

Eindrapportage onderzoeksproject BEM-VG



Projectgroep

Ruud Goedhart, onderzoeker, Zuidwester

Daphne Konz, AVG, projectleider, Zuidwester

Els Dik, senior apotheker/adviseur, Instituut verantwoord medicijngebruik

Iwan van den Herik, project-assistent, ervaringsdeskundige, Zuidwester

Sigrid Claes, expert leren en ontwikkelen, Zuidwester

Onderzoeksbegeleiding

Alyt Oppewal, leerstoel geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten, Erasmus MC

Dederieke Festen, leerstoel geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten, Erasmus MC

Auteur:

Ruud Goedhart

Daphne Konz

Datum:

Februari 2020



Samenvatting

Achtergrond

Het veilig bewaren en gebruiken van medicatie is een belangrijk thema in de gehandicaptenzorg. Veel cliënten met een verstandelijke beperking gebruiken medicatie en zijn afhankelijk van begeleiders om hun medicatie op de juiste manier en op de juiste tijd in te nemen. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking ligt dit soms anders. Zij willen graag hun leven zoveel mogelijk zelf organiseren, en het zelfstandig bewaren en gebruiken van medicatie kan daar een onderdeel van zijn. Echter begeleiders en verwanten ervaren in de praktijk regelmatig problemen in dit eigen beheer. Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken in hoeverre de methodiek BEM uitvoerbaar en doelmatig is om bij de LVB doelgroep vaardigheden rondom medicatiegebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen en afspraken te maken over de ondersteuning die nodig is.

Onderzoeksdesign

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Deelnemers zijn geselecteerd via convenience sampling. In totaal hebben 15 cliënten met een LVB, 14 begeleiders en vijf verwanten uit drie verschillende zorgorganisaties meegedaan in dit onderzoek. Cliënten, begeleiders en verwanten zijn door middel van semigestructureerde interviews bevraagd. Begeleiders hebben daarnaast ook deelgenomen in twee focusgroepen. De data is door middel van een thematische analyse geanalyseerd.

Resultaten

De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat de BEM-VG uitvoerbaar is, onder bepaalde voorwaarden. Deze voorwaarden konden worden opgesplitst in voorwaarden voor begeleiders die de BEM-VG willen toepassen en voorwaarden voor organisaties die de BEM-VG in hun organisatie willen implementeren. Wat betreft de doelmatigheid lieten de resultaten zien dat toepassing van de BEM-VG begeleiders helpt bij het signaleren van problemen in het eigen beheer van cliënten. Tijdens het medicatiegesprek krijgen begeleiders inzicht in de vaardigheden die cliënten hebben wat betreft medicatiebeheer. Dit inzicht leverde in het onderzoek voldoende informatie op om afspraken te maken met de cliënt over het eigen beheer en de ondersteuning door begeleiders.

Conclusie

Indien aan de voorwaarden van de uitvoerbaarheid wordt voldaan kan geconcludeerd worden dat de BEM-VG geschikt is als hulpmiddel voor begeleiders om bij de LVB doelgroep vaardigheden rondom medicatie gebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen en afspraken te maken over de benodigde ondersteuning.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	4
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	7
2.1 De BEM-VG.....	7
2.2 Onderzoeksdesign.....	8
2.3 Werving, selectie en onderzoekspopulatie	9
2.4 Onderzoeksprocedure en dataverzameling.....	11
2.5 Data-analyse.....	12
Hoofdstuk 3: Uitvoerbaarheid BEM-VG	14
3.1 Cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek.....	14
3.2 Ervaringen cliënten wat betreft uitvoerbaarheid BEM-VG.....	16
3.3 Ervaringen begeleiders wat betreft uitvoerbaarheid BEM-VG	17
3.4 De hulpmiddelen uit de BEM- toolbox worden gebruikt door de cliënten	19
3.5 Deelconclusie uitvoerbaarheid BEM-VG.....	20
Hoofdstuk 4: Doelmatigheid BEM-VG	23
4.1 Begeleiders signaleren problemen met betrekking tot medicatie beheer en –gebruik.....	23
4.2 Begeleiders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt op gebied van medicatiebeheer en –gebruik	24
4.3 Begeleiders hebben voldoende informatie om afspraken te maken met de cliënt over medicatiebeheer.....	25
4.4 Verwanten zijn tevreden over de gemaakte afspraken rondom medicatie beheer en –gebruik.....	26
4.5 Deelconclusie doelmatigheid BEM-VG.....	26
Hoofdstuk 5: De randvoorwaarden (tijdsinvestering, scholing begeleiders) voor implementatie van de methodiek BEM zijn bekend	28
Hoofdstuk 6: Discussie	31
Literatuurlijst	35
Bijlage 1: Eerste versie vragenlijst BEM-VG.....	36
Bijlage 2: Eerste versie signaallijst BEM-VG	38
Bijlage 3: Topiclijst interviews begeleiders	39
Bijlage 4: Topiclijst interviews cliënten.....	40
Bijlage 5: Topiclijst interviews verwanten.....	41
Bijlage 6: Topiclijst focusgroepen	42

Hoofdstuk 1: Inleiding

Het veilig bewaren en gebruiken van medicatie is een belangrijk thema in de gehandicaptenzorg. Veel cliënten met een verstandelijke beperking hebben medicatie nodig en zijn daarbij afhankelijk van begeleiders om hun medicatie op de juiste manier en op de juiste tijd in te nemen. Cliënten hebben vaak beperkte kennis, moeite met het maken van keuzes en het dragen van de verantwoordelijkheid op het gebied van medicatiegebruik (Arscott et al., 2001).

Cliënten met een lichte verstandelijke beperking (LVB) proberen hun leven zoveel mogelijk zelf te organiseren en op een volwaardige manier deel te nemen aan de samenleving. Als iemand met een LVB woont binnen een zorgorganisatie, worden samen met begeleiders ontwikkeldoelen opgesteld om vaardigheden te stimuleren en te vergroten. Daarbij wordt afgesproken op welke manier begeleiders kunnen ondersteunen om de gestelde doelen zo goed als mogelijk te bereiken. Als het om beheer en gebruik van medicatie gaat, bestaan er wel eens zorgen bij familie of bij begeleiders. Kan iemand het wel zelf? Is het niet beter als de regie voor het stukje 'medicatiegebruik' bij de begeleider ligt?

Raymond heeft slaapproblemen. Hij slaapt zo laat in, dat opstaan haast niet lukt, ondanks de 5 wekkers die hij iedere ochtend zet. Daarom komt hij vaak te laat op zijn werk en als hij op zijn werk zit, is hij de hele ochtend slaperig. Met de AVG zoekt hij naar medicatie waarmee hij vroeger kan inslapen. Hij krijgt pipamperon voorgeschreven, een flesje dat hij in eigen beheer heeft, en waaruit hij 1 uur voor het slapen gaan 20 druppels neemt. Op een avond is Raymond erg moe. Hij wil heel graag slapen, maar het lukt weer niet. Hij heeft er genoeg van en neemt alle druppels uit het flesje in één keer in. Dat werkt, hij slaapt als een blok, tot de volgende middag. Als Raymond zijn ervaring deelt met zijn begeleider schrikt die en meldt bij de AVG wat er gebeurd is. De AVG schrikt ook, bij hoge doseringen pipamperon kunnen bijwerkingen als haritmestoornissen ontstaan. Besloten wordt om voortaan de medicatie op het steunpunt te bewaren. Raymond heeft wel een aantal tabletten op zijn kamer. Raymond zelf vindt de ophef en de afspraken overdreven. Hij wist niet dat inname van een hoge dosering gevaarlijk was, en is niet van plan om dat nog eens te doen.

In de handreiking medicatiebeleid van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) staat dat de cliënt in principe zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar medicatiebeheer en -gebruik, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen (VGN, 2011). Als er twijfel is over de capaciteiten van een cliënt om zelf medicatie te beheren, kan het gesprek hierover moeilijk zijn. De cliënt kan zich miskend voelen in zijn of haar mogelijkheden. Aan de andere kant, is het 'voordeel van de twijfel' geven bij sommige medicamenten onverstandig, omdat onjuiste inname ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Voor begeleiders is het vaak onduidelijk welke vaardigheden iemand nodig heeft om medicatie zelf te kunnen beheren en gebruiken. Zo geven Erickson et al. (2016) aan dat begeleiders vaak onvoldoende communiceren met hun cliënten over het medicatiebeheer en weinig kennis hebben over medicatie gerelateerde onderwerpen. Moet je kunnen lezen en schrijven? Moet je precies begrijpen waar de medicatie voor is? Moet je medicatie zelf kunnen bijbestellen als het op is? Wat als je chaotisch denkt of vergeetachtig bent? Kunnen bepaalde visuele of elektronische hulpmiddelen de benodigde vaardigheden vervangen?

Het instituut voor verantwoord medicatiegebruik (IVM) heeft in 2008 de methodiek- 'beheer eigen medicatie (BEM)' ontwikkeld, gericht op ouderen (IVM, 2009). De methodiek BEM dient als hulpmiddel voor zorgmedewerkers - verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, het verpleeg- of verzorgingshuis - om met de cliënt een gesprek te voeren over het medicatiegebruik en een inschatting te kunnen maken over de ondersteuningsbehoefte bij beheer en gebruik van de medicatie. Ondertussen wordt deze landelijke methodiek in veel verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg gebruikt.

Ook in de gehandicaptenzorg is de BEM geïntroduceerd en door een aantal zorgorganisaties geïmplementeerd in het medicatiebeleid. De toepasbaarheid van de methodiek in de gehandicaptenzorg is echter nog nooit onderzocht. De doelgroep 'cliënten met een LVB' verschilt op veel vlakken van bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen of zelfstandig wonende ouderen. Denk alleen al aan verschillen in mobiliteit en dag invulling, geletterdheid en co-morbide psychische problematiek. Ook de opleiding van begeleiders die werken in de gehandicaptenzorg verschilt met die in de ouderenzorg, minder medisch georiënteerd, en meer agogisch. Daarom is het niet duidelijk wat de waarde van de bestaande methodiek BEM is voor cliënten met een LVB en wat de relevantie is van de uitkomsten van de methodiek BEM voor medicatieveiligheid in de gehandicaptenzorg.

Primaire onderzoeksvraag

In hoeverre is de methodiek BEM uitvoerbaar en doelmatig om bij de LVB doelgroep vaardigheden rondom medicatiegebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen?

Secundaire onderzoeksvragen

Uitvoerbaarheid

- Zijn cliënten bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek met de methodiek BEM?
- Welke onderdelen van de BEM ervaren cliënten als positief en welke als negatief?
- Wat is de ervaring van begeleiders over de methodiek BEM, voor wat betreft uitvoerbaarheid en tijdinvestering?
- Welke hulpmiddelen uit de BEM-toolbox BEM zijn gebruikt door de cliënten?
- Wat zijn de ervaringen van cliënten over de hulpmiddelen, informatie- en scholingsmaterialen?

Doelmatigheid (t.a.v. inschatting ondersteuningsbehoefte)

- Zijn begeleiders van mening dat zij na toepassing van de methodiek BEM problemen met betrekking tot medicatie beheer en -gebruik beter signaleren?
- Hebben begeleiders na toepassing van de methodiek BEM inzicht in de vaardigheden van de cliënt met een LVB om medicatie zelf te kunnen beheren?
- Hebben begeleiders na toepassing van de methodiek BEM inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt met een LVB om medicatie zelf te kunnen beheren?
- Zijn begeleiders van mening dat de methodiek BEM voldoende informatie oplevert om afspraken te maken over medicatiebeheer?
- Wat zijn de ervaringen van verwanten over de afspraken omtrent medicatie in eigen beheer na toepassing van de methodiek BEM in vergelijking met de situatie daarvoor?

Overig

- Welke randvoorwaarden (tijdsinvestering, scholing begeleiders) zijn nodig voor implementatie van de methodiek BEM in de werkwijze van organisaties voor zorg aan cliënten met een LVB?

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn in dit onderzoek besproken en wordt beschreven op welke manier de data is verzameld en geanalyseerd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten wat betreft de uitvoerbaarheid weergegeven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten betreffende de doelmatigheid uiteengezet. Hoofdstuk 5 gaat dieper in op de randvoorwaarden die nodig zijn om de BEM-VG te implementeren voor organisaties en waar begeleiders op moeten letten wanneer zij met de BEM aan de slag willen gaan. Tot slot worden in hoofdstuk 6 de belangrijkste conclusies getrokken uit dit onderzoek. Daarnaast worden ook de limitaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoeken besproken.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn in dit onderzoek besproken. Allereerst wat de methodiek BEM precies is. Daarnaast het onderzoeksdesign en op welke wijze deelnemers zijn geworven. Vervolgens op welke wijze data is verzameld en hoe deze data zijn geanalyseerd. Tot slot de onderzoeksparameters die bepalen of de doelen van het onderzoek zijn behaald.

2.1 De BEM-VG

De BEM-ouderenzorg bestaat uit meerdere onderdelen. Allereerst een vragenlijst ter ondersteuning van het medicijngesprek met de oudere cliënt. Gekoppeld aan de vragenlijst zijn de “tips voor hulpmiddelen en hulp BEM” waarmee de verzorgende gewezen wordt op hulpmiddelen of interventies om beperkingen bij het eigen beheer te ondersteunen en zo mogelijk op te lossen. Daarnaast is er een afsprakenformulier met daarop vijf BEM-categorieën die zijn ontwikkeld om afspraken duidelijker te communiceren met de apotheek en de voorschrijver. Tot slot zijn er verschillende signaallijsten beschikbaar die verzorgende kunnen helpen bij het signaleren van problemen bij het beheren van medicatie en het gebruik van medicatie.

In de voorfase van het onderzoek is een expertgroep opgezet met deelnemers van Zuidwester, Frion, ASVZ en het IVM om de BEM-ouderenzorg aan te passen aan de eigenschappen van cliënten met een LVB en de begeleidingsnormen voor deze doelgroep. Aan de expertgroep namen deel: twee cliënten met een LVB, een ouder van een cliënt met een LVB, een begeleider, een beleidsmedewerker, een gedragswetenschapper, een apotheker en een AVG. Naar aanleiding van deze expertgroep zijn onderstaande aanpassingen gedaan om tot een eerste versie van de BEM-VG (BEM-Verstandelijk Gehandicaptenzorg) te komen. Deze eerste twee versies van de vragenlijst en signaallijst zijn te vinden in bijlage 1 & 2.

Tabel 1: aanpassingen BEM-VG naar aanleiding van expertgroep

Onderdeel	Aanpassing
Vragenlijst	Vragen over alcohol en drugs toegevoegd Aantal vragen ingekort door vragen over toedieningsvormen (zetspillen, pufjes, zalfjes etc.) samen te voegen tot één vraag De wijze waarop vragen op het formulier staan genoteerd aangepast van stellingen naar uitgewerkte vragen voor begeleiders Vragen over de namen van de huisarts en apotheek verwijderd vanwege verminderde relevantie doelgroep Vraag over geletterdheid toegevoegd
Signaallijst	Aparte signaallijsten over gebruik en beheer medicatie samengevoegd tot één Lijst

Speciaal voor de BEM-VG zijn door het leercentrum van Zuidwester beschikbare hulpmiddelen, informatie en scholingsmaterialen verzameld en ontwikkeld, die ingezet kunnen worden om vaardigheden omtrent medicatiegebruik te vergroten bij cliënten. Al deze materialen zijn gebundeld in de BEM-toolbox. In totaal werden de volgende vier modules aangeboden in de BEM-toolbox: medicatiegebruik, medicatiebeheer, alcohol/drugs en medicatie, en hulpmiddelen. Cliënten konden deze zelfstandig of met behulp van een begeleider maken. Daarnaast is speciaal voor de BEM-VG een training ontwikkeld voor begeleiders waarin uitgelegd wordt wat de BEM-VG

is en hoe ze om moeten gaan met de verschillende onderdelen. Iedere begeleider die deelnam aan dit onderzoek heeft deze training gevolgd.

De eerste versie van de BEM-VG die in dit onderzoek door begeleiders is gebruikt bestond dus uit:

- De BEM-vragenlijst die dient als hulpmiddel voor begeleiders om met de cliënt een gesprek te voeren over het medicatiegebruik en een inschatting te kunnen maken over de ondersteuningsbehoefte bij beheer en gebruik van de medicatie;
- Het BEM-afsprakenformulier waarop de afspraken die naar aanleiding van het medicatiegesprek worden gemaakt, genoteerd kunnen worden. Op dit formulier staan ook de BEM-categorieën die landelijk gebruikt worden:
 - Categorie 1: Cliënt bestelt en gebruikt medicatie zelf
 - Categorie 2: Begeleider bestelt medicatie, cliënt gebruikt medicatie zelf
 - Categorie 3: Cliënt bestelt medicatie, begeleider biedt hulp bij (een deel van) medicatie
 - Categorie 4: Begeleider bestelt en biedt hulp bij (een deel van) medicatie
 - Categorie 5: Begeleider bestelt, biedt hulp bij medicatie en ziet toe op inname
- De BEM-signaallijst met daarop signalen die kunnen duiden op mogelijke problemen in het gebruik of beheer van medicatie bij cliënten;
- De online BEM-toolbox met daarin vier modules over medicatiegebruik, medicatiebeheer, alcohol/drugs en medicatie, en hulpmiddelen die door cliënten gemaakt kan worden;
- De training voor begeleiders over de materialen en het gebruik van de BEM-VG

2.2 Onderzoekdesign

De onderzoeksvraag van project BEM! was tweeledig. Allereerst in hoeverre de BEM-VG uitvoerbaar is in de zorg voor cliënten met een LVB en daarnaast in hoeverre de BEM-VG doelmatig is. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden was de onderzoeksgroep benieuwd naar de ervaringen van de cliënten, begeleiders en verwanten met betrekking tot de BEM-VG en het verloop van medicatiegesprekken. Een kwalitatieve benaderingswijze leent zich het beste om deze ervaringen te verzamelen. Bij gebruik van gesloten vragen gaat dit een stuk lastiger omdat respondenten in hun antwoorden beperkt worden (Mortelmans, 2013). Om deze reden is binnen dit onderzoek de data middels kwalitatief onderzoek verzameld, in de vorm van face-to-face diepte-interviews met cliënten en begeleiders, telefonische interviews met verwanten en focusgroep gesprekken met betrokken begeleiders.

De keuze om begeleiders naast de individuele interviews ook uit te nodigen voor een focusgroep kwam voort uit de vragen die de onderzoeksgroep had over hoe de periode na het medicatiegesprek was verlopen. Hoe is het bijvoorbeeld gelopen met de afspraken die gemaakt zijn? Daarnaast is de input van begeleiders gedurende de focusgroepen ook gebruikt om onduidelijkheden uit de interviews nogmaals te bespreken. Tot slot zijn de ervaringen van begeleiders gebruikt om te achterhalen wat er nodig is om de BEM-VG succesvol toe te passen in een organisatie, en om na te gaan welke randvoorwaarden er zijn voor het gebruik van de BEM-VG. Individuele gesprekken met verwanten en cliënten leverden voldoende informatie op om tot beantwoording van de gerelateerde onderzoeksvragen te komen.

De volgende primaire parameters zijn opgesteld om te achterhalen wanneer de BEM-VG uitvoerbaar en doelmatig wordt geacht om de vaardigheden rondom medicatiegebruik en medicatiebeheer bij de LVB doelgroep in kaart te brengen:

Uitvoerbaarheid

- Cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek;
- De hulpmiddelen uit de BEM-toolbox worden gebruikt door de cliënten.

Doelmatigheid

- Begeleiders signaleren problemen met betrekking tot medicatie beheer en –gebruik;
- Begeleiders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt op gebied van medicatiebeheer en –gebruik;
- Begeleiders hebben voldoende informatie om afspraken te maken met de cliënt over medicatiebeheer;
- Verwanten zijn tevreden over de gemaakte afspraken rondom medicatie beheer en –gebruik.

De secundaire parameter van dit onderzoek heeft betrekking op het vervolg van dit onderzoek en de mogelijke implementatie van de BEM-VG:

- De randvoorwaarden (tijdsinvestering, scholing begeleiders) voor implementatie van de methodiek BEM zijn bekend.

De parameters zijn zo opgesteld dat ze met een “ja” of “nee” beantwoord kunnen worden. Uit de analyse van de verzamelde data kon logischerwijs achterhaald worden of aan deze parameters is voldaan en dus of de BEM-VG uitvoerbaar en doelmatig is. Indien er verschillende meningen en ervaringen waren over een parameter werden deze verschillen uiteengezet en meegenomen in de aanbevelingen om, indien mogelijk, de BEM-VG hierop aan te passen. Indien geen aanpassingen mogelijk waren om deze onvolkomenheden uit de BEM-VG te halen werd niet aan een parameter voldaan.

- (1) Wordt volledig aan een parameter voldaan
- (2) Wordt niet volledig aan een parameter voldaan, maar kan aangepast worden
- (3) Wordt niet volledig aan een parameter voldaan en kan ook niet aangepast worden
- (4) Wordt helemaal niet aan een parameter voldaan

2.3 Werving, selectie en onderzoekspopulatie

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen drie zorgorganisaties: Zuidwester, Frion en ASVZ. Deze organisaties bieden cliënten met LVB de mogelijkheid om begeleid zelfstandig te wonen op verschillende locaties. Binnen deze locaties krijgen cliënten bijv. ondersteuning bij financiën, organisatie van het huishouden en medicatiebeheer. Door middel van de volgende inclusiecriteria werden deelnemers geselecteerd: cliënten met een LVB, die dagelijks medicatie gebruiken voorgeschreven door de huisarts of AVG, begeleid zelfstandig wonen op een locatie binnen Zuidwester, Frion of ASVZ, en ouder zijn dan 18 jaar. Cliënten die geen weloverwogen besluit tot deelname konden nemen (niet wilsbekwaam ter zake) werden geëxcludeerd uit het onderzoek. De wilsbekwaamheid inzake de keuze tot deelname aan het onderzoek is bij alle cliënten beoordeeld door een betrokken gedragsdeskundige.

Binnen de drie deelnemende organisaties zijn leden uit de onderzoeksgroep langsgegaan op locaties om uitleg te geven over het onderzoek aan de begeleiders. Voorafgaand aan dit bezoek zijn per post flyers naar deze locaties gestuurd voor zowel begeleiders als cliënten met daarop informatie over het onderzoek. Aan de begeleiders werd gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek, en of er cliënten woonden die voldeden aan de inclusiecriteria van dit onderzoek. Gedurende het onderzoek werd al snel duidelijk dat het aantal cliënten wat voldeed aan de inclusiecriteria lager was dan verwacht. Uiteindelijk zijn hierdoor meer locaties dan vooraf beoogd benaderd om deel te nemen aan het onderzoek en is overgegaan op convenience sampling. Bij begeleiders is de vraag neergelegd of zij cliënten wilden benaderen om deel te nemen aan het onderzoek. Indien een cliënt mee wilde doen, kon een begeleider deze cliënt aanmelden bij de onderzoekers. Begeleiders kregen hierdoor de keuze om, met toestemming van de cliënt, zichzelf en één of meerdere cliënten aan te melden voor het onderzoek. Aangemelde cliënten werden zoals gezegd beoordeeld door een betrokken gedragsdeskundige op wilsbekwaamheid. In totaal hebben begeleiders 24 cliënten van de drie zorgorganisaties aangemeld voor deelname aan project BEM! Van deze 24 cliënten hebben uiteindelijk 15 cliënten meegedaan aan het onderzoek. In tabel 2 zijn de redenen te vinden waarom cliënten na aanmelding niet konden participeren in het onderzoek. Cliënten die deelnamen aan het onderzoek kregen een bol.com cadeaubon ter waarde van 25 euro. De verwachting voorafgaand aan het onderzoek was dat 15 cliënten voldoende zou zijn om verzadiging van de data te bereiken.

Tabel 2: Overzicht totaal aantal aanmeldingen en redenen van uitval

Aanmeldingen en reden afhaken	n
Totaal aantal aanmeldingen	24
Reden van niet participeren onderzoek	
Psychische ontregeling losstaand van dit onderzoek	3
Niet wilsbekwaam ter zake beoordeeld door orthopedagoog	2
Geen dagelijks medicatiegebruik	2
Langdurig verblijf buitenland na aanmelding	1
Gezondheidsklachten begeleider, afgezien van deelname zowel begeleider als cliënt	1

Informatie cliënten

Van de 15 deelnemers woonden er 14 binnen locaties van zorgorganisaties Frion (4), ASVZ (5) en Zuidwester (5). Eén cliënt had een eigen appartement waarbij door zorgorganisatie Frion een volledig pakket thuis geleverd werd. Alle deelnemers beschikten over een eigen appartement of studio, met privé keuken en sanitair. Dertien deelnemers konden ook in de nacht een beroep doen op begeleiders (slaapdienst). Bij 12 cliënten had de voorziening een ontmoetingsruimte (“inloop”) waarin gezamenlijke activiteiten ondernomen konden worden, of contact met begeleiders kon plaatsvinden. Van de deelnemende cliënten waren er twee man en 13 vrouw.

Tabel 3: kerngegevens leeftijd deelnemende cliënten per organisatie

	Gemiddeld	Min.	Max.	Std.
Frion	39,6	24	54	12,1
ASVZ	37,2	26	66	14,7
Zuidwester	28,6	22	46	9,0
Totaal	35,4	22	66	13,0

Informatie begeleiders

In totaal hebben 14 begeleiders meegedaan aan het onderzoek. Vijf begeleiders waren werkzaam binnen Frion, zes binnen Zuidwester en drie binnen ASVZ. Twee begeleiders binnen ASVZ hebben aan dit onderzoek meegedaan met twee cliënten. Eén begeleider van Zuidwester deed aanvankelijk wel mee met dit onderzoek, maar door het vertrek van de cliënt kon de cliënt niet meer geïnterviewd worden. Het interview met de bijbehorende begeleider is wel meegenomen in de analyse. In tabel 4 zijn een aantal kerngegevens van de veertien deelnemende begeleiders weergegeven.

Tabel 4: kerngegevens deelnemende begeleiders

	Gemiddelde	Aantal	Min.	Max.	Std.
Leeftijd	42,5		22	59	12,1
Geslacht					
Man		3			
Vrouw		11			
Opleidingsniveau					
MBO-3		1			
MBO-4		7			
HBO		6			
Functie					
Medewerker wonen		6			
Persoonlijk begeleider		3			
Persoonlijk ondersteuner		4			
Teamleider		1			
Jaren werkzaam in VG-sector	15,8		1,5	34	8,3

Informatie verwanten

Aan iedere cliënt is toestemming gevraagd of een verwant geïnterviewd kon worden. In totaal hebben vijf cliënten hiervoor toestemming gegeven. Eén van de geïnterviewde verwanten was curator van de cliënt. De overige vier verwanten waren geen mentor of curator van de cliënt.

2.4 Onderzoeksprocedure en dataverzameling

In de eerste fase van het onderzoek vonden de medicatiegesprekken plaats met de aangepaste BEM-VG. Het medicatiegesprek werd gevoerd door een begeleider die de training van het IVM heeft gevolgd en een cliënt die zich voorafgaand aan deze training al had aangemeld. Daarnaast bestond de mogelijkheid voor de cliënt om nog een andere begeleider (zoals de persoonlijk begeleider) bij het gesprek te vragen, mocht hij of zij dit zelf willen. De persoonlijk begeleider kan gezien worden als de vertrouwenspersoon van de cliënt en helpt de cliënt met het opstellen en behalen van specifieke ontwikkeldoelen. Niet iedere persoonlijke begeleider (PB) heeft de training gevolgd, dus de aanwezigheid van de PB was niet vanzelfsprekend. In totaal zijn hierdoor bij twee van de vijftien medicatiegesprekken twee begeleiders bij een medicatiegesprek aanwezig geweest. Zoals gezegd werd het medicatiegesprek gevoerd aan de hand van de aangepaste vragenlijst die te vinden is in bijlage 1. Het medicatiegesprek duurde circa één uur.

Interviews cliënten en begeleiders

Binnen twee weken na het medicatiegesprek vonden de interviews plaats. Zoals eerder gemeld zijn de interviews face-to-face afgenomen. In totaal zijn er 14 begeleiders en 15 cliënten geïnterviewd. De interviews van de begeleiders duurden circa 45min, waar de interviews met

cliënten circa 30min duurden. Allereerst werden de begeleiders geïnterviewd, zodat de onderzoeker op de hoogte was van de gemaakte afspraken en de inhoud van het gesprek. Direct na het interview met de begeleider werd de cliënt geïnterviewd. Indien gewenst door de cliënt zat ook bij dit interview de begeleider erbij. De begeleider had hier met name een geruststellende rol, omdat de cliënt door een onbekend persoon werd geïnterviewd. Bij vijf van de vijftien interviews met cliënten zaten zowel cliënt als begeleider. De plaats waar het interview plaatsvond werd ook door de cliënt bepaald. Alle interviews zijn na toestemming opgenomen met een voice-recorder. De interviews vonden semi-gestructureerd plaats aan de hand van topiclijsten. Zie bijlage 3 & 4 voor de topiclijsten die tijdens de interviews zijn gebruikt. Daarnaast was bij de interviews met cliënten ter ondersteuning een laptop aanwezig. Deze laptop werd gebruikt zodat cliënten gemakkelijker vragen over de BEM-toolbox konden beantwoorden.

Interviews verwanten

Een aantal weken na de interviews met begeleiders en cliënten zijn verwanten benaderd voor een telefonisch interview. Aan iedere cliënt is eerst toestemming gevraagd of zij het goed vonden dat een verwant benaderd zou worden voor deelname aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben vijf cliënten hiervoor toestemming gegeven. Vervolgens is per mail aan de verwanten gevraagd of zij mee wilden doen aan het onderzoek. Alle vijf verwanten waren bereid geïnterviewd te worden. Zie bijlage 5 voor de vragen die aan verwanten zijn gesteld.

Focusgroepen

Circa een half jaar nadat de medicatiegesprekken hadden plaatsgevonden zijn alle deelnemende begeleiders uitgenodigd voor een focusgroep. In totaal zijn er twee focusgroepen gehouden: één voor Frion en één voor Zuidwester en ASVZ gezamenlijk. Niet iedere deelnemende begeleider was bij deze focusgroep aanwezig. Bij de focusgroep van Frion ontbrak één begeleider, waar bij de gezamenlijke focusgroep van Zuidwester en ASVZ in totaal vier begeleiders (twee van ASVZ, twee van Zuidwester) ontbraken. De focusgroepen zijn opgenomen met een camera, zodat naderhand makkelijker achterhaald kon worden welke begeleider tijdens de discussie aan het woord was. In bijlage 6 zijn de onderwerpen te vinden die tijdens de focusgroepen zijn behandeld.

2.5 Data-analyse

Alle interviews zijn binnen een week na afname getranscribeerd. Om de anonimiteit van de deelnemende cliënten te borgen zijn de namen veranderd in deze transcripties. Deze gewijzigde namen komen in dit rapport ook terug wanneer tekstfragmenten uit interviews worden aangehaald. De transcripties zijn in de eerste ronde open gecodeerd door het toekennen van labels in het programma Atlas.ti. Hierbij werd aan alle belangrijke informatie uit de interviews en focusgroepen een code toegekend. Deze codes geven per tekstfragment aan wat het hoofdthema daarvan is. Vervolgens is axiaal gecodeerd om de codes met elkaar te vergelijken en codes samen te voegen tot overkoepelende codes. Gedurende het proces van open- en axiaal coderen is steeds teruggekeken naar alle transcripties om te waarborgen dat ieder interview of focusgroep op eenzelfde wijze is gecodeerd. Ten slotte is in de laatste fase van selectief coderen gezocht naar relaties en overeenkomsten tussen de verschillende categorieën ten behoeve van beantwoording van de onderzoeksvragen. Om een indicatie te krijgen van de objectiviteit werden een zestal getranscribeerde interviews onafhankelijk door twee onderzoekers gecodeerd. De uitkomsten zijn met elkaar vergeleken en verschillen zijn besproken om tot een beslissing te komen van een definitief codeerschema. In totaal zijn vier verschillende groepen los van elkaar gecodeerd: begeleiders (n=14), cliënten (n=15), verwanten (n=5) en focusgroepen (n=2). Dit is gedaan om naderhand te achterhalen of er overeenkomsten of juist verschillen waren in de codes van deze

verschillende groepen. Al deze codes zijn voorgelegd aan de ervaringsdeskundige binnen het projectteam. Er werd gekeken in hoeverre de bevindingen uit het onderzoek overeenkwamen met zijn eigen ervaringen met betrekking tot het eigen beheren van medicatie en de samenwerking met begeleiders hierin. Gevraagd werd naar de motivatie van ervaringen of eventuele aanvullingen binnen het onderwerp die tijdens de interviews niet zijn genoemd. Deze gesprekken met de ervaringsdeskundige zijn genotuleerd en waar mogelijk verwerkt in de resultaten. Uiteindelijk zijn uit al deze analyses de conclusies getrokken ten aanzien van de onderzoeksvragen, en aanbevelingen voor gebruikers.

Hoofdstuk 3: Uitvoerbaarheid BEM-VG

Allereerst wordt in dit hoofdstuk gekeken naar de uitvoerbaarheid van de BEM-VG. Om deze uitvoerbaarheid te beoordelen zijn de volgende onderzoeksparameters opgesteld: cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek, en de hulpmiddelen uit de BEM-toolbox worden gebruikt door de cliënten.

3.1 Cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek

In deze paragraaf zal gekeken worden naar de bereidheid van de cliënten om een medicatiegesprek te voeren. Zoals uit de studieprocedure van de methode blijkt zijn er voorafgaand aan het onderzoek keuzes gemaakt die van invloed zijn op de bereidheid van cliënten. Zie paragraaf 2.3 voor meer informatie. Naast de bereidheid wordt ook gekeken naar waarom cliënten mee wilden doen aan dit onderzoek. Daarna wordt dieper ingegaan op de positieve en negatieve ervaringen die cliënten hadden tijdens het medicatiegesprek en het gebruik van de BEM-toolbox.

3.1.1 Reden van aanmelding

In totaal hebben 15 cliënten meegedaan aan dit onderzoek. Op de vraag ‘waarom wilde je meedoen aan dit project’ kwam als voornaamste reden naar boven dat cliënten de begeleider wilden helpen bij het onderzoek, gevolgd door het niet erg vinden om over medicatie en eigen beheer te praten met de begeleider. De overige redenen liepen uiteen van nieuwe dingen willen leren tot aan de vergoeding die gebonden was bij deelname aan het onderzoek. In tabel 5 een overzicht van alle redenen die zijn opgegeven voor de aanmelding.

Tabel 5: reden van aanmelding bij de cliënten

Waarom wilde je meedoen aan dit project?	n
Begeleider willen helpen	5
Omdat de begeleider het aan mij vroeg en ik het niet erg vond om erover te praten	3
Nieuwsgierig naar de vaardigheden die iemand nodig heeft voor eigen beheer	2
Nieuwe dingen willen leren	1
Omdat ik mijn medicijnen in eigen beheer heb	1
Aan de begeleiders willen vertellen hoe zij hun eigen beheer doen	1
Medicijnen in de toekomst in eigen beheer willen hebben	1
De bol.com bon	1

3.1.2 Ervaringen cliënten medicatiegesprek

Een onderdeel van de uitvoerbaarheid is hoe de cliënten het medicatiegesprek hebben ervaren en welke positieve en negatieve ervaringen zij in het gesprek hadden. In tabel 6 staan de antwoorden weergegeven die cliënten gaven op de vragen ‘hoe ging het gesprek?’, ‘wat ging er goed tijdens dit gesprek’ en ‘wat ging er minder goed tijdens dit gesprek’.

Tabel 6: ervaringen cliënten medicatiegesprek

Hoe ging het gesprek?	n	Wat ging er goed?	n	Wat ging er minder goed?	n
Het gesprek ging goed	13	Alle vragen kunnen beantwoorden	6	Geen dingen die niet goed gingen	6
Het gesprek was leuk	2	Goed kunnen praten met begeleider over dit soort onderwerpen	6	Herhaling van vragen door begeleider	2
Het gesprek was leerzaam	1	Het gesprek duurde niet te lang	2	Niet goed geluisterd naar behoeftes	2
Het gesprek was grappig	1	Vragen waren makkelijk te begrijpen	2	Vragen waar het antwoord voor hand ligt voor de begeleider	2
		Nieuwe dingen geleerd	2	Er werden vragen gesteld die niet relevant waren	1
		Geen geheimen voor begeleiding	2	Laatste vraag was onduidelijk	1
		Niet boos worden van begeleider	1	Vragen waren soms lastig te begrijpen	1
		Opgeknapt omdat alles eruit gegooid kon worden	1	Fouten die naar boven kwamen in eigen beheer	1
		Kans om eigen beheer te doen	1	Niet alles willen vertellen tegen begeleider	1

Opvallend is dat bijna iedere cliënt tijdens het interview aan heeft gegeven dat het gesprek goed ging. Een aantal cliënten gaf aan het gesprek leuk te vinden en af en toe ook grappig. *“Amber: Het was ook een leuk gesprek. Ook wel leuk dat iemand interesse toonde in mij en mijn medicijnen.”*. Eén cliënt vond het medicatiegesprek leerzaam. Op de vraag waarom het gesprek dan goed ging werd uiteenlopend gereageerd. Zes keer werd genoemd dat cliënten het niet erg vonden om het met hun begeleider over dit soort onderwerpen te hebben. *Laura “Ja op zich goed. Ja kijk met (begeleider) heb ik altijd wel dat ik met allerlei dingen met haar kan praten en over dit ook”*. Daarnaast werd zes keer genoemd dat het goed ging omdat de cliënten alle vragen die de begeleider stelde kon beantwoorden. Andere antwoorden die genoemd werden waren dat de vragen makkelijk te begrijpen waren (n=2) en dat de cliënt nieuwe dingen heeft geleerd. Eén cliënt vond het gesprek goed gaan omdat zij tijdens het medicatiegesprek met haar begeleider problemen kon bespreken waar zij al een tijdje mee rondliep. Voor het medicatiegesprek had zij nog niet het juiste moment gevonden om deze problemen voor te leggen aan haar begeleider, in de angst dat haar eigen beheer teruggedraaid zou worden.

Op de vraag wat er minder goed ging tijdens het medicatiegesprek werd zes keer genoemd dat er geen dingen waren die niet goed gingen. Verder gaven cliënten aan het storend te vinden als begeleiders in herhaling vallen of vragen meerdere keren stelden (n=2). Daarnaast vinden zij het storend wanneer begeleiders vragen stelden die niet relevant voor hen waren (n=1), of waarvan zij vonden dat de begeleider het antwoord op deze vraag al moest weten (n=2). Eén cliënt had moeite met het beantwoorden van de vragen, omdat hij de vragen niet goed kon begrijpen. Eén cliënt gaf aan niet op iedere vraag alles verteld te hebben, omdat zij vond dat haar begeleider niet alles hoefde te weten. *“Löis: Sommige dingen vind ik dat ik gewoon voor mijzelf kan houden. En ik hoef niet alles tegen haar te vertellen. Ik vertel wel veel, maar niet alles.”*. In dit specifieke geval was door een incident uit het verleden de vertrouwensband beschadigd en ervoer cliënte daardoor moeite in de samenwerking.

3.2 Ervaringen cliënten wat betreft uitvoerbaarheid BEM-VG

Uit de antwoorden die cliënten gaven op vragen tijdens de interviews kwamen een aantal onderwerpen vaak terug. Dit waren onderwerpen die gekoppeld konden worden aan de uitvoerbaarheid van de BEM-VG, doordat zij een invloed hadden op hoe cliënten de BEM-VG tijdens het medicatiegesprek en het gebruik van de BEM-toolbox hebben ervaren. In de volgende paragrafen worden deze ervaringen verder uitgelicht.

3.2.1 *Vertrouwensband met afnemende begeleider*

De vertrouwensband tussen cliënt en begeleider is voor veel cliënten belangrijk tijdens het medicatiegesprek over eigen beheer van medicatie. Tijdens een medicatiegesprek komen persoonlijke zaken aan bod waarover zij alleen willen praten met iemand die zij vertrouwen, denk bijvoorbeeld aan het gebruik van alcohol en drugs. Daarnaast verloopt het eigen beheer niet altijd vlekkeloos. Voor de fouten die gemaakt worden, zoals het een keer vergeten van een pil of het verkeerd opslaan van een medicijn, schamen sommige cliënten zich. Anderen zijn bang dat het eigen beheer teruggenomen wordt als de begeleider merkt dat er iets mis gaat. Het kunnen voorleggen van dit soort gevoelige onderwerpen aan een begeleider is voor veel cliënten gemakkelijker als zij deze begeleider al een tijd kennen en een vertrouwensband hebben opgebouwd.

“Julia: Ja het ligt eraan met welke begeleider. Kijk in dit geval met deze begeleider is het niet erg (..) zij weet hoe jongeren erover denken en zien. Dan is het makkelijker met haar te praten dan met bijvoorbeeld een andere begeleider.”

Hoe open cliënten zijn over hun eigen beheer richting begeleiders hangt verder ook van de cliënt zelf af. Zo gaf één cliënt aan vrij open te zijn over haar medicatiegebruik en het niet erg te vinden om erover te praten wanneer iemand hiernaar vraagt. De ander is hier wat terughoudender mee.

3.2.2 *Respecteren wensen en behoeftes eigen regie*

Het stukje eigen regie wordt door cliënten als belangrijk ervaren, en kan mede bepalen hoe zij tegenover de BEM-VG en de afspraken die daaruit voortkomen staan. Cliënten geven in de interviews aan het belangrijk te vinden dat zij in zekere mate van eigen regie ervaren, en dat begeleiders hier rekening mee houden bij het maken van afspraken.

“Jasmijn: Niet alles. Ik ben er niet zo content over, maar ja dat moet ik dan doen. Ik heb niet altijd veel te zeggen hier. Je moet altijd naar hun luisteren. Hun hebben de poppen dansen. Nou dan weet ik het ook niet altijd. Daar baal ik ook van. Zolang dat ik hier zit heb ik maar te luisteren wat hun zeggen. Njah dan ben je uitgepraat.”

Cliënten geven wel aan uiteenlopende behoeftes te hebben als het gaat om de mate van eigen regie in hun medicatiebeheer. De één wil graag zo zelfstandig mogelijk worden *“Julia: Ik vind dat leuk om te doen. Waarom zou het niet kunnen? Ik ben best wel zelfstandig met heel veel dingen en waarom zou ik dan ook geen medicatie kunnen beheren?”*, terwijl de ander aangeeft het prettig te vinden als een begeleider meehelpt *“Emma: Ik zou het wel in mijn eigen beheer kunnen en willen, maar soms wel met een beetje hulp van de begeleiding”*. De invloed van ondersteuning op hoe iemand zijn of haar eigen regie ervaart verschilt ook weer per cliënt. De één ziet een applicatie op de telefoon met daarop een wekker wanneer zij haar medicijnen in moet nemen als een goede oplossing, omdat zij toch hele dagen op haar telefoon zit en het anders vergeet. Bij de ander kan dit overkomen als een extra beperking, omdat zij het blijkbaar niet zonder hulpmiddelen kan *“Lisa:*

(op de vraag wat zij van een pill-reminder app vindt) Nou uh ik.. van mij hoeft het niet zo. Het is dan makkelijker dat ik het dan niet meer vergeet, maar het voelt gewoon als een extra handicap ofzo. Zo van je kan het niet zelf. En dat je het weer bij iemand anders neer moet leggen terwijl je het gewoon zelf wilt doen. Voor mijzelf hoeft het dus niet. Het zou wel handig zijn, maar liever niet.”

3.2.3 Individuele afstemming vragenlijst op cliënt

De manier waarop de vragenlijst gedurende het medicatiegesprek door begeleiders is gebruikt was voor cliënten medebepalend op welke wijze zij het interview hebben ervaren. Uit de ervaringen van cliënten op de vraag ‘wat ging er minder goed tijdens het medicatiegesprek’ bleek al dat sommige cliënten moeite hadden met de manier waarop bepaalde vragen werden gesteld door de begeleiders gedurende het medicatiegesprek. Een aantal cliënten gaf aan het storend te vinden als zij vragen krijgen die zij als kinderachtig ervaren, of vragen herhaald werden waardoor ze nog een keer antwoord moesten geven *“Milou: Kijk als een random iemand het aan mij zou vragen. Maar dat weet mijn begeleider. Dat weet ze wat voor medicijnen ik gebruik (..) het komt hier binnen, dan zien ze sowieso wat voor medicijnen ik heb.”* Daartegenover staat dat één cliënt juist moeite had met sommige vragen, en de begeleider veel context moest geven. Zo kon de cliënt op de vraag ‘koop je wel eens medicijnen in de winkel’ na lang nadenken antwoorden *“Bram: uhm...Ik weet toch al dat het besteld wordt.”* Het ging met name over vragen die niet direct van toepassing voor deze cliënt waren. Eén cliënt gaf aan dat de laatste vraag op het formulier ‘Hoe gebruik je de medicatie die niet in de medicijnzakjes zit’ onduidelijk was, omdat in dit geval de cliënt geen medicijnen in medicijnzakjes krijgt.

Hoe cliënten de vragen op de vragenlijst ervoeren verschilde dus sterk per persoon. Voor de één waren de vragen kinderachtig of dubbelop, wat leidde tot irritaties. Voor de ander kon de manier waarop de vragen geformuleerd waren juist te moeilijk zijn, en was het aan de begeleider om de vragen in een voor de cliënt begrijpelijker taal te herformuleren.

3.3 Ervaringen begeleiders wat betreft uitvoerbaarheid BEM-VG

Evenals bij de cliënten, vallen uit de interviews en focusgroepen met begeleiders ook een aantal ervaringen met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de BEM-VG af te leiden. Deze ervaringen kwamen gedurende de interviews bij herhaling terug en zijn vervolgens gedurende de focusgroepen nogmaals behandeld om overeenstemming te krijgen tussen de begeleiders. In volgende paragrafen worden de ervaringen verder toegelicht.

3.3.1 Afstemmen vragenlijst op cliënt

Een belangrijk onderdeel van de BEM-VG is de vragenlijst waarop vragen staan die begeleiders kunnen gebruiken om het medicatiegesprek te voeren met de cliënt. Deze vragenlijst is door de begeleiders op verschillende manieren gebruikt. De ene begeleider vond het prettig om bovenaan te beginnen en naar beneden toe te werken, waar de ander hem in een gespreksvorm heeft gebruikt en tussendoor controleerde of alle relevante onderwerpen behandeld waren. Daarnaast zaten er ook nog verschillen in keuzes waarom vragen wel of niet gesteld werden. Sommige begeleiders hebben alle vragen gesteld, om zodoende een totaalbeeld te krijgen van het medicatiebeheer van de cliënt. Andere begeleiders hebben vooraf een selectie gemaakt, omdat er vragen tussen stonden die niet relevant waren voor de cliënt of het antwoord op die vraag al bekend was.

Door deze uiteenlopende werkwijze is tijdens de focusgroep het gebruik van de vragenlijst opnieuw besproken. In de focusgroepen werd aangegeven dat de manier waarop een begeleider de

vragenlijst gebruikt, afhangt van de cliënt waar het medicatiegesprek mee gevoerd wordt. Zoals uit de ervaringen van cliënten ook al bleek kan er verschillend gereageerd worden op de manier hoe de vragen worden gesteld door de begeleider. Binnen de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking zijn grote verschillen in begripsniveau en vaardigheden waar men rekening mee moet houden bij het formuleren van vragen. Voor de ene cliënt kan de vraag 'welke medicijnen gebruik je' lastig zijn omdat hij alleen de kleur en vorm van de pilletjes weet, waar de ander heel goed weet welke medicijnen hij slikt en de vraag maar kinderachtig vindt.

3.3.2 Goede voorlichting begeleiders over BEM-VG

Voor begeleiders die aan de slag gaan met de BEM-VG moet duidelijk zijn waar de BEM-VG voor dient en waar de verantwoordelijkheid ligt in geval van onenigheid over begeleidingsafspraken of in geval van gevaarlijke situaties.

In de interviews en focusgroepen geven begeleiders aan dat het belangrijk is om de BEM-VG in de juiste context te plaatsen en de methode niet te zien als een doel op zich, maar als een hulpmiddel voor begeleiders om in gesprek te gaan met cliënten over medicatie. Op basis daarvan kunnen vervolgens afspraken en ontwikkelingsdoelen opgesteld worden. *“Begeleider Emma: Je kan er wel helemaal vrij instappen, maar het is goed om van tevoren wel een beetje te beseffen van wat zou een mooi einddoel kunnen zijn. Niet dat collega's lezen van 'oh beheren eigen medicatie' dat ze die medicatie in eigen beheer gooien.”* Daarnaast werd in beide focusgroepen aangegeven dat de vragenlijst afgestemd moet worden op het begripsniveau van de cliënt. Ook dit vergt een extra inspanning van de begeleider, omdat deze ervoor moet zorgen dat hij goed voorbereid aan het gesprek begint en de relevante vragen aan de cliënt stelt. Verder is het voor begeleiders soms onduidelijk waar hun verantwoordelijkheid ligt wanneer een cliënt bijvoorbeeld weigert zijn medicijnen in te nemen, of het onderwerp medicatie niet wil bespreken. Wanneer moet worden ingegrepen en wanneer niet? *“Begeleider Lieke: Wat ik mij afvraag is in hoeverre speelt eigen regie mee. Weet je wel. Thuis heb ik ook een hele doos met medicijnen. Kunnen wij dat als organisatie accepteren, of niet? Waar ligt die scheidslijn.”*

Begeleiders hebben ook een voorlichtende rol richting de cliënten over wat de BEM-methode inhoudt. Cliënten moeten niet het gevoel krijgen dat ze gecontroleerd worden of het gevoel krijgen dat ze iets fout doen. Daarnaast moeten cliënten ook geen verkeerde verwachtingen hebben, en denken dat ze bijvoorbeeld na een medicatiegesprek direct al hun medicijnen in eigen beheer zullen krijgen. Bij de cliënten moet het uiteindelijke doel achter het gebruik van de BEM-methode duidelijk zijn. *“Begeleider Lars FG2: Ik merk wel dat cliënten er op reageren. Sommigen gingen het interpreteren als een systeem waardoor je meteen je medicijnen in eigen beheer krijgt. Die snapt niet precies waar het over ging. Ik had het ook opgehangen op het bord. Die zien dan BEM – Beheer Eigen Medicatie en denken “ja bem, dat moet ik hebben!”*

3.3.3 Afstemmen afnemende begeleider op cliënt

Bij de voorwaarden voor uitvoerbaarheid vanuit de cliënten is al genoemd dat een vertrouwensband tussen de cliënt en de begeleider die de BEM-VG toepast van belang is. Ook uit de gesprekken met begeleiders blijkt dat een goede band met de cliënt noodzakelijk is om een goed medicatiegesprek met de BEM-VG te kunnen voeren. Een goede band helpt de begeleiders in de voorbereiding van het medicatiegesprek bij het maken van een afweging over welke vragen gesteld gaan worden. Daarnaast kan een goede band helpen bij het interpreteren van de antwoorden. Spreekt de cliënt bijv. de waarheid, voelt hij zich op zijn gemak, begrijpt hij de vragen?

“Begeleider Lieke: “Wat er voor mij uitkwam in mijn gedachten over BEM. Je hebt het gewoon nodig – degene die aan de andere kant zit is gewoon heel belangrijk. Degene die de vragen stelt. Van hoe zit je en met welk doel zit je. Hoe interpreteer je iets en weet je door te vragen of de vraag anders te stellen. Elke cliënt zal dit anders lezen en zal een andere interpretatie hebben. Dus wil je juiste antwoorden, dan vraagt het een bepaalde vaardigheid van de vragensteller”

3.3.4 Onduidelijkheid vervolg na medicatiegesprek

Na het medicatiegesprek was voor veel begeleiders niet helemaal duidelijk wat zij precies met de gemaakte afspraken moesten doen. Veel begeleiders hadden het afsprakenformulier gebruikt, maar hadden vragen als: “waar leg je de afspraken definitief vast. Met wie communiceer je deze afspraken, ga je het na verloop van tijd weer evalueren of laat je het hierbij zitten, hoe vaak evalueer je” etc. Uit de focusgroepen blijkt dat begeleiders de behoefte hebben dat de BEM-VG onderdeel wordt van bestaande werkzaamheden, bijvoorbeeld door een medicatiegesprek te koppelen aan een zorgplanbespreking. Op deze wijze komt het onderwerp tenminste één keer per jaar structureel terug, en voelt het niet als een extra belasting om een medicatiegesprek te voeren. Iedereen op de woning kan de gemaakte afspraken nalezen in het zorgplan en op ieder moment evalueren.

“Begeleider Amber: Ik zou zeggen koppel het aan het zorgplan dat die afspraken er moeten zijn en het gevolg dus is dat je daarover een gesprek voert. Dat je dat dan een soort van moet aftekenen. Dat er druk achter zit dat je het ook doet.”

Vóórdat de BEM-VG gebruikt kan worden moet dus volgens begeleiders binnen de organisatie vastgesteld worden waar begeleiders de afspraken uit het medicatiegesprek kunnen noteren, met wie ze deze afspraken moeten communiceren, wie deze afspraken kan inzien en hoe vaak deze afspraken geëvalueerd dienen te worden. Gedurende het onderzoek bestonden er in de drie deelnemende organisaties nog geen interne afspraken en liepen begeleiders tegen problemen aan in de follow-up na de medicatiegesprekken.

3.4 De hulpmiddelen uit de BEM- toolbox worden gebruikt door de cliënten

Bij het afnemen van de van de interviews bleek dat niet alle cliënten, zelfstandig of samen met de begeleider, naar de toolbox hadden gekeken. Sommige begeleiders waren dit onderdeel vergeten, anderen gaven aan dat zij voorafgaand aan het interview nog geen gelegenheid hadden gehad. In totaal hebben zeven cliënten voorafgaand aan het interview één of meerdere e-modules uit de toolbox doorlopen. Eén van deze cliënten doorliep zelfstandig de e-modules, de overige zes cliënten doorliepen de e-modules samen met een begeleider. Redenen die bij deze zes cliënten werden genoemd om de toolbox samen te doorlopen, waren het niet beschikken over een eigen computer (n=3), de begrijpelijkheid van de vragen (n=3) en het niet goed kunnen lezen van de vragen (n=2).

De ervaringen die cliënten hadden bij het gebruik van de leermaterialen in de BEM-toolbox liepen uiteen. In tabel 7 zijn alle ervaringen weergegeven gedurende de interviews door cliënten genoemd zijn. Bij de positieve ervaringen werd vier keer genoemd dat cliënten nieuwe dingen hadden geleerd, o.a. over hoe zij medicijnen moeten innemen *“Sophie: Ja en met die medicijnen of ze heel ingenomen kunnen worden. Want je zag dat dat niet altijd mag. Zeker met die grote dingen, jeetje. Dan krijg ik hem ook niet weg”* en welke hulpmiddelen zij kunnen gebruiken om hun eigen beheer te ondersteunen *“Lisa: oh zo’n herinneringsapp is misschien wel handig zodat ik het bestellen niet meer vergeet.”*

Tabel 7: ervaringen cliënten BEM-toolbox

Positieve ervaringen	n	Negatieve ervaringen	n
Nieuwe dingen geleerd	4	Technische problemen BEM-toolbox	4
Leuk om met begeleider te doen	2	Kinderachtige vragen	3
Helpt bij bewustwording	1	Behoeft informatie eigen medicijngebruik en beheer	2
Makkelijk in gebruik	1	Geen nieuwe dingen geleerd	1
		Niet individueel kunnen maken BEM-toolbox	1
		Vragen over drugs beperkt tot alleen wietgebruik	1
		Moeilijk begrijpen vragen BEM-toolbox	1
		Ter veel informatie in één keer	1
		Herhaling van onderwerpen uit medicatiegesprek	1

Bij de negatieve ervaringen werden technische problemen het vaakst genoemd. Het inloggen was voor veel cliënten problematisch, doordat vier stappen nodig waren om bij de e-modules te komen. Daarnaast werd drie keer genoemd dat de vragen kinderachtig en makkelijk waren. Cliënten geven aan meer uitgedaagd te willen worden, en ook de behoefte te hebben aan hele gerichte informatie over hun eigen medicijngebruik en beheer (n=2). *“Linda: Maar eigenlijk heb je hier geen bal aan (..) ik vind het niet zo heel boeiend eigenlijk. Ik vind als ze zoiets maken dat mensen zelf iets over hun eigen medicijnen moeten kunnen zien.”*

Opvallend is dat juist één cliënt aangaf dat de vragen soms moeilijk waren. Deze cliënt had veel hulp nodig van de begeleider om de vragen te kunnen beantwoorden. Twee cliënten hadden direct na het medicatiegesprek de BEM-toolbox gebruikt en bemerkten dat er veel onderwerpen herhaald werden in het medicatiegesprek. De hoeveelheid informatie was te veel om in één keer te onthouden.

Door het matige gebruik en de wisselende meningen van cliënten over de materialen in de BEM-toolbox is deze besproken in de twee focusgroepen met begeleiders. De negatieve ervaringen die cliënten hadden, werden ook door de begeleiders genoemd. Met name de technische problemen vonden veel begeleiders storend. Daarnaast werd in deze groepen aangegeven dat het van belang is dat cliënten het nut om met de BEM-toolbox aan de slag te moeten inzien, anders kan de prikkel om daadwerkelijk iets met de BEM-toolbox te doen te zwak zijn. Begeleiders kwamen in één focusgroep met de suggestie om te gaan werken met certificaten, om cliënten te stimuleren met de BEM-toolbox aan de slag te gaan. *“Begeleider Emma: Sommige cliënten hechten daar echt wel waarde aan. Van ik heb een diploma voor mijn medicijnen”*. In de tweede focusgroep werd dit ook als een goede prikkel gezien om cliënten aan te sporen om de BEM-toolbox te laten maken. Hieraan voegen zij wel toe dat het goed is om de BEM-toolbox niet als verplichting te stellen, maar als optie open te laten voor cliënten die meer willen leren. Om te voorkomen dat de BEM-toolbox kinderachtig overkomt werd door de begeleiders de suggestie gedaan om pictogrammen te vervangen door foto's.

3.5 Deelconclusie uitvoerbaarheid BEM-VG

In de methode zijn een tweetal primaire parameters genoemd die bepalen wanneer de BEM-VG uitvoerbaar is voor begeleiders om toe te kunnen passen op de doelgroep LVB: Cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek, en de hulpmiddelen uit de BEM-toolbox BEM worden gebruikt door de cliënten.

Uit de analyses van dit hoofdstuk blijkt dat de deelnemende cliënten bereid waren om mee te werken aan een medicatiegesprek. Een kanttekening bij de bereidheid van cliënten is dat cliënten zijn geselecteerd op basis van convenience sampling en dus op voorhand alleen cliënten meededen die vooraf ingestemd hebben om te participeren aan een medicatiegesprek. Desalniettemin waren alle vijftien cliënten positief over het medicatiegesprek en hadden ze er geen problemen mee om dit gesprek samen met hun begeleider te voeren. Zo blijkt dat cliënten en begeleiders veel vaker van dit soort gesprekken hebben, maar dan over andere onderwerpen. Dat nu het gesprek over medicatie ging in plaats van over bijv. werk maakte voor de deelnemende cliënten geen verschil. Uit de resultaten blijkt echter dat er voor zowel cliënten als begeleiders een aantal voorwaarden zijn waar aan voldaan moet worden om een goed medicatiegesprek te kunnen voeren. Deze voorwaarden zijn in tabel 8 weergegeven.

Zo is een vertrouwensband met de begeleider die het medicatiegesprek voert belangrijk, zodat het voor cliënten gemakkelijker is om open en eerlijk over medicatiegebruik en beheer te praten. Bij afwezigheid van een vertrouwensrelatie kan het voeren van een medicatiegesprek leiden tot onjuiste informatie en/of weerstand vanuit de cliënt. Daarnaast is bij toepassing van de BEM-VG het van belang dat begeleiders rekening houden met de wensen en behoeften van cliënten, hier ook naar vragen gedurende het medicatiegesprek, en dit mee laten wegen bij het komen tot afspraken over het eigen beheer. Aan het gebruik van de vragenlijst is de voorwaarden van toepassing dat de afnemende begeleider de vragen afstemt op de situatie van de cliënt. Verder moeten de vragen afgestemd worden op het begripsniveau en taalgebruik van de cliënt. Vanuit de begeleiders is dus een grote mate van voorbereiding en creativiteit vereist bij het toepassen van de BEM-VG om ervoor te zorgen dat het medicatiegesprek goed verloopt. Welke vragen ga je wel stellen aan de cliënt, welke vragen ga je juist niet stellen, moet een vraag anders geformuleerd worden etc. Daarnaast moet de uitvoerende begeleider goed voorgelicht zijn over de inhoud, doel en het gebruik van de BEM-VG, zodat de methode niet verkeerd gebruikt wordt en de cliënten ook op een juiste manier geïnformeerd worden over het doel van het medicatiegesprek. Tot slot is het voor de uitvoerbaarheid ook van belang dat er op organisatorisch niveau afspraken zijn gemaakt om begeleiders in staat te stellen om begeleidingsafspraken en ontwikkeldoelen in het ondersteuningsplan vast te leggen en cyclisch te evalueren. Duidelijk moet zijn waar begeleiders de afspraken uit het medicatiegesprek kunnen noteren, met wie ze deze afspraken moeten communiceren, wie deze afspraken kan inzien en hoe vaak deze afspraken geëvalueerd moeten worden.

Tabel 8: voorwaarden uitvoerbaarheid BEM-VG

	Ervaringen cliënten uitvoerbaarheid	Ervaringen begeleiders uitvoerbaarheid
<i>Vertrouwensband met afnemende begeleider</i>	Er komen een aantal gevoelige gespreksonderwerpen aan bod tijdens zo'n medicatiegesprek. Denk aan fouten die gemaakt worden in het beheer, maar ook alcohol en drugsgebruik. Cliënten vinden het prettig dat zij dit kunnen bespreken met een begeleider die zij vertrouwen.	Het voeren van het medicatiegesprek moet door een begeleider gedaan worden waarmee de cliënt een vertrouwensband heeft opgebouwd, zodat lastige onderwerpen open besproken kunnen worden.
<i>Respecteren wensen en behoeftes eigen regie</i>	Cliënten ervaren verschillende wensen en behoeftes wat betreft eigen regie en vinden het belangrijk dat begeleiders hier rekening mee gehouden wordt bij het maken van afspraken.	

Individuele afstemming vragenlijst op cliënt

Cliënten hadden uiteenlopende ervaringen met de vragenlijst die begeleiders gebruikte tijdens het medicatiegesprek en zien het liefst dat deze afgestemd wordt op hun eigen situatie.

Vanuit de begeleiders is enige vorm van voorbereiding en creativiteit vereist bij het toepassen van de BEM-VG om er voor te zorgen dat de vragenlijst afgestemd wordt op de situatie van de cliënt waarmee hij het gesprek voert.

Goede voorlichting begeleiders over BEM-VG

De begeleider die het medicatiegesprek voert moet goed voorgelicht zijn over de inhoud, doel en het gebruik van de BEM-VG, zodat de BEM-VG niet verkeerd gebruikt wordt en de cliënten ook op een juiste manier geïnformeerd worden over waarom ze een medicatiegesprek doen. Voor begeleiders moet duidelijk zijn waar de afspraken uit het medicatiegesprek genoteerd kunnen worden, met wie ze deze afspraken moeten communiceren, wie deze afspraken kan inzien en hoe vaak deze afspraken geëvalueerd moeten worden.

Onduidelijkheid vervolg na medicatiegesprek

Het gebruik van de hulpmiddelen uit de toolbox door cliënten viel in dit onderzoek tegen. Zo bleek dat veel cliënten de modules uit de toolbox niet zelfstandig kunnen maken, en daarin afhankelijk zijn van begeleiders. Daarnaast bleek dat ook niet iedere cliënt de beschikking had over een computer of ander middel zoals een Ipad om de modules te kunnen maken. De ervaringen van cliënten die de toolbox wel hadden gemaakt liepen uiteen. Cliënten reageerde wisselend op de inhoud van de modules. Door niveaunderschillen waren vragen voor de één moeilijk, terwijl de ander juist meer uitdaging had verwacht. Verder waren er ook wat technische problemen met de huidige leverancier van de software, waardoor er problemen ontstonden bij bijv. het inloggen en doorklikken van vragen. Het oplossen van de technische problemen en inhoudelijke aanpassingen zou er voor kunnen zorgen dat het gebruik van de toolbox voor cliënten makkelijker wordt en de inhoud beter aansluit op hun behoeftes.

Parameter	Wel of niet voldaan
Cliënten zijn bereid om mee te werken aan een medicatiegesprek.	Voldaan, mits de voorwaarden in acht worden genomen.
De hulpmiddelen uit de BEM-toolbox worden gebruikt door de cliënten.	Niet volledig voldaan, maar aanpassingen aan de inhoud en de software zouden het gebruik verder kunnen stimuleren.

Hoofdstuk 4: Doelmatigheid BEM-VG

Naast de uitvoerbaarheid is de doelmatigheid van de BEM-VG ook van belang. Levert het medicatiegesprek iets op? Helpt het begeleiders om meer inzicht te krijgen in de vaardigheden die een cliënt heeft op het gebied van medicatiebeheer?

4.1 Begeleiders signaleren problemen met betrekking tot medicatie beheer en –gebruik

In het onderzoek werd gekeken in hoeverre begeleiders na toepassing van de BEM-VG problemen met betrekking tot het medicatiebeheer- en gebruik kunnen signaleren.

In tabel 9 zijn alle problemen te vinden die gedurende het medicatiegesprek boven water kwamen. In totaal werden bij vijf medicatiegesprekken geen nieuwe problemen gevonden. Vaak waren de bestaande problemen al bekend bij de begeleiding, maar waren er nog geen acties genomen om deze problemen te verhelpen. Tijdens het medicatiegesprek kwamen deze problemen opnieuw ter sprake. Wat verder vaak naar voren kwam is het verkeerde gebruik van medicijnen door cliënten, door zich bijv. niet te houden aan geadviseerde tijden van inname “Begeleider Lisa: Lisa is ook van bepaalde rituelen. Bijvoorbeeld bij de koffie neemt ze der pilletje in. Loopt die ochtend al anders komt ze niet aan haar koffie toe, en ook niet aan haar pil.” Daarnaast werden er ook veel problemen in de opslag van medicijnen gesignaleerd, o.a. het verkeerd opslaan en niet in de gaten houden van houdbaarheidsdata. Verder werd de bijsluiter ook vaak als probleem genoemd, vanwege de verminderde leesbaarheid voor cliënten “Julia: De bijsluiter snap ik nooit. Die haal ik altijd uit de medicijnendoosjes en die gooi ik altijd direct weg.” Opvallend is verder dat tijdens de medicatiegesprekken een aantal fouten zijn gevonden die door de apotheek zijn gemaakt, over bijv. de dosering en onjuiste informatie op de medicijnendoosjes.

Tabel 9: overzicht gesignaleerde problemen gedurende medicatiegesprek

Problemen die gedurende het medicatiegesprek werden gesignaleerd	n
Geen problemen in eigen beheer gesignaleerd die niet bekend waren bij leiding	5
Verkeerd gebruik medicijnen	4
Verzamelen medicijnen op kamer	3
Medicijnen die over de datum zijn	3
Moeite lezen etiketten en bijsluiter	2
Verkeerde opslag medicijnen	2
Vergeeten bestellen medicijnen	1
Ontbreken gele sticker medicijn waar dit wel nodig is	1
Niet begrijpen wat bijwerkingen zijn	1
Ontbreken bewustzijn innemen medicijnen	1
Dosering medicijn doosje en daadwerkelijke inname komt niet overeen	1
Ontbreken uitleg werking medicijnen en interactie met andere middelen	1
Onnodig binnenkomen medicijnen in baxterrol	1
Drugsgebruik van cliënt	1

Uit de gesprekken met begeleiders bleek verder dat zij vaak assumpties hebben over de manier waarop een cliënt zijn eigen medicatie beheert. Cliënten die hun medicatie al een tijdje in eigen beheer hebben en waarvan de begeleiders aangeven weinig zicht te hebben over hoe dit beheer verloopt. Meestal zijn er geen grote incidenten en wordt aangenomen dat het eigenlijk allemaal wel goed gaat. In een aantal gevallen was dit inderdaad het geval, en gaf het medicatiegesprek de begeleiding de bevestiging dat een cliënt zijn of haar eigen beheer op orde had. “Begeleider Sophie: Nou ze is nog nauwkeuriger dan ik dacht. Ik had echt zoiets van dat eigen beheer doet ze

allemaal op haar eigen houtje. Maar dat blijkt écht niet zo te zijn. Ze belt altijd met de assistentes of ze overlegt met ons team. En de bijsluiter, dat zei ze ook nog. Als haar man het niet begrijpt dan bel ik de huisarts. Of ik vraag het eerst aan jullie.”

Uit de gesprekken bleek ook dat deze verwachtingen niet altijd overeenkomen met de werkelijkheid. Door middel van het in gesprek raken over het eigen beheer kwamen zij erachter dat bepaalde dingen niet goed liepen, zoals het tijdig bestellen of innemen. *Begeleider Amber: “Ik vroeg aan haar joh wil je al je medicijnen die je hebt op tafel leggen en toen kwam ze met een plastic doos aan en een hele bak vol met medicatie. Toen had ik al zoiets van oke. Het meeste heeft ze in baxterrollen. Toen hebben we daar het gesprek over gevoerd van joh wat heb je allemaal in die bak zitten. Bleek heel veel medicatie van vroeger te zijn.”*

4.2 Begeleiders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt op gebied van medicatiebeheer en -gebruik

Naast het signaleren van problemen, werd ook gekeken in hoeverre begeleiders aangeven dat zij aan de hand van de BEM-VG een inschatting kunnen maken over de vaardigheden en ondersteuningsbehoefte die iemand heeft met betrekking tot medicatiebeheer en -gebruik.

Vaardigheden

Begeleiders geven aan dat zij na het medicatiegesprek meer inzicht hebben gekregen in de vaardigheden waarover een cliënt beschikt in zijn medicatiebeheer. Eén begeleider kwam er door het medicatiegesprek achter dat de cliënt nog niet helemaal klaar was om zijn eigen medicatie te beheren *“Begeleider Bram: het klinkt misschien heel naar ofzo, maar ik ben al heel snel tot de conclusie gekomen dat het voor Bram nog niet werkt om zijn eigen medicatie in beheer te krijgen.”* Bij twee cliënten gaf het medicatiegesprek bij de begeleider een dusdanig goed gevoel dat de cliënt beschikte over de juiste vaardigheden, dat besloten werd om bij deze twee cliënten stapsgewijs toe te werken naar eigen medicatiebeheer. *“Begeleider Julia: Ik vond dat ze meer wist dan dat ik dacht. En dat bevestigde voor mij heel erg van waarom staan jouw medicijnen hier nog in de kast. Dit is echt niet nodig. Wij nemen iets weg wat je héél goed zelf kan.”*

Het medicatiegesprek hoeft niet altijd tot nieuwe inzichten te leiden over de vaardigheden van een cliënt. Zo geven een aantal begeleiders aan vaak wel een idee te hebben over welke vaardigheden een cliënt beschikt, maar dan vinden zij het prettig om deze assumpties die zij hebben te toetsen door met de cliënt in gesprek te gaan. *“Begeleider Linda: Gewoon om te checken of ze het inderdaad wel echt wist. Ik bedoel je hebt een stukje eigen invulling die je er soms bij in doet, maar het is altijd handig om toch nog even voor de zekerheid even te checken. Ja het meeste klopte inderdaad wel met wat redelijk in mijn hoofd zat.”*

Ondersteuningsbehoefte

Zoals eerder is besproken bij het onderdeel ‘3.2.2 Respecteren wensen en behoeftes eigen regie’ hebben cliënten verschillende ondersteuningsbehoefte. De één vindt een beetje extra hulp van de begeleiding wel prettig *“Begeleider Emma: Emma wilt zelf dat wij als begeleider de medicatie blijven bestellen.”*, waar de ander hier zoveel mogelijk zelfstandiger in wilt zijn *“Löis: Ik vind het kinderachtig! Ik word behandeld als een klein kleutertje. Normaal deed ik het altijd zelf. En nou zei ze (begeleider) ‘ja dan gaan we daar afspraken over maken dat je elke week je medicijnen uitzet met de begeleiding’. Njah, oké”*. Cliënten geven zelf ook aan dat hun ondersteuningsbehoefte door de tijd heen kan fluctueren, door bijv. een lastige situatie thuis of een extra antibioticakuur *“Löis:*

Nou njah weet je, het is op zich wel fijn met die antibiotica erbij dat er iemand meekijkt. Maar dadelijk als ik geen antibiotica meer slik dan hoeft het van mij niet meer.”

Begeleiders geven aan dat door met elkaar in gesprek te gaan, duidelijk wordt hoe begeleiders een juiste invulling kunnen geven aan de ondersteuningsbehoefte van de cliënt, zonder dat dit afdoet aan het gevoel van zelfstandigheid bij cliënten. *“Sanne: Ja met de begeleiding erbij wel. Met vullen en zo. Ik houd zelf de tijd ook in de gaten (..) vind ik wel heel fijn. Anders vergeet ik het misschien enz.”*

4.3 Begeleiders hebben voldoende informatie om afspraken te maken met de cliënt over medicatiebeheer

Een onderdeel van de BEM-VG is het afsprakenformulier, waar de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt gedurende het medicatiegesprek op genoteerd kunnen worden. De onderzoeksvraag was of de BEM-VG voldoende informatie oplevert voor begeleiders om afspraken te kunnen maken.

In tabel 10 zijn alle afspraken te vinden die begeleiders na het medicatiegesprek hebben gemaakt. Bij drie cliënten zijn geen wijzigingen in de afspraken gemaakt. Hiervan hadden twee cliënten hun medicatie al volledig in eigen beheer, en waren aanvullende afspraken niet noodzakelijk. Bij de ander is er bewust voor gekozen om op dat moment geen afspraak te maken, omdat uit het gesprek bleek dat de cliënt wegens medische redenen eigen beheer nog niet aankon. Verder zijn er afspraken gemaakt met de intentie om de cliënt zelfstandiger te maken, door bijvoorbeeld het eigen beheer uit te breiden of door de cliënt zelf medicijnen te laten bestellen. Daarnaast zijn er ook afspraken gemaakt over extra ondersteuning vanuit de begeleiding, omdat cliënten hadden aangegeven hier behoefte aan te hebben. In sommige gevallen is ervoor gekozen om niet direct een afspraak op papier te zetten, maar eerst meer informatie te verzamelen of te overleggen met collega's.

Tabel 10: overzicht gemaakte afspraken na medicatiegesprekken

Afspraken die na het medicatiegesprek zijn gemaakt	n
Geen wijzigingen in afspraken gemaakt	3
Cliënt zelf medicatie laten bestellen	3
Nagaan hoe (een deel van) het eigen beheer weer bij de cliënt kan komen te liggen	2
Extra ondersteuning begeleiding bij uitzetten medicijnen	2
Navraag doen bij apotheek over medicijnen	2
Uitbreiden eigen beheer van een cliënt	2
Extra ondersteuning begeleiding bij de bijsluiter	2
Inleveren overbodige voorraden medicijnen	1
Uitzoeken of medicijnen in baxterrol kunnen komen	1
Vergeeten innames melden bij begeleiding	1
Extra ondersteuning begeleiding bij het eigen beheer van medicijnen	1
Medicijn uit baxterrol halen en doosje aan de cliënt geven	1
Installeren pill-reminder app op mobiel	1
Inplannen vervolgesprek	1

Daarnaast bleek uit de gesprekken met begeleiders dat zij na toepassing van de BEM-VG bewuster zijn na gaan denken over de rol en verantwoordelijkheid die zij hebben richting de cliënt op het gebied van eigen beheer van medicatie. Sommige begeleiders geven aan nog nooit op zo'n manier samen met de cliënt naar het medicatiegebruik te hebben gekeken, omdat het normaliter vaak maar een 'onderdeel van' is. Het voeren van medicatiegesprekken met cliënten was voor andere begeleiders ook nieuw, maar zij waren wel van mening dat zij een verantwoordelijkheid richting de

cliënten hadden om het onderwerp te bespreken. *“Begeleider Daan: “Ja ik ben dan ook medicatie functionaris en dan heb je het meer over je invoer en uitvoer en hoe zorg je ervoor dat mensen de toedienlijst aftekenen. Maar je hebt het er eigenlijk nooit over van hoe ga je als begeleider met een bewoner aan de slag. Hoe doe je dat dan”.* Daarnaast blijkt dat begeleiders na toepassing van de BEM-VG erachter zijn gekomen dat het medicatieproces op de woning verbeterd kan worden. Doet de begeleiding wat er vanuit de cliënten of de organisatie van ze verwacht wordt? Hierover kunnen nieuwe inzichten ontstaan.

4.4 Verwanten zijn tevreden over de gemaakte afspraken rondom medicatie beheer en – gebruik

Binnen het onderzoek werd ook gekeken naar de ervaringen van verwanten over het eigen beheer van medicatie, en ervaringen over de afspraken die zijn voortgekomen uit de BEM-VG.

Het eerste wat opviel is de wisselende communicatie vanuit begeleiders richting verwanten over het eigen beheer en medicatiegebruik, ongeacht de rol van de verwant. Een tweetal verwanten gaf aan regelmatig contact te hebben met begeleiding wanneer bijv. het medicijngebruik van de cliënt wijzigt. Een andere verwant geeft aan dat zij informatie voornamelijk via haar zoon/dochter te horen krijgt. Deze laatste twee verwanten geven aan behoefte te hebben aan meer informatie over het medicatiegebruik van hun zoon/dochter. *“Verwant Amber: Nou ik zou best wel eens bij zo’n zorgplanbespreking – daar zou ik als ouder best wel eens bij willen zijn”.* Eén verwant staat ingeschreven als curator van de cliënt, en wordt in die rol betrokken bij beslissingen op gebied van behandeling en medicatie.

Alle verwanten waren positief verder over eigen beheer van medicatie, en hebben vertrouwen dat hun zoon of dochter dit ook kan. *“Verwant Bram: Dan is hij gewoon eigen baas. Hij weet zelf ook dat het moet. Dus ik denk zelf ook wel dat hij zelf kan beheren.”* Eén verwant gaf aan dat het de zelfstandigheid van de cliënt vergroot, waardoor deze ook minder afhankelijk is van begeleiders en meer zijn eigen ding kan doen. Twee andere verwanten geven aan dat het positief is dat cliënten hierdoor zelf een stukje verantwoording krijgen en hiervan kunnen leren. *“Verwant Milou: Ik denk wat ze onafhankelijk kunnen, moet gewoon gedaan worden. Dat is alleen maar positief. Dan moeten ze zelf ook nog een beetje denken en een beetje verantwoordelijkheid pakken. Als dat alleen maar voor haar bedacht wordt, daar leert ze natuurlijk ook niet veel van”.* Twee verwanten voegen hier wel aan toe dat zij in zekere mate wel extra ondersteuning vanuit de begeleiding verwacht, ongeacht het niveau van eigen beheer bij de cliënt. *“Verwant Milou: Als ze niet zeker weten of dat het ingenomen wordt, of dat het opgespaard wordt of wat dan ook. Dus er zou eigenlijk – ik denk dat dat ook weer lastig is maar een vorm van controle moeten zijn.”* Opvallend is verder dat iedere verwant ook het belang van de zwaarte van de medicatie laat meewegen in hun oordeel hoe zij tegenover eigen beheer staan. *“Verwant Laura: Wordt het echt zware medicatie, waarbij je op een gegeven moment gaat nadenken van joh als ze er nu per ongeluk twee of drie tegelijkertijd innemen en daardoor buiten bewustzijn raken of gewoon helemaal van het pad af raken. Ja dan moet je dat wel eventjes anders benaderen.”*

4.5 Deelconclusie doelmatigheid BEM-VG

Ook voor de doelmatigheid zijn vooraf een aantal parameters bepaald om te bepalen wanneer de BEM-VG doelmatig wordt geacht. Deze parameters zijn: begeleiders signaleren problemen met betrekking tot medicatiebeheer en –gebruik; begeleiders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt op gebied van medicatiebeheer en –gebruik; begeleiders

hebben voldoende informatie om afspraken te maken met de cliënt over medicatiebeheer; verwanten zijn tevreden over de gemaakte afspraken rondom medicatiebeheer en – gebruik.

Uit de analyses van dit hoofdstuk blijkt dat door het medicatiegesprek begeleiders problemen beter hebben gesignaleerd omtrent het eigen beheer van cliënten. Dit kunnen kleine dingen zijn, zoals moeite met het lezen van de kleine lettertjes op de bijsluiters, of juist wat grotere problemen, zoals het verkeerd gebruiken van een medicijn. Door deze signalering kan een begeleider vervolgens gerichter praktische afspraken met de cliënt maken over hoe het beheer in de toekomst beter kan. Na het voeren van het medicatiegesprek hadden begeleiders meer inzicht en duidelijkheid over de vaardigheden die cliënten hebben op het gebied van eigen beheer van medicatie. Daarnaast was voor begeleiders ook inzichtelijk welke ondersteuningsbehoefte hun cliënten hierin hadden. Deze informatie heeft begeleiders geholpen bij het maken van vervolgspraken over het ontwikkelen van vaardigheden en extra ondersteuning bij eigen beheer op individueel niveau bij cliënten. Begeleiders zijn zich door het gebruik van de BEM-VG ook bewuster geworden over hun eigen taken en verantwoordelijkheden richting de organisatie en cliënten op het gebied van medicatiebeheer. Tot slot wordt eigen beheer door verwanten aangemoedigd, al verwachten zij daarin wel een zekere vorm van ondersteuning en controle vanuit de begeleiding, ongeacht het niveau van de cliënt.

Parameter	Wel of niet voldaan
Begeleiders signaleren problemen met betrekking tot medicatie beheer en – gebruik	Voldaan
Begeleiders hebben voldoende informatie om afspraken te maken met de cliënt over medicatiebeheer	Voldaan
Begeleiders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van de cliënt op gebied van medicatiebeheer en –gebruik	Voldaan
Verwanten zijn tevreden over de gemaakte afspraken rondom medicatie beheer en – gebruik	Voldaan

Hoofdstuk 5: De randvoorwaarden (tijdsinvestering, scholing begeleiders) voor implementatie van de methodiek BEM zijn bekend.

Tot slot blijft de vraag staan welke randvoorwaarden nodig zijn voor implementatie van de BEM-VG. Onder randvoorwaarden wordt verstaan de tijdsinvestering die gemoeid gaat met de BEM-VG, de scholing die voor begeleiders nodig is en welke randvoorwaarden er aan uitvoerbaarheid en doelmatigheid bij de implementatie van de BEM-VG zijn.

Tijdsinvestering

In de onderstaande tabel staat een schatting van de tijd die de deelnemende begeleiders aan de BEM-VG hebben besteed. Deze inschatting is gemaakt op basis van de interviews.

Tabel: 11 tijdsinvestering begeleiders

Activiteit	Tijd in uren
Cliëntgebonden tijd	
Medicatiegesprek	1
Begeleiding e-modules uit BEM-toolbox	1
Evaluatie afspraken	Afhankelijk van gemaakte afspraken
Niet cliëntgebonden tijd	
Scholingsmiddag begeleiders	3
Vorbereiding medicatiegesprek	1
Verwerken afspraken zorgplan	0,5
Informeren behandelaars en apotheek	0,5
Totaal	Minimaal 7uur

Echter is de BEM-VG vaak geen eenmalig iets is. Het is een ontwikkelingsproces wat samen met de cliënt gestart wordt. Afspraken moeten daardoor ook samen met de cliënt geëvalueerd worden, en worden aangepast aan de situatie. Zo kan het voorkomen dat een medicatiegesprek ieder jaar plaatsvindt, en dus ieder jaar tijd in de voorbereiding, uitvoering en verwerking van een medicatiegesprek gaat zitten. Naarmate een begeleider vaardiger in deze activiteiten wordt zal de tijdsinvestering logischerwijs ook verminderen. Ook zal de tijdsinvestering per cliënt anders zijn. Indien samen met de cliënt stapsgewijs bepaalde vaardigheden (door)ontwikkeld worden om de cliënt zelfstandiger te maken, zal een begeleider hier meer tijd aan ondersteuning kwijt zijn dan wanneer een begeleider geen wijzigingen in de afspraken maakt met een cliënt die alles al in eigen beheer heeft.

Scholing

In het kader van dit onderzoek hebben alle deelnemende begeleiders een scholingsmiddag bijgewoond. Deze middag duurde drie uur waarin uitleg werd gegeven over wat de BEM-VG is en hoe men de BEM-VG kan gebruiken. Met het oog op de implementatie was ook onduidelijk of begeleiders het volgen van de training als noodzakelijk zagen om met de methodiek aan de slag te gaan. Hierdoor is het onderwerp nogmaals besproken in de focusgroepen. In beide focusgroepen waren begeleiders van mening dat het belangrijk is dat minimaal één begeleider per locatie de training volgt, zodat deze als aanspreekpunt en klankbord kan fungeren voor andere begeleiders over de manier van werken met de BEM-VG. De begeleiders waren het er unaniem over eens dat niet iedere begeleider die met de methodiek aan de slag gaat de training zou hoeven

volgen. Een instructie van een collega die de training wel heeft gevolgd zou voldoende moeten zijn om collega's met BEM-VG aan de slag te laten gaan.

Randvoorwaarden uitvoerbaarheid en doelmatigheid implementatie BEM-VG

Op basis van resultaten uit eerdere hoofdstukken kunnen een aantal randvoorwaarden geschetst worden die nodig zijn om de BEM-VG uitvoerbaar en doelmatig te maken. Het is van belang dat deze randvoorwaarden inzichtelijk zijn voor zorgorganisaties en begeleiders wanneer zij de BEM-VG zouden willen inzetten.

Voor zorgorganisaties zijn de volgende voorwaarden opgesteld:

<i>Inzicht verantwoordelijkheden</i>	Zorg in de organisatie voor duidelijkheid rondom de verantwoordelijkheden van de begeleider ten aanzien van de medicijnen van de cliënt.
<i>Scholing</i>	Zorg dat minimaal één persoon per team scholing heeft ontvangen over de BEM-VG.
<i>Kennisniveau hulpmiddelen</i>	Zorg voor kennis bij begeleiders over hulpmiddelen bij eigen beheer van medicijnen. Zoals medicijn-apps en een 'smart pillendoos'.
<i>Inbedding organisatie</i>	Neem de verschillende BEM-VG materialen op in het kwaliteitssysteem van de organisatie zodat begeleiders weten waar ze alles kunnen verwerken.
<i>IT-infrastructuur</i>	Zorg voor voldoende toegankelijk tot ICT voor cliënten indien men met de e-modules aan de slag wilt gaan.
<i>Evaluatie BEM-VG</i>	Evalueer de werkwijze rondom het medicatiegesprek met BEM-VG regelmatig in de organisatie. Neem hierin inzichten mee van zowel begeleiders als cliënten.

Voor begeleiders zijn de volgende voorwaarden opgesteld:

<i>Vertrouwensband</i>	Zorg dat je als begeleider een goede vertrouwensband hebt met de cliënt.
<i>Verwachtingen cliënt</i>	Creëer de juiste verwachtingen bij de cliënt. Een medicatiegesprek met BEM-VG betekent niet dat de cliënt per definitie alle medicijnen in eigen beheer krijgt
<i>Doel medicatiegesprek</i>	Ga zonder oordeel en open het gesprek aan. Het medicatiegesprek is bedoeld om cliënten verder te helpen in hun zelfstandigheid en ontwikkeling. Niet om te controleren. Leg de cliënt dit doel van het medicatiegesprek uit.
<i>Eigen regie cliënt</i>	Respecteer de eigen regie van de cliënt. Het uitgangspunt van BEM-VG is om de vaardigheden rondom medicatie gebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen en afspraken te maken over de benodigde ondersteuning.
<i>Werkwijze</i>	Bepaal van tevoren de werkwijze en het doel van het medicatiegesprek met BEM-VG.
<i>Afstemmen op individu</i>	Stem het medicatiegesprek af op de cliënt.
<i>Behoeftes cliënt</i>	Houd rekening met de behoeftes van de cliënt bij het maken van ondersteuningsafspraken.

Aanpassingen BEM-VG

Aan de hand van de verzamelde ervaringen, meningen en adviezen van de cliënten en begeleiders over BEM-VG kunnen de materialen worden aangepast. De volgende aanpassingen worden naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek gedaan:

<i>Vragenlijst</i>	De vragenlijst voor een medicatiegesprek, met uitgewerkte vragen, wordt omgezet in een 'lijst met gespreksonderwerpen' die de begeleider kan gebruiken bij het voeren van een medicatiegesprek. Onderwerpen die voor begeleiders of cliënten onduidelijk waren zijn geherformuleerd of de voorbeelden zijn verder uitgewerkt. Het onderwerp 'seksualiteit', een levensdomein waarop medicatie een impact kan hebben (bijwerking) is toegevoegd.
<i>Het afsprakenformulier</i>	De toepassing van het afsprakenformulier wordt veranderd. Het afsprakenformulier wordt gebruikt om korte notities te maken over de begeleidingsafspraken. De afspraken worden daarna uitgewerkt in het zorgplan, waarin ook de evaluatie van de afspraken wordt geborgd.
<i>Training voor medewerkers</i>	In de training worden de voorwaarden voor het medicatiegesprek en de borging van begeleidingsafspraken verwerkt.
<i>De BEM-toolbox/e-modules</i>	De inlogprocedure wordt vereenvoudigd door de e-modules te migreren naar een andere web-omgeving die vrij toegankelijk is.

Hoofdstuk 6: Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen in hoeverre de methode BEM-VG uitvoerbaar en doelmatig is om bij de LVB doelgroep vaardigheden rondom medicatie gebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen en afspraken te maken over de benodigde ondersteuning.

6.1 Uitvoerbaarheid en doelmatigheid BEM-VG

Wat betreft de uitvoerbaarheid kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat de BEM-VG uitvoerbaar is, onder bepaalde voorwaarden. Zo is een vertrouwensband met de begeleider die het medicatiegesprek voert belangrijk, zodat het voor cliënten makkelijker is om open en eerlijk over hun medicatiegebruik en beheer te praten. Daarnaast ervaren cliënten verschillende wensen en behoeftes wat betreft eigen regie en vinden zij het belangrijk dat hier rekening mee gehouden wordt bij het maken van afspraken. Aan het gebruik van de vragenlijst zit ook de voorwaarden verbonden dat de begeleider die het medicatiegesprek voert de vragen afstemt op het begripsniveau en de situatie van de cliënt. Daarnaast moet de begeleider die de methode BEM-VG gebruikt goed geïnformeerd zijn over de inhoud, doel en het gebruik van de verschillende materialen van de BEM-VG. Het is belangrijk te voorkomen dat de methode BEM-VG als een controlemiddel, of als normatief instrument gebruikt wordt. Ook cliënten dienen geïnformeerd te worden over het doel van het medicatiegesprek. Tot slot is het voor de uitvoerbaarheid ook van belang om op organisatorisch niveau het vastleggen en evalueren van ondersteuningsafspraken te borgen in het zorgplan.

In het onderzoek naar de uitvoerbaarheid van de BEM-VG werd bevestigd dat de doelgroep mensen met een LVB zeer gevarieerd is. Binnen dit onderzoek reageerden cliënten verschillend op de vragen die gesteld werden en hadden cliënten verschillende ondersteuningsbehoeftes. Iedere cliënt is uniek in zijn of haar ontwikkeling, waardoor het een uitdaging is om één algemeen geldend instrument te ontwikkelen. Er bestaat immers niet één benaderingswijze die voor iedereen geschikt is om de ontwikkeling en zelfstandigheid te bevorderen. Lotan et al. (2010) kwamen tot eenzelfde conclusie toen zij een model voor shared decision making creëerden. Zij geven daarin aan dat ook andere factoren zoals ontwikkelingsniveau, persoonlijkheidskenmerken en de motivatie die iemand heeft om over het onderwerp te willen praten van invloed zijn in de communicatie met mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast zijn er ook verschillen in de beginsituatie voor wat betreft de mate van eigen beheer tussen cliënten. Sommige cliënten hebben medicatie al (deels) in eigen beheer, anderen nog niet. Van de begeleider is creativiteit en flexibiliteit nodig om de juiste voorwaarden voor een goed medicatiegesprek te scheppen, het gesprek aan te sluiten op het begripsniveau van de cliënt én rekening te houden met de individuele behoeftes van cliënten. Tijdens interviews en focusgroep bijeenkomsten werd duidelijk dat begeleiders over deze vaardigheden beschikken en deze momenteel al gebruiken bij andere gespreksonderwerpen. De vragenlijst voor het medicatiegesprek, aanvankelijk opgesteld als interview, is om deze reden aangepast naar een lijst met gespreksonderwerpen die door begeleiders gebruikt kan worden als inhoudelijk hulpmiddel bij het voeren van het gesprek. De methode BEM-VG stuurt in “wat” besproken wordt, de begeleider kiest “hoe” de onderwerpen worden besproken.

Wat betreft de doelmatigheid kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat het voeren van een medicatiegesprek begeleiders helpt bij het signaleren van problemen in het eigen beheer van cliënten. Tijdens het medicatiegesprek krijgen begeleiders inzicht in de vaardigheden die cliënten

hebben wat betreft medicatiebeheer. Dit inzicht leverde in het onderzoek genoeg informatie op om afspraken te maken met de cliënt over het eigen beheer. Een bijkomend effect van het gebruik van de methode BEM-VG is dat begeleiders bewuster worden van de rol zij hebben op het gebied van eigen beheer. Echter hangt de doelmatigheid van het instrument samen met de uitvoerbaarheid. Indien niet aan bepaalde voorwaarden van de uitvoerbaarheid en doelmatigheid wordt voldaan, kan het voorkomen dat de toepassing van de BEM-VG weinig tot geen informatie oplevert voor een begeleider. Indien er geen inbedding in de organisatie is, kunnen afspraken wel gemaakt worden maar bestaat het gevaar dat deze na verloop van tijd naar de achtergrond verdwijnen. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn daarom voor begeleiders en zorgorganisaties die de BEM-VG willen toepassen een aantal voorwaarden opgesteld. Indien aan deze voorwaarden wordt voldaan kan geconcludeerd worden dat de BEM-VG geschikt is als hulpmiddel voor begeleiders om bij de LVB doelgroep vaardigheden rondom medicatie gebruik en medicatiebeheer in kaart te brengen en afspraken te maken over de benodigde ondersteuning.

6.2 Landelijke ontwikkelingen medicatieveiligheid en LVB'ers

Aandacht voor medicatiegebruik en beheer door mensen met een LVB zal komende jaren belangrijker worden door de toenemende vraag aan ondersteuning vanuit deze doelgroep. Momenteel zijn er naar schatting 1,4 miljoen mensen met een licht verstandelijke beperking met een IQ <70 (74.000) of een IQ tussen de 70 en 85 met problemen in de sociale redzaamheid (1.400.000) in Nederland (Woittiez et al., 2014). Maar een klein deel van deze groep doet beroep op zorg. Echter is het aandeel in de totale zorgvraag wel groeiende. Bijkomend hebben mensen met een LVB hebben in vergelijking met de rest van de bevolking meer gezondheidsproblemen en gebruiken hierdoor ook meer medicatie (Zorginstituut Nederland, 2019; Straetmans et al. 2007). Daarnaast ondervinden zij problemen bij het begrijpen van informatie over medicatie en informatie van zorgprofessionals (huisartsen, specialisten, apothekers etc.). Dit maakt hen kwetsbaar voor het maken van medicatiefouten (Zorginstituut Nederland, 2019; Smith et al. 2019; Ninnoni 2019). Consistente informatie-uitwisseling tussen verschillende betrokken zorgverleners is daarom van cruciaal belang in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Paul & Ninnoni, 2019). Echter geven signalen uit de praktijk aan dat deze informatie-uitwisseling in Nederland soms moeizaam blijkt te verlopen (Zorginstituut Nederland, 2019). Veel zorgverleners zijn er niet van op de hoogte dat iemand een LVB heeft. Diagnoses van gezondheidsproblemen worden hierdoor niet of te laat gesteld en behandeladviezen worden door een verstoorde communicatie niet opgevolgd. Daarnaast blijkt ook dat de samenwerking tussen zorgverleners soms moeizaam verloopt. Zo lieten Mastebroek et al. (2016) zien dat de beschikbaarheid van gezondheidsinformatie vaak afhankelijk is van de beschikbaarheid van zorgverleners, en er hiaten zitten in het opnemen en delen van informatie door zorgverleners richting huisartsen. Dit onderzoek laat zien dat het gebruik van de BEM-VG de begeleiders nieuwe inzichten kan verschaffen op het gebied van medicatiegebruik en medicatiebeheer die op een systematische wijze vastgelegd worden en zorgverleners zodoende eenvoudiger kunnen delen met andere betrokken partijen, zoals huisartsen.

Daarnaast zou de informatie die wordt verkregen uit de BEM-VG meegenomen kunnen worden in de jaarlijkse multidisciplinaire medicatiereviews. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ, 2010) stelt dat er jaarlijkse medicatiereviews volgens de Handreiking medicatiebeleid van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN, 2011) uitgevoerd dienen te worden bij mensen met een VB, ongeacht of er sprake is van polyfarmacie (het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen tegelijk). Boot et al. (2018) lieten al zien dat in een pilotproject waarin deze medicatiereviews werden toegepast bij huisartspatiënten die een verstandelijke beperking hebben, ouder zijn dan 35 jaar en vijf of meer medicijnen tegelijk gebruiken, veel oplevert. Onmisbare informatie vanuit

begeleiders en cliënten over de ondersteuningsbehoefte en vaardigheden van een cliënt zijn bij het meenemen van de informatie na toepassing van de BEM-VG op deze wijze beschikbaar voor huisartsen en apothekers tijdens de medicatiereview. Hierdoor zijn alle partijen goed geïnformeerd en kunnen zij rekening houden met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

6.3 Sterke en zwakke punten van dit onderzoek

Een sterk punt aan dit onderzoek is het betrekken van meningen en ervaringen die cliënten hadden bij gebruik van de BEM-VG. Relatief veel mensen met een LVB hebben problemen met lezen en schrijven. Daarom is interviewen de meeste geschikte manier om deze subjectieve informatie uit deze doelgroep te verkrijgen (Felce & Perry, 1995). Gegevens over de persoonlijke meningen van cliënten en begeleiders zijn verkregen met behulp van een zorgvuldig kwalitatief ontwerp. Een ander sterk punt is de variatie tussen deelnemende cliënten en begeleiders. Er bestonden verschillen in leeftijd, woongebied en organisatie van zorg. Verder was er sprake van een uiteenlopende mate van vaardigheden met betrekking tot eigen beheer bij deelnemende cliënten. Deze verschillen maakten het mogelijk om een grote variatie aan meningen, houdingen en gedragingen te verzamelen waardoor een genuanceerd beeld van de praktijk is ontstaan. Tijdens de focusgroep bijeenkomsten hebben begeleiders gereflecteerd op de verschillen in mening en de factoren die daaraan ten grondslag liggen. De diverse meningen van cliënten en begeleiders zijn tevens voorgelegd aan een ervaringsdeskundige, om ook zijn inzichten uit de praktijk over de onderwerpen mee te nemen in de resultaten.

Alhoewel interviewen het meeste geschikte middel is om informatie te verkrijgen van mensen met een LVB, zijn er methodologische uitdagingen, zoals acquiescence bias (de neiging om met de meeste uitspraken akkoord te gaan). Hierdoor was het soms lastig om meer diepgaande informatie te verkrijgen. Daarnaast zijn deelnemende cliënten geselecteerd door middel van convenience sampling. Alleen welwillende cliënten hebben meegedaan aan het onderzoek. We weten niet of andere cliënten, die zich niet spontaan hebben gemeld, bereid zijn een medicatiegesprek te voeren met hun begeleider en hoe zij het medicatiegesprek zouden ervaren. Verder ontbreken inhoudelijke data over het soort medicatie dat cliënten gebruiken. In het onderzoek was alleen bekend dat cliënten dagelijks medicatie gebruikten en welke mate van eigen beheer zij voorafgaand aan het medicatiegesprek hadden. Uit interviews met begeleiders en verwanten bleek dat op basis van het risicoprofiel van de medicatie andere afwegingen kunnen worden gemaakt over de mate van eigen beheer. Tot slot is het inherent aan de methodologie van dit onderzoek dat de gegevens die verzameld zijn niet representatief zijn voor alle mensen met een LVB die dagelijks medicatie gebruiken in Nederland. Het doel van het onderzoek was niet om generaliseerbare conclusies te trekken, maar om subjectieve informatie te verzamelen over het gebruik van de BEM-VG en de methode aan de hand van de onderzoeksresultaten aan te passen aan de behoeften van de gebruikers in de praktijk. Resultaten uit dit onderzoek kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden.

6.4 Vervolgonderzoek en invloed praktijk

Aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek wordt de BEM-VG aangepast en openbaar gemaakt voor zorgorganisaties en begeleiders om te gebruiken. Wat dit onderzoek laat zien is dat het gebruik van de BEM-VG begeleiders helpt om problemen rondom eigen beheer te signaleren en afspraken te maken over de benodigde ondersteuning. Wat dit onderzoek niet laat zien is het effect op de korte en lange termijn na toepassingen van de BEM-VG op de medicatieveiligheid op een woning. Daarnaast laat dit onderzoek ook niet zien of de BEM-VG ook voor andere VG-

doelgroepen gebruikt kan worden om daar mogelijk de zelfstandigheid van de cliënt te vergroten . Om dit in kaart te brengen zal nader onderzoek noodzakelijk zijn.

In de nieuwe handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg 2019 worden meerdere aspecten van eigen beheer van medicatie door cliënten beschreven, en worden aanbevelingen gedaan zoals: *“Spreek in de organisatie af hoe je op een gestructureerde manier in kaart brengt of een cliënt zijn medicatie zelfstandig kan beheren en/of gebruiken. Gebruik liefst verschillende categorieën van zelfstandigheid. Leg in het zorgdossier vast welke afspraken je met de cliënt hebt gemaakt”*. Van zorgorganisaties wordt dus verwacht dat zij in het medicatiebeleid vastleggen welke zorgprofessional op welk moment aandacht besteed aan de mogelijkheden rond eigen beheer en dat de afspraken worden vastgelegd. De BEM-VG kan als hulpmiddel gebruikt worden door zorgorganisaties om dit proces te faciliteren.

Literatuurlijst

- Arcscott, K., Stenfert Kroese, B., & Dagnan, D. (2001). *A study of the knowledge that people with intellectual disabilities have of their prescribed medication*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13, 90-99. doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00010.x
- Boot, F., & Mulder-Wildemors, L., & Voorbrood, V., & Evenhuis, H. (2018). *Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking*. Huisarts en wetenschap. 62. 10.1007/s12445-018-0373-z.
- Erickson, S.R., Salagdo, T.M, Tan, X. (2016). *Issues in the Medication Management Process in People Who Have Intellectual and Developmental Disabilities: A Qualitative Study of the Caregivers' Perspective*.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). *Quality of life: Its definition and measurement*. Research in Developmental Disabilities, 16, 51–74.
- Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg, VGN, (2011) www.vgn.nl
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010) *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende*.
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (2009). *Beoordeling Eigen beheer van Medicatie in verzorgingshuizen*. Utrecht
- Lotan, G. & Ells, C.. (2010). *Adults With Intellectual and Developmental Disabilities and Participation in Decision Making: Ethical Considerations for Professional-Client Practice*. Intellectual and developmental disabilities. 48. 112-25. 10.1352/1934-9556-48.2.112.
- Mastebroek, M., Naaldenberg, J., Driessen Mareeuw, F., Leusink, G., Lagro-Janssen, A., Lantman-de Valk, H. (2016). *Health information exchange for patients with intellectual disabilities: a general practice perspective*. Br J Gen Pract 2016; 66:e720–8. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686593> PMID: 27481859
- Mortelmans, D. 2013. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Uitgeverij Anco.
- Ninnoni, J.P.K. *A qualitative study of the communication and information needs of people with learning disabilities and epilepsy with physicians, nurses and carers*. (2019). BMC Neurol 19, 12 <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1235-9>
- Smith, M. & Adams, D. & Carr, C. & Mengoni, S.. (2019). *Do people with intellectual disabilities understand their prescription medication? A scoping review*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 32. 10.1111/jar.12643.
- Straetmans, J.M.J.A.A., Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J. van, Schellevis, F.G., Dinant, G.J. (2007). *Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice*. British Journal of General Practice: 2007, 57(534), 64-66
- Vereniging Gehandicaptten Zorg Nederland (2011). *Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg*. Den Haag
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., Ras, M. (2014) *Zorg Beter Begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP);.
- Zorginstituut Nederland (2019). *Screeningsrapport gehandicaptenzorg: zinnige zorg*. Den Haag

Bijlage 1: Eerste versie vragenlijst BEM-VG

- Deze vragenlijst is bedoeld om met de cliënt een gesprek te voeren over vaardigheden die nodig zijn om zelf medicatie te kunnen gebruiken en beheren.
- De vragen hoeven niet op volgorde te worden doorgenomen.

	Vaardigheden
Medicijngebruik	<p>1. Kun je laten zien welke medicijnen je gebruikt?</p> <p><i>Vraag de cliënt de verschillende medicijnen te laten zien en te vertellen of de medicijnen heel lang gebruikt worden, voor af en toe zijn of maar kort gebruikt worden (bijvoorbeeld antibiotica).</i></p> <p><i>Kijk of het actuele medicatieoverzicht (of de toedienlijst) overeenkomt met de informatie van de cliënt en noteer de verschillen.</i></p>
Zelfzorg-medicatie	<p>2. Als je zelf medicijnen in de winkel koopt, krijg je er geen uitleg bij hoe ze te gebruiken. Hoe zit dat bij jou? Weet je hoe je medicijnen die je niet van de dokter hebt gekregen (bijvoorbeeld paracetamol of neusspray) het beste kunt gebruiken?</p> <p><i>Bespreek het gebruik van zelfzorgmiddelen. Welke middelen gebruikt de cliënt en voor welke klachten?</i></p>
Tijdig innemen	<p>3. Sommige mensen vinden het moeilijk om hun medicijnen op de juiste tijdstippen in te nemen. Hoe is dat voor jou?</p> <p><i>Neemt de cliënt de medicatie op een vaste tijd of op vaste momenten in (bijv. bij het avondeten)? Gebruikt de cliënt hulpmiddelen zoals alarm op de telefoon, beeldhorloge, Let daarbij op 'zo nodig' gebruik en niet-dagelijks gebruik (bijv. stopweek). Liggen er losse medicijnen of 'oude' medicijnzakjes (baxterzakjes)?</i></p>
Vergeeten van medicatie	<p>4. Veel mensen vergeten hun medicijnen wel eens in te nemen. Wat doe jij als je je medicijnen bent vergeten te gebruiken?</p> <p><i>Schakelt de cliënt hulp in (van begeleiding, doktersassistente, apotheek of arts) als medicatie is vergeten? Vraag door: als je een dagje weg gaat, of ergens anders slaapt, hoe gaat het dan?</i></p>
Bestellen van medicatie	<p>5. Sommige mensen vinden het lastig om hun medicijnen op tijd bij te bestellen, als ze bijna op zijn. Hoe gaat dat bij jou? Wat doe jij als je medicijnen bijna op zijn?</p> <p><i>Vraag de cliënt hoe hij of zij bijhoudt wanneer de medicijnen besteld moeten worden en wat hij of zij doet als ze niet op tijd in huis zijn. Let op grote voorraden of signalen dat er te kort is.</i></p>
Geletterdheid en begrip informatie	<p>6. Sommige mensen vinden het moeilijk om de beschrijving op het etiket of medicijnzakje te lezen. Hoe gaat dat bij jou?</p> <p><i>Vraag door: Heeft de cliënt moeite met lezen en schrijven? Begrijpt de cliënt de informatie op de verpakking, bijsluiter of medicijnzakjes?</i></p>
Gebruik	<p>7. Gebruik je de medicijnen zoals op het etiket of de medicijnzakje staat of doe jij dat op een andere manier?</p> <p><i>Vraag door. Kent en begrijpt de cliënt de gebruiksinstructies goed? Let op adviezen over innemen met water/melk/grapefruitsap/voedsel. Sommige apotheken zijn geabonneerd op Kijkwijzer, een bijsluiter in beeld.</i></p>
Beheer	<p>8. Soms moeten medicijnen in de koelkast bewaard worden. Andere medicijnen juist niet. Weet je waar jouw medicijnen moeten worden bewaard?</p> <p><i>Lees samen de bewaaradviezen (bijv. koelkast) op het etiket en bespreek waar de cliënt de medicatie bewaart. Hoe zorgt de cliënt ervoor dat huisgenoten, kinderen, vrienden, niet bij de medicatie kunnen komen? Is er een kluisje of kastje met slot in de kamer van de cliënt?</i></p>
Tegenvallend effect	<p>9. Het komt voor dat medicijnen niet goed werken. Kun je vertellen wat je moet doen als de medicijnen die je hebt gekregen van een arts niet werken?</p>

	<i>Vraag door: bij welke problemen belt de cliënt de begeleider, huisarts of apotheek wel of niet? Overlegt de cliënt met de huisarts als hij of zij overweegt te stoppen?</i>
Bijwerkingen	<p>10. Naast de werking die je wilt, kan een medicijn ook vervelende bijwerkingen hebben. Kun je uitleggen wat je moet doen als de medicatie bijwerkingen geeft (bijvoorbeeld misselijkheid of hoofdpijn)?</p> <p><i>Vraag door: Weet de cliënt wat bijwerkingen zijn? Heeft hij of zij bijwerkingen gehad? Betreft hij of zij de begeleiding, arts of doktersassistente als er sprake is van bijwerkingen?</i></p>
Houdbaarheid	<p>11. Hoe weet je of jouw medicijnen nog goed zijn?</p> <p><i>Vraag de cliënt hoe hij of zij controleert of de medicatie niet over de datum is. Denk ook aan houdbaarheid na openen (meeste druppels en dranken tot 1 maand na openen).</i></p>
Inname medicatie	<p>12. Kun je de medicijnen goed doorslikken?</p> <p><i>Wat doet de cliënt als medicatie lastig in te nemen is? Worden tabletten gemalen of capsules geopend? Heeft de cliënt dit probleem besproken met de dokter of apotheker?</i></p>
Motorische problemen	<p>13. Kun je de medicijnen gemakkelijk uit de verpakking krijgen?</p> <p><i>Denk daarbij aan baxterverpakking openmaken, uit de strip drukken, uit doosje of potje halen, enz. Laat de cliënt zo mogelijk voordoen.</i></p>
Gebruik alcohol	<p>14. Je gebruikt medicijn x. Sommige medicijnen gaan niet goed samen met alcohol. Heeft de huisarts met je besproken of jouw medicijnen samengaan met alcohol? Zullen we een afspraak met de (huis)arts maken om dit na te vragen?</p> <p><i>Gebruikt de cliënt alcohol? Zo ja, heeft hij of zij dit aan de dokter gemeld toen medicatie werd voorgeschreven of op een andere manier uitgezocht of er een wisselwerking is?</i></p>
Gebruik drugs	<p>15. Je gebruikt medicijn y. Sommige medicijnen werken veel sterker als je er bijvoorbeeld bij blowt. Heeft de (huis)arts met je besproken of je medicijnen samengaan met softdrugs? Zullen we een afspraak met de huisarts maken om dit na te vragen?</p> <p><i>Gebruikt de cliënt softdrugs? Zo ja, heeft hij of zij besproken met de arts of dit veilig is in combinatie met de medicijnen?</i></p>
'Losse' medicatie	<p>16. Hoe gebruik je de medicijnen die niet in een medicijnzakje zitten?</p> <p><i>Gebruikt de cliënt ook medicijnen die niet in een medicijnzakje zitten? Denk aan zalven, inhalaties, drankjes, insuline. Zo ja, vraag of de cliënt weet hoe deze medicijnen te gebruiken. Kijk eventueel mee hoe het gaat.</i></p>

Bijlage 2: Eerste versie signaallijst BEM-VG

De signalen in tabel 1 kunnen wijzen op problemen bij gebruik of beheer van medicijnen. In tabel 2 staan medische klachten die veroorzaakt kunnen worden door medicijngebruik.

Alle zorgverleners met cliëntcontacten kunnen dit type signalen waarnemen, of signalen kunnen door familie of kennissen worden gemeld. Een begeleider, getraind in het gebruik van instrument BEM, kan dan aan de hand van de BEM-vragenlijst een medicijn gesprek voeren met de cliënt, waarbij ze de problemen in kaart brengt en benodigde acties onderneemt.

Tabel 1. Signalen van problemen met gebruik- en beheer medicijnen
De cliënt gebruikt medicijnen van iemand anders.
De cliënt doet uitspraken waaruit blijkt dat hij medicijnen niet goed (genoeg) vindt werken.
De cliënt begrijpt de informatie op het etiket of bijsluiter niet of kan deze niet lezen.
De cliënt gebruikt meerdere malen per week zelfzorgmiddelen (waaronder pijnstillers).
De cliënt geeft aan bijwerkingen te hebben van de medicijnen, zoals hoofdpijn.
De cliënt gebruikt grote hoeveelheden alcohol (>4 eenheden).
De cliënt gebruikt (soft)drugs.
De cliënt heeft oude (volle) medicijnzakjes in huis.
De cliënt vergeet medicijnen op tijd te bestellen en heeft daardoor regelmatig geen of onvoldoende medicijnen.
De medicijnen van de cliënt zijn voortijdig op, zonder duidelijke verklaring.
De cliënt heeft grote voorraden medicijnen in huis.
De cliënt gebruikt medicijnen voorbij de houdbaarheidsdatum.

Tabel 2. Medische klachten
<i>Acute of ernstige klachten en bij twijfel: neem direct contact op met de (huis)arts</i>
Acute gedragsverandering (denk hierbij bijvoorbeeld aan niet meer kunnen concentreren, verwardheid, prikkelbaarheid, sufheid en/of apathie)
Neurologische verschijnselen (bijvoorbeeld bewegingsstoornis, spierstijfheid, trillen, wegrakingen, wegdraaien van de ogen soms in combinatie met koorts)
<i>Overige aanhoudende klachten: laat cliënt contact opnemen met de (huis)arts</i>
Benauwdheid
Overgevoeligheidsreacties van de huid (uitslag, jeuk)
Gewichtsverlies of gewichtstoename van meer dan 5kg
Misselijkheid en braken
Diarree
Obstipatie (verstopping)

Bijlage 3: Topiclijst interviews begeleiders

Keuze cliënt

1. Waarom deze cliënt gekozen?

Gesprek

2. Hoe zijn de begeleiders het gesprek met de cliënt aangegaan?
3. Wat ging er goed tijdens het gesprek?
4. Wat ging er minder goed tijdens het gesprek?
5. Wat was de stemming van de cliënt?
6. Kunnen begeleiders na toepassing van de methodiek BEM de cliënt doelgericht wijzen op hulpmiddelen, informatie- en scholingsmaterialen die passen bij de ontwikkeldoelen?

Training

7. Wat heeft de training voor de begeleiders opgeleverd?
8. Wat missen de begeleiders nog bij de training?

Vragenlijst

9. Hoe hebben de begeleiders de vragenlijst gebruikt?
10. Wat missen de begeleiders nog bij de vragenlijst?

Toolbox

11. Welke onderdelen miste de begeleiders in de toolbox voor de cliënt?
12. Was de toolbox handig in gebruik?
13. Kon je alles vinden?

Afspraken

14. Wat hebben de begeleiders afgesproken met de cliënten?
15. Welke BEM-categorie hebben jullie afgesproken met elkaar?
16. Waar zijn de afspraken in opgenomen?
17. Aan wie heeft de begeleider de afspraken gecommuniceerd?
18. Zijn begeleiders van mening dat de methodiek BEM een voldoende informatie oplevert om afspraken te maken over medicatiebeheer?

Meerwaarde medicatiegesprek

19. Wat heeft het medicatiegesprek voor de begeleiders opgeleverd?
20. Heeft het medicatiegesprek voor de begeleider duidelijkheid geschapt over de vaardigheden van de cliënt?
21. Hoe denkt de begeleider dat het gaat lopen met de afspraken die hij heeft gemaakt met de cliënt?
22. Zijn er twijfels bij de begeleider?

Bijlage 4: Topiclijst interviews cliënten

Reden meedoen

1. Waarom wilde de cliënt meedoen aan dit project?

Gesprek

2. Hoe ging het gesprek volgens de cliënt?
3. Wat vond de cliënt dat er goed ging tijdens het gesprek?
4. Wat vond de cliënt wat minder goed ging tijdens het gesprek?

Afspraken

5. Wat voor een afspraken zijn er gemaakt over de leerdoelen?
6. Wat vindt de cliënt van de afspraken die ze met de begeleider hebben gemaakt?
7. Wat voor een afspraken zijn er gemaakt over de ondersteuning?
8. Wat vindt de cliënt van de afspraken die ze met de begeleider hebben gemaakt?

Hulpmiddelen

9. Welke hulpmiddelen uit de toolbox heeft de cliënt gebruikt?
10. Wat vond de cliënt van de toolbox?
11. Waarom zijn sommigen dingen uit de toolbox wel gebruikt en andere niet?
12. Wat kan er aangepast worden waardoor de toolbox wel beter aansluit bij de behoefte van de cliënt?
13. Wat heeft de cliënt geleerd van de toolbox?
14. Wat heeft de cliënt niet geleerd, maar zou hij graag wel willen weten?

Bijlage 5: Topiclijst interviews verwanten

1. Wat weet u van het medicijngebruik van uw verwant
2. Worden wijzigingen van het medicijngebruik aan u doorgegeven?
3. Wat weet u van de afspraken die uw verwant heeft gemaakt over het medicatiegebruik en beheer met de begeleiders?
4. Wat vindt u er van dat uw zoon/dochter zijn/haar eigen medicatie kan beheren?
5. Wordt u op de hoogte gebracht van wijzigingen in deze afspraken?
6. Bent u op de hoogte gebracht van de afspraken die uit de BEM-methode zijn gekomen?
7. Wat vindt u er van dat aan cliënten in het algemeen de mogelijkheid wordt geboden om hun eigen medicijnen te beheren?
8. Wat vindt u van deze aanpak met de BEM-methode (medicatiegesprek)
9. Tips voor problemen die zich voordoen bij het gebruik en beheer van medicijnen door cliënten?

Bijlage 6: Topiclijst focusgroepen

Introductie (circa 5 min)

- Verwelkomen deelnemers
- Voorstellen gespreksleider (Ruud) en assistent (Daphne)
- Uitleg waarom we deze focusgroep doen.
 - Benieuwd wat er de afgelopen maanden zoal is gebeurd na de medicatiegesprekken met de afspraken en of jullie er misschien nog verder mee aan de slag zijn gegaan.
 - Verheldering over een aantal punten die uit de interviews zijn gekomen.
 - Benieuwd over wat er naar jullie mening nog moet gebeuren om de BEM binnen [ORGANISATIE] toe te passen.
- Uitnodigen om alle ideeën, meningen en persoonlijke ervaringen te delen. Wat vinden jullie belangrijk, wat zijn jullie ideeën, bedenkingen en vooral suggesties?
- Rol van de gespreksleider. Belang uitleggen dat ze zoveel mogelijk onderling moeten discussiëren en wij er allemaal zijn om het tempo erin te houden en het gesprek af en toe te sturen. Het gaat erom wat jullie vinden en waarom jullie dat vinden.
- Reageer dus vooral op elkaar, maar laat elkaar ook uitpraten.
- Uitleggen dat de bijeenkomst wordt gefilmd, zodat achteraf makkelijker teruggekeken kan worden wie wat heeft gezegd. De resultaten blijven net zo als in de interviews anoniem.
- Iemand nog vragen voordat we beginnen?

Introductie vragen & stand van zaken

- Iedere deelnemer kort laten reflecteren op het gesprek, laten vertellen wat zij precies na het medicatiegesprek hebben afgesproken met de cliënt, hoe het met deze afspraken is verlopen afgelopen periode en waarom het zo is gelopen met de afspraken.
- De vraag in de groep gooien of ze de methodiek nogmaals gebruik hebben en hun ervaringen hiermee te delen met de rest van de groep.
 - De BEM-methode op dezelfde of juist een andere manier gebruikt?
 - Wat zijn de verschillen t.o.v. het vorige gesprek qua verloop?
 - Ging het makkelijk, moeizaam, werkte de cliënt mee of juist tegen?
 - Hoe ging je hier vervolgens mee om?

Discussiepunten uit interviewanalyse

- Hoe om te gaan met vragen die niet van toepassing zijn voor de cliënt, of waar je het antwoord eigenlijk al van weet? Behandel je deze wel, of stel je de vraag op een iets andere manier, of sla je hem juist bewust over?
- Hoe om te gaan met nieuwe cliënten op een woning, waarbij de vertrouwensband tussen cliënt en begeleider in veel gevallen nog niet aanwezig is?
- Wat is volgens jullie de rol van elearning en de toegevoegde waarde binnen de groep Ivb? Werkt het eigenlijk wel, of hebben jullie zoiets van dit gaat niet werken bij ons.
- Hoe zorg je ervoor dat de cliënt zich op z'n gemak voelt als hij het gesprek niet wilt voeren? (en niet als een beoordelingsgesprek ziet)

- Waar liggen de verantwoordelijkheden van jullie als begeleider binnen het thema eigen beheer? (waar stel je de grens tussen wel/niet ingrijpen bij signalering van een probleem, en wat doe je met deze informatie?)

Pauze (circa 15min)

Randvoorwaarden implementatie

- Stel een collega begeleider, van de buurwoning, wil een medicatiegesprek gaan voeren met een cliënt en afspraken gaan maken. Welke informatie heeft die begeleider dan nodig?
- Kan de BEM methode gebruikt worden zonder training? Waarom wel, waarom niet?
- Hoe zorg je ervoor dat voor alle begeleiders, voorschrijvers en de apotheek de afspraken rondom ondersteuning bij eigen beheer duidelijk zijn?
- Worden verwanten ook geïnformeerd? Waarom wel/niet en op welke manier?
- Wat is er naar jullie mening nog nodig om de BEM-methode voor jullie werkbaar te maken binnen [ORGANISATIE]?
- Wat zou voor jullie de meerwaarde zijn om de BEM-methode te implementeren binnen [ORGANISATIE]?
- Op welke manier zien jullie de BEM-methode geïmplementeerd worden binnen [ORGANISATIE]? Of juist helemaal niet?
- Kun je over “eigen beheer” ook op een andere manier afspraken maken dan middels de BEM methode? Hoe zou je het anders kunnen aanpakken?