))	0	08:42:57
#34	Add	Search "Psychiatry"[Mesh]	97000	08:42:29
#30	Add	Search ((("Drug Monitoring"[Mesh]) OR "Pharmacovigilance"[Mesh])	18088	08:38:44
#25	Add	Search (((("Policy"[Mesh]) OR "Policy Making"[Mesh]) OR "Clinical Protocols"[Mesh])	293435	08:28:21
#24	Add	Search ((("Program Evaluation"[Mesh]) OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh])	898911	08:27:45
#23	Add	Search "Program Evaluation"[Mesh]	64010	07:56:20
#21	Add	Search "Evaluation Studies as Topic"[Mesh]	888777	07:55:42
#18	Add	Search "Policy"[Mesh]	136899	07:52:53
#15	Add	Search "Policy Making"[Mesh]	21925	07:52:11
#12	Add	Search "Clinical Protocols"[Mesh]	143344	07:51:27
#7	Add	Search "Drug Monitoring"[Mesh]	17080	07:48:35
#5	Add	Search "Pharmacovigilance"[Mesh]	1093	07:48:13

'NOT' MeSH term aan zoekstring toevoegen)	
Stap 4C: 1. Lees de titels en de abstracts van de gevonden artikelen en bekijk welke artikelen geschikt zijn. 2. Bekijk de referenties van de artikelen die goed bij je onderwerp passen. 3. Bekijk de MeSH termen die je hebt gezien bij de artikelen die goed bij je onderwerp passen. 4. Doorloop bij nieuwe MeSH termen de stappen 3-4 nogmaals.	Na de benoemde zoekactie bleven 19 zoekresultaten over. Na het lezen van de titels van de artikelen werd geconcludeerd dat deze alleen betrekking hadden op het evalueren van een bepaald medicament. Daarnaast waren het voornamelijk evaluaties op het gebied van een wisselwerking tussen bepaalde medicijnen. Er zat geen bruikbare literatuur tussen die betrekking had op het werken met, of het evalueren van, een medicatiebeleid of -protocol.
Stap 4E: Vermeld hier de geschikte artikelen.	Stap 4E: Geen bruikbare artikelen via PubMed gevonden.

Naast het zoeken in PubMed werd gezocht met behulp van Nederlandse zoekmachines. Daarnaast werd literatuur verkregen via de opdrachtgever en de sneeuwbalmethode. De gevonden literatuur wordt hieronder per zoekmethode beschreven.

❖ Onderwijsonline

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*.
- V&V Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*.

❖ Opdrachtgever

- RIBW Alliantie. (2015). *Kaderdocument medicatiebeleid*.
- RIBW Alliantie. (z.d.). *RIBW Alliantie: organisaties voor maatschappelijke GGZ*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2013). *RIBW Medicatiebeleid*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2013). *RIBW Protocol Medicatie*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Begeleider*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Ondersteunend woonbegeleider*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (2015). *Functiebeschrijving Zorgcoördinator*.
- RIBW Nijmegen & Rivierenland. (z.d.). *Hulp nodig?*

❖ Sneeuwbalmethode

- GGZ Nederland. (2017). *GGZ-sector*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2002). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management*.
- Veilige zorg, ieders zorg, Vilans & GGZ Nederland. *Medicatieveiligheid in de GGZ*.

❖ Google Scholar (zoektermen: wet- en regelgeving, gezondheidszorg, implementatie, evaluatie, BIG-register, definitie psychiatrische aandoening, GGZ, medicatieveiligheid, geneesmiddel en aansprakelijkheid, beïnvloedende factoren, protocolopvolging, kwalitatief checklist)

- Bloemendal, E., Weenink, J.-W., Harmsen, M., & Mistiaen, P. (2011). *Naleving van Nederlandse richtlijnen: een systematische review*.
- CIBG. (z.d.). *Wat betekent registratie in het BIG-register*.

- Delespaul, P., & Consensusgroep EPA, de. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*.
- Ebben, R., Vloet, L., Grunsven, van. P., Breeman, W., Goosselink, B., Lichtveld, R., Mintjes-de Groot, J., & Achterberg, T. (2015) *Factors influencing ambulance nurses' adherence to a national protocol ambulance care: an implementation study in the Netherlands*.
- Friele, R., Pas, S. te., & Theunissen, N. (2003). *Evaluatie implementatiemonitor ZonMw*.
- Inspectie voor Gezondheidszorg. (2014). *Jaarbeeld 2014*.
- Inspectie voor Gezondheidszorg. (2016). *In openheid leren van meldingen*.
- Leytens, J., & Wagner, C. (1999). *Inventarisatie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging: eindrapportage*.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie. (2012). *Burgerlijk Wetboek Boek 6*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). *Geneesmiddelenwet*.
- Movisie. (2014). *Zicht op effect*.
- Nictiz (2013). *Wet- en regelgeving in de zorg*.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focusgroups*.
- Trimbos Instituut. (2015). *GGZ in tabellen*.
- Vilans. (2011). *Kennisbundel medicatieveiligheid*.
- VMS Veiligheidsprogramma. (2013) *Medicatieveiligheid*.

❖ HAN Quest

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*.
- Baarda, B., Hulst, M. van der., Goede, M. de. (2012). *Basisboek interviewen*.
- Bakker, E., & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*.
- Buijnsters, P. (2009). *Effectief verplegen 0*.
- Donk, C. van der., & Lanen, B. van. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*.
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*.
- Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*.

Bijlage 4 Evidence tabel

De mate van bewijskracht wordt volgens Buijnsters (2009) uitgedrukt in een niveau (tabel 3). Het gevonden artikel werd beoordeeld op de mate van bewijskracht en werd verwerkt in een evidence tabel (tabel 4).

Tabel 3. Ladder of evidence

Niveau 1A	Systematische literatuuronderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial (RCT)
Niveau 2	Cohortonderzoek
Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiëntenseries
Niveau 6	Mening expert

Tabel 4. Evidence tabel

Auteur	Jaar	Design	Mate van bewijs	Populatie	Resultaten/conclusie
Bloemendal, E., Weenink, J.-W., Harmsen, M., & Mistiaen, P.	2011	Systematische literatuurstudie	1A	Nederlandse richtlijnen	Er bestaat grote variatie in de naleving van Nederlandse richtlijnen. Maar door de onvergelykbaarheid van meetmethoden, valt er geen algemene uitspraak te doen. Er zijn een aantal factoren gevonden die bijdragen aan het gebruik van richtlijnen. Het gaat daarbij zowel om kenmerken van de richtlijnen zelf, de doelgroep, de organisatiesystemen als de invoeringsmethoden.

Delespaul, P., & Consensusgroep EPA, de.	2013	Literatuurstudie	1A	Patiënten met een EPA	De gangbare definitie voor EPA werd bijgesteld en afgebakend ten opzichte van de psychiatrische morbiditeit. De analyse leverde voor de ggz een schatting op van 160.000 patiënten met EPA tussen 18 en 65 jaar. Over alle leeftijden, inclusief kinderen en jeugdigen en ouderen, werd het totaal op 216.000 patiënten geschat. De populatieprevalentie werd geschat op 281.000 patiënten. De consensusgroep is van mening dat de schattingen in dit consensusdocument de best mogelijke zijn voor de populatie met EPA in Nederland.
Ebben, R., Vloet, L., Grunsven, van. P., Breeman, W., Goosselink, B., Lichtveld, R., Mintjes-de Groot, J., & Achterberg, T.	2015	Systematische literatuurstudie, kwantitatief cross-sectioneel onderzoek, kwalitatief onderzoek en interventieonderzoek	1A + 4	Ambulanc everpleegkundigen en, SEH-verpleegkundigen, SEH-artsen en medisch managers	De studie geeft inzicht in welke mate ambulance en SEH-professionals richtlijnen en protocollen opvolgen en welke factoren de richtlijnopvolging beïnvloeden. Daarnaast wordt getest hoe effectief een e-learning programma is om opvolging van een richtlijn te verbeteren. Er werd geconcludeerd dat er ruimte bestaat om de richtlijnopvolging te verbeteren. Tevens wordt de opvolging beïnvloed door factoren gerelateerd aan de individuele professional, de organisatie, de sociale context en protocolkenmerken. Een e-

					learningprogramma leidde niet tot verbetering in protocolopvolging.
Leytens, J., & Wagner, C.	1999	Systematische literatuurstudie en inventarisatie en beoordeling door experts	1A + 6	Nederlandse richtlijnen en protocollen	683 richtlijnen en protocollen zijn beoordeeld. Geen van de richtlijnen en protocollen voldeed aan alle criteria. De 'beste' richtlijnen en protocollen voldeden aan 7 van de 12 kwaliteitscriteria.

Bijlage 5 Wervingsbrief respondenten

Beste medewerker,

Wij zijn Evi de Kadt en Nicole Veekens, derdejaars hbo-verpleegkunde studenten van de HAN in Nijmegen. Op dit moment zijn wij bezig met een praktijkonderzoek, dit in het kader van de opleiding. Het onderzoek bestaat uit het evalueren van het medicatiebeleid en -protocol binnen de RIBW Nijmegen & Rivierenland.

Wij zijn op zoek naar 10 medewerkers, verspreid over verschillende locaties in de regio's Nijmegen en Rivierenland, die wij hiervoor mogen interviewen. Per benaderde locatie zijn wij op zoek naar één medewerker. Wilt u uw mening over of ervaring met het medicatiebeleid en -protocol graag delen? Dan kunt u ons helpen!

Met behulp van deze interviews willen wij in kaart brengen wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn wat betreft het werken met het medicatiebeleid en -protocol. Dus, wat werkt goed, wat kan beter en wat mist er eventueel nog?

Een vereiste voor deelname aan het onderzoek is dat u:

- ❖ minimaal één jaar werkzaam bent binnen de RIBW;
- ❖ minimaal 24 uur per week in de directe cliëntenzorg werkt (op de werkvloer);
- ❖ werkzaam bent als ondersteunend woonbegeleider, (persoonlijk) begeleider of zorgcoördinator.

De interviews zullen plaatsvinden in week 18, 19 en 20 (1 t/m 18 mei 2017) en zijn bij voorkeur op eigen locatie. Verdere informatie over het interview zal volgen na de aanmelding. Op dat moment wordt er ook bekeken welke datum u schikt. U kunt zich tot uiterlijk 1 mei 2017 aanmelden door een e-mail te sturen naar: nicole_veekens@hotmail.com. Hierbij graag vermelden op welke locatie u werkzaam bent en welke functie u vervult.

Heeft u nog vragen? Ook deze zijn altijd welkom op het eerdergenoemde e-mailadres. Alvast bedankt voor uw hulp!

Met vriendelijke groet,

Evi de Kadt en Nicole Veekens

Bijlage 6 Toestemmingsverklaring 'informed consent'



Bijlage 3: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgave van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.
- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen het Instituut GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 7 Topiclijst

Tabel 5. Topiclijst met toelichting per sub-thema

Hoofdthema	Sub-thema	Toelichting
Inhoud medicatiebeleid en -protocol	Vindbaarheid	Er werd informatie verzameld over in hoeverre de respondenten op de hoogte waren van het bestaan van het medicatiebeleid en -protocol. Er werd in kaart gebracht hoe er aandacht is besteed aan de implementatie van de documenten en of deze, in hun ogen, gemakkelijk te vinden zijn.
	Duidelijkheid	Er werd in kaart gebracht of het duidelijk was wat de twee verschillende documenten inhouden. Er werd informatie verzameld over de duidelijkheid van het medicatiebeleid en -protocol op het gebied van taalgebruik, gebruikte begrippen en overzichtelijkheid. Ook werd in kaart gebracht of er voldoende onderscheid gemaakt wordt tussen de ambulante setting en het beschermd wonen binnen het medicatiebeleid en -protocol. Tevens werd geïnventariseerd in hoeverre het met behulp van de documenten duidelijk wordt welke taken de verschillende disciplines mogen uitvoeren op het gebied van medicatie.
	Leesbaarheid	Er werd geïnventariseerd in hoeverre de respondenten het medicatiebeleid en -protocol leesbaar vinden.
	Volledigheid	Er werd geïnventariseerd welke informatie de respondenten missen in het medicatiebeleid en -protocol. Tevens werd in kaart gebracht of er volgens hen overbodige informatie in staat.
Bevoegd- en bekwaamheid	Scholing	Er werd geïnventariseerd welke scholing de respondenten gevolgd hebben. Tevens werd er in kaart gebracht of zij van mening waren bepaalde kennis te missen en behoefte hadden aan scholing. Ook werd gevraagd hoe het medicatieproces in de inwerkperiode van nieuwe medewerkers en stagiaires wordt meegenomen.
	Kennis en vaardigheden	Er werd in kaart gebracht welke verwachtingen de respondenten van zichzelf hebben op het gebied van het beheersen van medicatiekennis. Tevens werd gevraagd of zij weten wat de organisatie van hen verwacht. Er werd geïnventariseerd op welke wijze zij hun kennis op peil houden en of zij zich bekwaam voelen in de stappen binnen het medicatieproces.

Uitvoeren medicatiebeleid en -protocol		
	Opvolgen en afwijken	Er werd geïnventariseerd op welke momenten het medicatiebeleid en -protocol geraadpleegd wordt. Daarnaast werd gevraagd of zij afwijken van de documenten. Binnen het protocol waren zes taken* van een begeleider gearceerd, hierbij werd in kaart gebracht of deze taken uitgevoerd worden.
	Mate van ondersteunend zijn	Er werd in kaart gebracht of het medicatiebeleid en -protocol als ondersteunend ervaren worden.
	Verantwoordelijkheid	Er werd bekeken in hoeverre het voor de respondenten duidelijk is welke verantwoordelijkheden zij hebben en of zij zich bekwaam voelen in het medicatieproces. Er werd in kaart gebracht wie er verantwoordelijk is voor het implementeren van een beleid of protocol. Tevens werd gekeken hoe er invulling gegeven is aan de rol van aandachtsfunctionaris medicatie.
Wet- en regelgeving		
	Aansprakelijkheid	Er werd in kaart gebracht of het voor de respondenten duidelijk is in welke situaties zij aansprakelijk zijn.
	Verantwoordelijkheid	Er werd in kaart gebracht waarom de respondenten het van belang vinden om op de hoogte te zijn van het medicatiebeleid en -protocol en waarom zij het van belang vinden om deze op te volgen.

*Zes taken:

- ❖ Vul de afspraken binnen drie maanden in, in het begeleidingsplan in het ECD (óók als een cliënt zijn medicatie in eigen beheer heeft).
- ❖ Controleer bij nieuw geleverde medicatie of de juiste geneesmiddelen voor de juiste cliënten zijn geleverd.
- ❖ Werk met een door de apotheek aangeleverde actuele toedienlijst. Bij elke medicatiewijziging levert de apotheek met de medicatie een nieuwe toedienlijst aan. De begeleider past de lijst in principe niet zelf aan.
- ❖ Zet medicatie die niet door de apotheek uitgezet kan worden (bijvoorbeeld druppels, dranken en "zo nodig" medicatie) zelf uit. Bij deze medicatie moet een tweede persoon (de cliënt zelf, een collega) controleren of het juiste gegeven wordt.
- ❖ Zie erop toe dat medicatie op een dusdanige verantwoorde wijze wordt bewaard dat ze geen gevaar kunnen zijn voor de cliënt en/of diens omgeving. Dit geldt voor alle type geneesmiddelen, dus ook zalven en medicatie die in de koelkast bewaard moeten worden.
- ❖ Bespreek het medicatiebeheer en -gebruik minimaal één maal per jaar met de cliënt, tenminste bij de evaluatie van de begeleiding.

Bijlage 8 Interviewguide

Inleiding

- Welkom
- Introductie interviewer en observator
- Toestemmingsverklaring doornemen en ondertekenen: hierbij zaken rondom de audio-opname, anonimiteit en mogelijkheid tot terugtrekking toelichten
- Doel en verwachte duur van het interview

In 2013 zijn het medicatiebeleid en -protocol ingevoerd binnen de RIBW. Tot op heden zijn de documenten nog niet geëvalueerd. Met behulp van het interview willen we in kaart brengen welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen bij het werken met het medicatiebeleid en -protocol binnen de RIBW. We willen onderzoeken wat eventuele knelpunten zijn om te werken met het medicatiebeleid en -protocol en hoe deze ontstaan. Met de opgedane kennis worden uiteindelijk aanbevelingen gedaan richting de opdrachtgevers. De verwachting is dat het interview ongeveer 60 minuten zal duren.

- Opbouw van de onderdelen van het interview
- Rol van observator toelichten

De observator maakt gedurende het interview korte aantekeningen. Deze zullen gaan over de interviewer (om mee te nemen in de evaluatie van ieder interview) en over de respondent (om mee te nemen in de fase van data-analyse).

- Eventuele vragen van respondent vooraf beantwoorden, vragen van respondent tijdens het interview worden achteraf beantwoord

Gegevens noteren

- Functie
- Vooropleiding
- Op dit moment werkzaam binnen ambulante zorg of beschermd wonen
- Voorheen werkzaam geweest binnen andere locatie/zorgsoort
- Aantal uren per week werkzaam
- Aantal jaren in totaal werkzaam

Interviewvragen

Tabel 6. Interviewguide

Hoofdthema	Sub-thema	Hoofdvragen (met bijbehorende code)
<i>Inhoud medicatiebeleid en -protocol</i>		
	Vindbaarheid	V1. Bent (en was) u (voorafgaand aan het interview) op de hoogte van het bestaan van het medicatiebeleid en -protocol?
		V2. Kunt u ons vertellen waar het medicatiebeleid en -protocol te vinden zijn? Zijn ze voor u gemakkelijk te vinden?
	Duidelijkheid	V3. Kunt u ons vertellen wat het verschil is tussen het medicatiebeleid en -protocol?
		V4. Zijn het medicatiebeleid en -protocol voor u voldoende duidelijk op het gebied van: ❖ taalgebruik; ❖ gebruikte begrippen (onbekende begrippen); ❖ overzichtelijk.
		V5. Wordt er voldoende onderscheid gemaakt tussen ambulante zorg en beschermd wonen binnen het medicatiebeleid en -protocol?
		V6. Wordt m.b.v. medicatiebeleid en -protocol duidelijk welke disciplines medicatie mogen delen? (Denk aan begeleiders, verschillende vooropleidingen en stagiaires)
	Volledigheid	V7. Wat mist u of welke overbodige informatie staat in het medicatiebeleid en -protocol?
<i>Bevoegd- en bekwaamheid</i>		
	Scholing	V8. Welke scholing heeft u voorafgaand de implementatie van het beleid en/of protocol gevolgd t.a.v. medicatie?
		V9. Welke scholing heeft u gevolgd rondom implementatie van het beleid/protocol t.a.v. medicatie?
		V10. Wat is uw mening over de frequentie van de aangeboden scholing?
		V11. Heeft u behoefte aan meer scholing? Mist u kennis?
		V12. Hoe wordt het medicatieproces meegenomen in de inwerkperiode?

<i>Uitvoeren medicatiebeleid en -protocol</i>	Kennis en vaardigheden	V13. Welke kennis betreft medicatie wordt van u verwacht te beheersen door: ❖ uzelf; ❖ de organisatie.
		V14. Kunt u de stappen binnen het medicatieproces toelichten? (Indien nee: zelf toelichten)
		V15. Voelt u zich bekwaam voor alle stappen binnen het medicatieproces?
	Opvolgen en afwijken	V16. Raadpleegt u het medicatiebeleid of -protocol weleens?
		V17. Op welke momenten en met welke reden raadpleegt u het medicatiebeleid of -protocol?
		V18. Zijn er situaties waarin u afwijkt van het protocol?
		V19. Enkele punten in het protocol gearceerd: bevragen of deze uitgevoerd worden.
	Mate van ondersteunend zijn	V20. Zijn het medicatiebeleid en -protocol ondersteunend aan de dagelijkse praktijk? Op welke wijze zijn deze ondersteunend/in welke situaties?
	Verantwoordelijk- heid	V21. Wordt m.b.v. het medicatiebeleid en -protocol duidelijk bij wie welke verantwoordelijkheden liggen betreft het medicatieproces?
<i>Wet- en regelgeving</i>		V22. Is het voor u voldoende duidelijk in welke situaties u verantwoordelijk bent betreft medicatie?
		V23. Voelt u zich bekwaam om alle taken van begeleiders t.a.v. het medicatieproces uit te voeren?
		V24. Wie wordt er verantwoordelijk gemaakt voor het implementeren van het medicatiebeleid en -protocol?
		V25. Hoe wordt invulling gegeven aan de rol van aandachtsfunctionaris medicatie?
	Aansprakelijkheid	V26. Wordt m.b.v. het medicatiebeleid- en protocol duidelijk wie aansprakelijk is in het geval van (medicatie)incidenten?
	Verantwoordelijkheid	V27. Wat zijn uw verantwoordelijkheden t.a.v. het opvolgen van het medicatiebeleid en -protocol?

<i>Overig</i>		V28. Waarom is het voor u van belang om op de hoogte te zijn van het medicatiebeleid en -protocol?
		V29. Waarom is het voor u van belang om het medicatiebeleid en -protocol op te volgen?
		V30. Heeft u nog andere opmerkingen of aanvullingen betreft het medicatiebeleid of -protocol die u kwijt wilt?

Bijlage 9 COREQ-checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/description	Reported on page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	21
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	3
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	3
Gender	4	Was the researcher male or female?	3
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	42
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	N.v.t.
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	22
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	23 + 42
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	18 t/m 22
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	18 t/m 20
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	20
Sample size	12	How many participants were in the study?	25
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	25
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	21
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N.v.t.

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	21
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	21 + 23
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N.v.t.
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	21
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	23
Duration	21	What was the duration of the interviews or focusgroup?	21
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	18, 19 + 41
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction	24
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	22
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	80 t/m 83
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	21 + 22
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	21 + 22
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	24
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	27 t/m 37
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	25 t/m 37
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	25 t/m 37
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	39 t/m 41