

Kleine fouten, grote gevolgen

Optimalisatie van de toepassing van het
medicatiebeleid bij EVB+-woongroepen

Small errors, big consequences

Optimisation of the application of the medication policy at group
homes for severely intellectually disabled with problem behaviour

Thesis

Maddy Eussen

Studentnummer 1944800

Zuyd Hogeschool, opleiding HBO-verpleegkunde

Praktijkleerplek: Koraal locatie Maasveld, Krokusbeemd 34

Praktijkleerperiode: Afstuderen Advies

Praktijkbegeleider: Britt Mulders

Docentbegeleider: Sabine Pieters

Tweede beoordelaar: Marlies Ruijschop

22-05-2023, versie 1

Aantal woorden: 9979

Samenvatting

Inleiding

Wereldwijd kosten medicatiefouten de gezondheidszorg jaarlijks 40 biljoen euro. Om de hoeveelheid medicatiefouten te voorkomen, is het correct toepassen van het medicatiebeleid van belang. Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag (EVB+) kunnen dit bemoeilijken. Koraal locatie Maasveld biedt huisvesting aan deze cliëntengroep en ervaart problemen met de toepassing van het medicatiebeleid op groepsbegeleidingsniveau. De volgende onderzoeksvraag werd opgesteld: “Hoe kan de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-cliëntgroepen op Koraal locatie Maasveld geoptimaliseerd worden?”

Methoden

Er werd een mixed-methodsonderzoek toegepast. Eerst werd er door middel van kwantitatieve retrospectieve observaties vastgesteld welke onderdelen van de toepassing van het medicatiebeleid op groepsbegeleidingsniveau goed en minder goed verliepen. Vervolgens werd er middels kwalitatieve interviews onderzocht welke factoren hierop van invloed waren.

Resultaten

Uit de observaties kwam naar voren dat het vergeten van medicatie en het weigeren van medicatie de meest voorkomende medicatiefouten waren. Qua opslag liepen een aantal dingen niet goed. Aftekenen gebeurde vaak incorrect. Uit de interviews kwamen veel beïnvloedende factoren naar voren. Een positieve invloed op de toepassing was een controlelijst per deelmoment. Negatieve invloeden waren onbekend personeel en kennistekort.

Discussie & conclusie

Voor het theoretische onderdeel werd er gebruik gemaakt van betrouwbare literatuur. De steekproefomvang was klein, maar alle eenheden van de steekproef voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Door de bevindingen uit de interviews, kon de onderzoeksvraag beantwoord worden middels adviezen.

Advies & inbedding

Er werd onder meer geadviseerd de kennis van de groepsbegeleiders te verhogen, de controlelijst in alle EVB+-woningen te handhaven en om interventies, zoals herkenbare begeleiders, in te zetten om het weigeren van medicatie te vermijden.

Voorwoord

Voor u ligt de uitwerking van “Kleine fouten, grote gevolgen: Optimalisatie van de toepassing van het medicatiebeleid bij EVB+-woongroepen”. Deze thesis werd geschreven in het kader van de afstudeermodule “Afstuderen Advies” van de opleiding tot HBO-verpleegkundige bij Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het onderzoek werd uitgevoerd bij woongroepen van mensen met een ernstige verstandelijke beperking en probleemgedrag (EVB+-groepen) op Koraal locatie Maasveld, vanaf februari 2023 tot en met mei 2023.

Ik had deze opdracht niet kunnen uitvoeren zonder de hulp van een aantal mensen. Ik wil graag mijn docentbegeleider Sabine Pieters bedanken voor de feedback en tips gedurende het hele proces. Tevens dank aan mijn praktijkbegeleidster Britt Mulders, mijn klasgenoten en mijn studievriendinnen voor de feedback op dit rapport. Tot slot gaat een dankzegging uit naar mijn collega's op de EVB+-groepen, die mij hebben ondersteund bij het verzamelen van data.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Maddy Eussen
Mesch, 2023

Inhoudsopgave

Inleiding.....	5
1 Theoretisch kader.....	8
1.1 EVB+-cliënten en setting.....	8
1.2 Medicatiebeleid	10
1.2.1 Bekwaamheid en bevoegdheid	10
1.2.2 Verstrekking- en aftekenen van medicijnen	11
1.2.3 Opslag van medicijnen	12
1.3 Werkwijze medicatiebeleid	13
2 Methoden	14
2.1 Onderzoeksbenadering	14
2.2 Setting en participanten.....	15
2.3 Dataverzameling	16
2.3.1 Retrospectieve observatie.....	16
2.3.2 Interview.....	18
2.4 Data-analyse.....	19
2.4.1 Data-analyse van de observaties	19
2.4.2 Data-analyse van de interviews.....	19
2.5 Ethische overwegingen	19
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit	20
2.6.1 Betrouwbaarheid	20
2.6.2 Reproduceerbaarheidseis en verifieerbaarheidseis	20
2.6.3 Validiteit.....	21
3 Resultaten.....	22
3.1 Observaties.....	22
3.1.1 Opslag	23
3.1.2 Medicatiedeelmomenten	23
3.1.3 Medicatiefouten.....	24

3.2	Interviews	25
3.2.1	Kennis medicatiebeleid	26
3.2.2	Barrières	26
3.2.3	Kansen.....	28
3.2.4	Medicatiefouten.....	29
4	Discussie en conclusie	31
4.1	Discussie.....	31
4.1.1	Scope van het onderzoek.....	31
4.1.2	Onderzoekspopulatie	31
4.1.3	Betrouwbaarheid en validiteit	31
4.1.4	Suggesties verder onderzoek.....	32
4.2	Conclusie	32
5	Advies en inbedding	34
	Literatuurlijst.....	37
	Bijlagen	44
	Bijlage 1. Onderzoekstrategie	44
	Bijlage 2. Bevoegdheid en bekwaamheid bij verpleegtechnische handelingen.....	60
	Bijlage 3. Lijst met risicovolle medicatie	61
	Bijlage 4. Berekening steekproefgrootte.....	64
	Bijlage 5. Observatieschema	65
	Bijlage 6. Proefpersoneninformatieformulier (PIF).....	68
	Bijlage 7. Topiclijst.....	73
	Bijlage 8. Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit	76
	Bijlage 9. Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens.....	77
	Bijlage 10. Codeboom.....	78
	Bijlage 11. Piramide van Betrouwbaarheid.....	79
	Bijlage 12. Beoordeling scriptie door praktijkbegeleider	80

Inleiding

Wereldwijd kosten medicatiefouten de gezondheidszorg jaarlijks 40 biljoen euro (World Health Organization, 2017). In Nederland vinden er jaarlijks 50.000 opnames in het ziekenhuis en 1000 overlijdens plaats ten gevolge van medicatiefouten (Rijksoverheid, 2019). Dit cijfer stijgt nog steeds (Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017). Met de juiste preventie is de helft van de fouten te vermijden (Rijksoverheid, 2019). Er zijn allerlei personen betrokken bij het voorschrijven, afleveren en gebruiken van medicatie, van cliënt tot apotheker en alle zorgprofessionals daartussenin. Onder andere hierdoor, kan er veel misgaan (V&VN, 2014).

Er zijn verschillende risicofactoren voor medicatiefouten, waaronder de betrokkenheid van verschillende medische professionals, polyfarmacie, comorbiditeit, geen routineuze medicatieverstrekking, onbekwaamheid van personeel met betrekking tot het medicatiebeleid en het gebruik van toedieningsapparatuur, zoals inhalers (Assiri et al., 2018; Di Muzio et al., 2019; Hegger et al., 2021; Wondmienieh et al., 2020). Van belang is de cultuur op een afdeling. De werknemers dienen open te staan om te leren van incidenten (VGN, 2020).

De gevolgen van medicatiefouten voor zorgprofessionals zijn uiteenlopend. In ernstige gevallen kan het een ontslag of justitiële vervolging tot gevolg hebben (IGJ, z.d.; Rogers et al., 2017). Op emotioneel vlak kan het een grote reactie teweegbrengen (Athanasakis, 2019). Wondmienieh et al. (2020) spreken in hun studie over een deuk in het zelfvertrouwen en minder vertrouwen in de professional door de cliënt en diens netwerk. Een “blame-cultuur” en angst voor negatieve gevolgen kunnen ertoe leiden dat de zorgprofessional geen melding maakt van het incident (Hamed & Konstantinidis, 2021; VGN, 2020), wat samenhangt met de invloed van medicatiefouten op de zorg: Indien er geen melding wordt gemaakt, gaat dit ten koste van de kans op optimalisatie van de kwaliteit van de zorg en cliëntveiligheid (Vrbnjak et al., 2016).

Om de hoeveelheid medicatiefouten te voorkomen, is het correct toepassen van het medicatiebeleid tijdens het medicatieproces van belang. Het medicatieproces bestaat uit een zestal fasen: “voorschrijven, ter hand stellen, opslag en beheer van medicatie, gereedmaken, toedienen en registreren en tot slot evaluatie” (ActiZ et al., 2016). Daarnaast moet het medicatiebeleid systematisch worden gecontroleerd, geëvalueerd en verbeterd (VGN, 2020).

In de systematische review van Sheerin et al. (2019) wordt aangegeven dat mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag (EVB+) bovenstaand proces kunnen bemoeilijken. Gedragsproblematiek speelt regelmatig een significante rol bij personen met

een (ernstige) verstandelijke beperking (Embregts et al., 2019). De complexiteit van een doelgroep kan de kans op medicatiefouten vergroten (Dall'Ora et al., 2020). Zo hebben EVB+-cliënten een grotere kans op polyfarmacie en comorbiditeit en zijn er verschillende zorgmedewerkers betrokken, allen risicofactoren voor medicatiefouten (Duckworth & Wilson, 2022; Lonchamp et al., 2021; Nabhanizadeh et al., 2019; Sheerin et al., 2019). Het probleemgedrag van de cliënten kan zorgen voor grote verstoring van zorg- en verpleegkundige taken, zoals medicatieverstrekking (Van Esch et al., 2021). Tot de helft van de personen met een beperking zijn niet therapietrouw, concluderen Schwartz en Unni in hun systematische review (2022). Dit allemaal is terug te zien in de cijfers: In 2015 werden er 740 meldingen gedaan van zeer ernstige medicatiefouten in de gehandicaptenzorg. In 2021 leidde zo een type fouten voor zeven mensen met een beperking tot een ernstig gevolg of de dood (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2017).

Vanwege de complexiteit van de beperking, verhuizen mensen met EVB+ vaak op erg jonge leeftijd (deeltijds) naar een instelling (Van Esch et al., 2021). Koraal is een organisatie die deze instellingen tot beschikking heeft. Koraal is er voor personen van jong tot oud met een ernstige verstandelijke (en/of lichamelijke) beperking met daarnaast eventuele complexe gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek (Koraal, z.d.-c). De missie van Koraal is participatie aan de samenleving voor iedereen op ieders eigen manier (Koraal, z.d.-d). Om dit te bereiken, heeft de organisatie verschillende locaties en wordt er samengewerkt met een aantal ketenpartners om ondersteuning te bieden aan de doelgroep in de vorm van zorg, onderwijs en arbeid (Koraal, z.d.-c). Kernwaarden van waaruit deze ondersteuning vertrekt, zijn expertise, inclusie, passie en samen: Iedere persoon doet ertoe en middels de specialistische, multidisciplinaire hulpverlening van Koraal kan iedere cliënt een voorname regierol innemen in het eigen leven (Koraal, z.d.-d).

Koraal locatie Maasveld, gelegen in en rondom gemeente Maastricht, biedt huisvesting met toegang tot 24-uurszorg aan de bewoners (Koraal, z.d.-a). Er zijn negentien woningen. Vijf hiervan zijn voor volwassenen met EVB+ (Koraal, z.d.-b). Binnen deze groepen wordt het medicatiebeleid met regelmaat niet correct gevolgd. Er wordt bijna dagelijks een VIM-melding (Veilig Incident Melden) ingediend voor een medicatiefout (Koraal, persoonlijke communicatie, 3 maart).

Om in kaart te brengen welke factoren een bijdrage kunnen bieden aan de optimalisatie van de toepassing van het medicatiebeleid, wordt er een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd bij de EVB+-woningen. Het doel van dit onderzoek is een advies uitbrengen gericht op de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-cliëntgroepen op Koraal locatie Maasveld.

Hieruit vloeit de volgende hoofdvraagstelling voort: “Hoe kan de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-cliëntgroepen op Koraal locatie Maasveld geoptimaliseerd worden?”

In hoofdstuk 1 wordt het theoretisch kader van dit onderzoek toegelicht. Daarna wordt er in hoofdstuk 2 ingegaan op de methoden. De onderzoeksbenadering, wijzen van dataverzameling en data-analyse, ethische overwegingen en betrouwbaarheid en validiteit komen in dit hoofdstuk aan bod. Daaropvolgend worden de resultaten van het onderzoek weergegeven in hoofdstuk 3. Een conclusie en discussie volgen in hoofdstuk 4, waarbij er een kritische blik op het proces wordt geworpen. Tot slot worden er in hoofdstuk 5 verschillende adviezen aan de praktijk gegeven.

Daarnaast zal er van alle gebruikte bronnen een zoekstrategie worden bijgehouden. Deze wordt weergegeven in Bijlage 1.

1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden verschillende kernbegrippen uit de onderzoeksvragen gestructureerd in het theoretisch kader. Het kader heeft als doel om bestaande (wetenschappelijke) literatuur te analyseren. Vervolgens worden de definities en theorieën kritisch vergeleken, waarna er vastgesteld wordt welke begripsomschrijving gehanteerd wordt (Kivunja, 2018).

1.1 EVB+-cliënten en setting

In Nederland zijn er bijna 500.000 mensen met een verstandelijke beperking (VZinfo, z.d.). EVB+-cliënten maken hier deel van uit. Het zijn personen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag (Werkgroep EVB+, 2014). Een verstandelijke beperking wordt hierbij gedefinieerd als “een beperking gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren, wat tot uiting komt in beperkte conceptuele, sociale en praktische adaptieve vaardigheden, beide ontstaan gedurende de ontwikkelingsperiode” (Embregts et al., 2019, p. 18).

De mate van beperking wordt gemeten volgens intelligentieniveau. Intelligentie wordt uitgedrukt in intelligentiequotiënt (IQ). Een normaal IQ ligt tussen 85 en 115 (Gillette, 2022). Personen met een IQ lager of gelijk aan 34, leiden aan een (zeer) ernstige verstandelijke beperking, met een ontwikkelleeftijd lager dan zes jaar (World Health Organization, 2019). Hierdoor zijn zij voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) sterk afhankelijk van begeleiding (Werkgroep EVB+, 2014).

Personen met deze mate van een (ernstige) beperking hebben vaak een disharmonisch ontwikkelingsprofiel. Dit houdt in dat het functioneren op verstandelijk, emotioneel en aanpassend gebied zich niet gelijkmatig ontwikkelt, waardoor de EVB+-cliënt overschat en zo overvraagd kan worden. Dit gaat hand in hand met moeilijk verstaanbaar gedrag (Zorginstituut Nederland, 2019).

Bij minstens 110 000 personen met een verstandelijke beperking is er sprake van dit moeilijk verstaanbaar gedrag, moeilijk begrepen gedrag of probleemgedrag (Zorginstituut Nederland, 2019). De term “probleemgedrag” impliceert dat niet enkel de omgeving een nadeel ervaart van het gedrag, maar ook de persoon met de beperking zelf. Het gedrag is vaak een uiting van lijden wat ontstaat door verschillende factoren die meespelen bij een interactie tussen de cliënt met de beperking en de omgeving. Ook is het een herkenbaar woord (Embregts et al., 2019). Deze term wordt omwille van bovenstaande redenen gehanteerd in dit verslag. De definitie van probleemgedrag is:

Internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en dat van zodanige intensiteit, frequentie of duur is, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is. (Embregts et al., 2019, p. 7)

Vormen van probleemgedrag zijn onder meer verschillende vormen van agressie (naar zichzelf of naar anderen), seksueel grensoverschrijdend gedrag, angst, onrust, dwangmatig gedrag, verdedigend gedrag of schreeuwen (Zorginstituut Nederland, 2019).

De definities van Embregts et al. (2019) over verstandelijke beperking en probleemgedrag worden gehanteerd om de bewoners van de EVB+-groepen op Koraal te definiëren met als bijkomende kenmerken dat hun IQ lager dan 34 is en zij sterk afhankelijk zijn van begeleiding bij ADL. De genoemde definities dekken deze onderdelen niet. De definities bieden echter een geschikte omschrijving van de doelgroep en komen uit een betrouwbare bron (richtlijn), waardoor ze, samen met de genoemde kenmerken, worden gehanteerd als betekenis van de begrippen in dit onderzoek

Groepsbegeleiders dienen hun kennis, competenties en houding af te stemmen om het probleemgedrag te hanteren en EVB+-cliënten zorg van goede kwaliteit te bieden. Zo kunnen zij belemmering van het medicatieproces ten gevolge van de vormen van probleemgedrag voorkomen (Embregts et al., 2019; Van Esch et al., 2021). De groepsbegeleiders dienen de genoemde eigenschappen toe te passen om de medicatietrouw en correcte wijze van medicatie-intake zoveel mogelijk te bevorderen bij deze cliënten (Embregts et al., 2019). Andersom kan een inadequate toepassing van het medicatiebeleid in sommige gevallen het probleemgedrag opwekken. Lichamelijk ongemak of pijn kan probleemgedrag veroorzaken (Kallumkal et al., 2021). Dit kan gebeuren als de medicatie voor lichamelijke aandoeningen niet (goed) verstrekt wordt of als de verstrekker geen oog heeft voor de lichamelijke bijwerkingen die een cliënt misschien ervaart.

Binnen Koraal worden problemen ervaren met het toepassen van het medicatiebeleid bij de EVB+-woongroepen. Voorbeelden hiervan zijn het vergeten van giften, het incorrect aftekenen op de aftekenlijst en het weigeren van medicatie door de cliënten. Het gevolg van deze problemen zijn frequente medicatiefouten. De oorzaken, beïnvloedende factoren en precieze cijfers zijn nooit onderzocht (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Dit onderzoek is geïnitieerd om de factoren die van invloed zijn op de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-groepen van Koraal locatie Maasveld, in kaart te brengen.

1.2 Medicatiebeleid

In een medicatiebeleid staan de taken en kwalificaties van alle disciplines die betrokken zijn bij het medicatieproces. Ook de stappen die doorlopen dienen te worden als iets misgaat, worden beschreven (VGN, 2020). Omschreven in het medicatieprotocol van Koraal (persoonlijke communicatie, 10 april 2023), is het doel van het medicatiebeleid van Koraal hetzelfde als bovenstaande omschrijving met aanvullend hierop dat de verstrekking en registratie van medicijnen zorgvuldig gebeurt. In onderstaande alinea's zal het medicatiebeleid van Koraal worden toegelicht op groepsbegeleidingsniveau. Dit wordt vervolgens vergeleken met de literatuur.

1.2.1 Bekwaamheid en bevoegdheid

ActiZ et al. (2016) geven aan dat de zorgmedewerker enkel taken mag uitvoeren waarvoor hij bekwaam en bevoegd (B&B) is. Dit is voor cliënt (veilige zorg), medewerker (veilige professionele setting) en organisatie (verantwoordelijke voor veilige werk- en zorgomgeving) noodzakelijk (V&VN, 2014). Zorgorganisaties dienen hier toezicht op te houden. Binnen Koraal dient een medewerker B&B te zijn voor deze medicatie toe mag dienen. Ten eerste wordt de bekwaamheid getoetst middels een medicatietoets gebaseerd op het protocol. Deze wordt beoordeeld door de skillslabverpleegkundige. Binnen drie maanden na het halen van de toets, dient de medewerker een scholing “medische zorg” te volgen. Deze scholing moet jaarlijks herhaald worden. Als de medewerker dit niet doet, verliest hij de bevoegdheid. Het skillslab en het teamhoofd houden deze zaken bij. Leerlingen en stagiaires mogen deze stappen doorlopen, maar zij dragen geen eindverantwoordelijkheid (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Volgens Actiz et al. (2016) zijn er geen wettelijke eisen verbonden aan de frequentie en inhoud van B&B-toetsen voor medicatie en mag een instelling dit zelf bepalen.

Er wordt verwacht van een zorgmedewerker die B&B is gesteld om medicatie toe te dienen, dat deze weet wat de werking en mogelijke bijwerkingen van de medicatie zijn en hoe hiernaar gehandeld moet worden. Ook dient de medewerker alert te zijn op de effectiviteit van het medicament en eventuele bijwerkingen, op de naleving van de individuele afspraken van de cliënt en op het waken voor fouten en correcte acties als er fouten hebben plaatsgevonden (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). In de literatuur wordt aangetoond dat slechts 52 procent van de zorgmedewerkers in de gehandicaptenzorg voldoende kennis over het medicatieproces bezit (IVM, 2021). Verdere uitleg over medicatiefouten wordt toegelicht in paragraaf 1.3. De vereisten van deze en vorige alinea sluiten aan bij de Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg van VGN (2020).

Naast verschillende medicamenten, zijn er verschillende vormen van toediening van de geneesmiddelen. Niet alle vormen mogen door alle medewerkers uitgevoerd worden, omdat dit voorbehouden handelingen zijn. In het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg-register (BIG-register), een wettelijk register, staan de bevoegdheden van zorgverleners per beroepstitel, gebaseerd op NLQF-niveau (Nederlands Kwalificatieraamwerk) (NLQF, z.d.; *wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, 2022). De bevoegdheden hieruit worden gehanteerd door Koraal (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Groepsbegeleiders bij Koraal moeten een scholing en toets doorlopen om B&B te worden geacht voor verpleegtechnische handelingen. De precieze stappen en de bevoegdheden per opleidingsniveau worden weergegeven in Bijlage 2.

1.2.2 Verstrekking- en aftekenen van medicijnen

Binnen Koraal wordt de regel van zes gehanteerd voor het verstrekken van de medicatie: er dient gecontroleerd te worden of de medicatie nog niet over de datum is en of de juiste medicatie op het juiste tijdstip, aan de juiste persoon met de juiste dosering op de voorgeschreven toedieningswijze gegeven wordt. Bij medicatieverstrekking dient de zorgmedewerker alert te zijn op daadwerkelijke inname van de medicijnen. Ook wordt de medicatie pas op het moment van verstrekking verzameld en niet vroegtijdig klaargezet. Bij vloeibare medicatie wordt de datum waarop deze bederft op de verpakking genoteerd zodra een verpakking geopend wordt (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Dit sluit aan bij de literatuur (ActiZ et al., 2016; VGN, 2020)

Na de toediening dient de medicatie te worden afgetekend op de distributielijst (synoniemen zijn toedienlijst of aftekenlijst). Uitzondering hierop zijn medicamenten die afgemeten moeten worden (zoals insuline of zalven), deze worden voor de gift afgetekend. Onder aftekenen wordt verstaan dat er een paraaf gezet wordt, aldus Koraal (persoonlijke communicatie, 15 maart 2023) en de literatuur (VGN, 2020). Medicijnen in de categorie “risicomedicatie” dienen door twee medewerkers te worden afgetekend (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Risicovolle medicijnen zijn medicamenten die dubbel gecontroleerd moeten worden door medicatieverstrekkers omdat een foutieve dosering risicovol is, zoals insuline en opiaten. Welke medicamenten allemaal dubbel gecontroleerd moeten worden, is wettelijk voor heel Nederland vastgelegd (ActiZ et al., 2016; KNMP, 2019). Dit overzicht wordt weergegeven in Bijlage 3. Deze lijst wordt ook gehanteerd door Koraal (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023).

Afwijken van de distributielijst is enkel toegestaan als de arts dit in het elektronisch cliëntendossier (ECD) gerapporteerd heeft. Als er afgeweken is van het voorschrift zonder

dat dit in het ECD staat, wordt dit overlegd met de arts of de hoofdwacht (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023; VGN, 2020).

Naast losse medicatie, kan medicatie ook in een baxterrol geleverd worden. Dit is een rol met zakjes (baxters) met verschillende medicijnen. In dat geval draagt de apotheek verantwoordelijkheid voor wat erin zit. De zorgmedewerker draagt daardoor geen eindverantwoordelijkheid voor wát hij geeft. De medicatie dient te worden afgetekend op de distributielijst per baxter (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). VGN (2020) geeft aan dat er per medicament afgetekend dient te worden en niet per baxter. De zorgmedewerker dient te controleren of de medicatie in de baxter overeenkomt met de distributielijst. Bij Koraal (persoonlijke communicatie, 15 maart 2023) dient de zorgverlener enkel te controleren of het aantal medicijnen in de baxter overeenkomt met het aantal op de distributielijst, niet de soort medicatie. In overeenstemming met de literatuur (Actiz et al., 2016) worden de baxters bij Koraal niet gemanipuleerd als er een medicatiewijziging plaatsvindt en zorgt de apotheek dat er tijdig nieuwe baxters met de juiste inhoud geleverd worden. De baxters worden tot slot in het bijzijn van de cliënt opengemaakt, tenzij dit niet kan door het gedrag van de cliënt (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023), zo geeft ook VGN (2020) aan.

Als het toedienen van medicijnen misgaat en het medicijn verloren of beschadigd raakt, mag er nooit een andere baxter geopend worden, medicatie van andere cliënten gepakt worden of gestopte medicatie gebruikt worden (Actiz et al., 2016; Koraal, persoonlijke communicatie, 15 april 2023).

1.2.3 Opslag van medicijnen

Alle medicatie wordt opgeborgen in medicijnkarren. De medicijnkar heeft een cilinderslot, sleutelslot, codeslot of elektrisch slot. Enkel de medewerkers die B&B zijn, hebben toegang tot de sleutel en/of code van de medicatiekar en eventuele andere opslagplek. Na gebruik worden de medicijnkarren altijd afgesloten. Zij mogen nooit geopend worden achtergelaten (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023), zo zegt ook VGN (2020). Medicatie die gekoeld bewaard moet worden, wordt in een kistje dat is afgesloten met een cilinderslot bewaard in de koelkast (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Volgens VGN (2020) dient de temperatuur van de koelkast minimaal wekelijks gecontroleerd te worden als hier medicatie in ligt.

1.3 Werkwijze medicatiebeleid

De directie van Koraal zorgt voor handhaving van de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Dit is in overeenstemming met Actiz et al. (2016). Op woningniveau is de teammanager hier alert op. De teammanager waakt dat het personeel B&B is voor de handelingen die zij uitvoeren en houdt toezicht op de naleving van het medicatieprotocol, VIM-meldingen en het uitvoeren van verbeteringen (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023).

Met medicatiefouten worden verschillende dingen bedoeld. Op niveau van arts en apotheek kan er een voorschrijf- of afleverfout zijn. Op niveau van de werknemer zijn de fouten het niet geven van medicatie, het niet aftekenen van medicatie, het verstrekken van de verkeerde dosis of het verkeerde medicijn en het toedienen op een verkeerd tijdstip. Op cliëntniveau kan de cliënt een geneesmiddel weigeren (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023; Tariq et al., 2023).

Als er medicatiefouten plaatsvinden, worden er twee acties ondernomen: een VIM-melding wordt ingevuld en de medische dienst of hoofdwacht wordt gecontacteerd. Dit valt onder de verantwoordelijkheden van de medewerkers van de getroffen woning. De arts neemt vervolgens maatregelen bij (directe) medische gevolgen. Als er geen arts aanwezig is, wordt de hoofdwacht ingeschakeld. Deze maakt een inschatting van de ernst van de directe medische gevolgen en schakelt afhankelijk hiervan een arts in.

De levering van medicijnen wordt automatisch gedaan door de apotheek conform het voorschrift van de arts. De zo nodig-medicatie van cliënten dient wel apart besteld te worden. Dit dient wekelijks gedaan te worden door medewerkers (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023).

2 Methoden

In dit hoofdstuk wordt de opzet van de onderzoeksmethoden toegelicht. Er wordt ingegaan op de onderzoeksbenadering, de setting en participanten, de dataverzameling, de data-analyse, de ethische overwegingen en tot slot de betrouwbaarheid en validiteit.

2.1 Onderzoeksbenadering

Er werd een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. In tegenstelling tot wetenschappelijk onderzoek, wat resulteert in theoretische kennis, was de uitkomst van praktijkgericht onderzoek een vertaalslag naar de praktische setting. Er werd vanuit het praktijkprobleem van Koraal vertrokken, waarna er advies voor de organisatie werd uitgebracht om het probleem te verhelpen (Fischer et al., 2022). Het onderzoek was inductief van aard, wat inhield dat er gezocht werd naar beïnvloedende factoren en hun verbanden vanuit het praktijkprobleem van Koraal, zonder vooraf vastgestelde modellen uit de theorie (Fischer et al., 2022). Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, werd er een mixed methods-onderzoeksbenadering toegepast. Hierbij werd er een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek toegepast, wat nodig was om de onderzoeksvraag te beantwoorden (Baarda, 2019).

Bij de kwantitatieve methodiek werd er gewerkt met een vaste gesloten dataverzameling. Bij elke respondent werd de data op exact dezelfde wijze verzameld, waardoor trends makkelijk in kaart konden worden gebracht en onderbouwde feiten konden worden geconcludeerd (Baarda, 2019; Savelle, 2018). Dit was nodig om vast te stellen in welke mate bepaalde onderdelen van het medicatiebeleid van Koraal werden toegepast bij de EVB+-cliëntgroepen van Koraal. Met deze methodiek werd de huidige situatie in kaart gebracht.

Hierna volgde kwalitatief onderzoek, een open dataverzamelingsmethode. Er konden verdiepende vervolgvragen gesteld worden. Een kwalitatieve benadering was toepasselijk bij de open hoofdonderzoeksvraag die dit onderzoek had (Baarda, 2019). Er werd eerst middels de kwantitatieve methodiek vastgesteld wát er wel en niet goed loopt in de toepassing van het medicatiebeleid. De beïnvloedende factoren hierop werden achterhaald bij het kwalitatieve onderdeel, waarna een advies uitgebracht werd in hoofdstuk 5.

2.2 Setting en participanten

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de medewerkers van het vijftal woningen met EVB+-cliënten op Koraal locatie Maasveld. In de woningen waren er in totaal 119 groepsbegeleiders werkzaam. Elke woning had een eigen vast team van gemiddeld 24 groepsbegeleiders. Er waren in totaal acht leerlingen, drie stagiaires en vijf activiteitenbegeleiders. Ook waren er negen gespecialiseerde flexwerkers werkzaam die een wisselende werkplek hadden bij de EVB+-groepen van Koraal (Koraal, persoonlijke communicatie, 28 maart 2023).

De populatie is de groep eenheden waarover een uitspraak wordt gedaan in het onderzoek (Baarda et al., 2021). Om duidelijk te stellen welke medewerkers van de woningen in aanmerking kwamen om deel te nemen aan het onderzoek, werden in tabel 1 de in- en exclusiecriteria opgesteld. In de inclusiecriteria werden alle eigenschappen omschreven die de personen of eenheden moesten hebben om tot de populatie te behoren. Wanneer de eenheden aan de exclusiecriteria voldeden, mochten zij niet deelnemen aan het onderzoek (Patino & Ferreira, 2018).

Tabel 1

In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn geacht voor participatie aan het medicatieproces door Koraal (zie paragraaf 1.2.1);	Medewerkers die niet (meer) bevoegd en bekwaam zijn geacht voor participatie aan het medicatieproces door Koraal;
Medewerkers die een van de volgende opleidingen voltooid hebben: verzorgende individuele gezondheidszorg (verzorgende-IG), verpleegkundige (NLQF-niveau 4, 5 of 6), medewerker maatschappelijke zorg (NLQF-niveau 3 of 4), social work (NLQF-niveau 6);	Medewerkers met stagiaire- of leerlingfunctie;
Medewerkers met de functie “groepsbegeleider”	Medewerkers die geïnformeerd zijn over de inhoud van het onderzoek
Flexwerkers die gespecialiseerd zijn in EVB+-cliënten	

Medewerkers zonder diploma hadden geen aandeel in het onderzoek, omdat ze geen eindverantwoordelijkheid voor hun handelen droegen. Het onderzoek had betrekking op het verzorgend en verplegend personeel. In de woningen werden deze werknemers “groepsbegeleiders” genoemd. Om de juiste doelgroep te waarborgen, werd er een functie-eis als inclusiecriteria gesteld. Tot slot werden de negen flexwerkers met specialisatie voor EVB+ geïnccludeerd, omdat zij op alle EVB+-groepen werkzaam waren en dezelfde scholingen met betrekking tot medicatie hadden doorlopen als vaste medewerkers in deze woningen. Er werd in de resultaten en criteria geen verschil gemaakt in werkervaring of opleidingsniveau, gezien elke werknemer die B&B werd geacht om deel te nemen aan het medicatiebeleid dit gekund zou moeten hebben, ongeacht de werkervaring. Daarbij deed Koraal niet aan functiedifferentiatie op basis van opleiding en was het geen wens van de praktijk om hier verdieping in te zoeken (Koraal, persoonlijke communicatie, 28 april 2023).

De totale populatie kwam uit op 128, alle groepsbegeleiders en flexwerkers waren B&B voor deelname aan het medicatiebeleid. Gezien het niet haalbaar was om alle eenheden te benaderen, werd er in dit onderzoek gebruikgemaakt van een enkelvoudige aselechte steekproef. Hierbij hadden alle eenheden uit de populatie een gelijke kans om in de steekproef terecht te komen en werden ze op basis van volstrekte willekeur gekozen uit het steekproefkader (Baarda et al., 2021). De steekproefgrootte voor het onderzoek werd berekend tot 96. De formules en berekening worden weergegeven in Bijlage 4.

2.3 Dataverzameling

In deze paragraaf zullen de onderzoeksmethodieken worden omschreven. Ook wordt de betrouwbaarheid en validiteit van de dataverzamelingsmethoden toegelicht.

2.3.1 Retrospectieve observatie

Als eerste werd er een kwantitatieve onderzoeksmethodiek toegepast. Er werd gekozen voor observatieonderzoek, de beste methodiek als het onderzoek om gedrag gaat, aldus Baarda (2019). Er werd een retrospectieve, niet-participerende onverhulde observatie uitgevoerd. Dit hield in dat de onderzoeker het gedrag observeerde nadat het werd uitgevoerd en dat dit niet geheimgehouden werd (Baarda, 2019; Gardner & Charlesworth, 2022). De leidinggevenden van de woningen hadden toestemming gegeven voor deze onderzoeksmethode. Door het retrospectieve aspect werd sociaal-wenselijk gedrag vermeden (Vesely & Klöckner, 2020; Wickson-Griffiths et al., 2014).

In de EVB+-woningen werd er gestructureerd geobserveerd in welke mate het medicatieprotocol van Koraal werd toegepast. Middels een observatieschema (zie bijlage 5)

werd er geobserveerd welke onderdelen goed en minder goed verliepen op niveau van groepsbegeleiders. Het richtte zich op de volgende thema's: de toediening en het aftekenen van medicatie, medicatiefouten en de opslag van medicatie. De eerste twee thema's werden geobserveerd middels dossieronderzoek. De laatste werd in de woning zelf bekeken. Het observatieschema was gebaseerd op het medicatieprotocol van Koraal (toegelicht en onderbouwd in paragraaf 1.2) en werd gevalideerd door een externe expert.

De steekproefgrootte werd eerder berekend tot 96. In elk huis woonden zestien cliënten. Er waren vier medicatiedeelmomenten op een dag. Om een volledig beeld te krijgen, werd elk medicatiedeelmoment eenmaal geobserveerd. Als er eenmalig van elke cliënt elk deelmoment zou worden geobserveerd, zou dit uitkomen op 320 observaties. Vanwege het tijdsbestek voor dit onderzoek, was dit niet haalbaar en werd er gekozen om de deelmomenten bij vier cliënten per woning te observeren. Dit waren in totaal 80 observaties. Er kon niet met zekerheid worden herleid wie de toediening en aftekening van dat deelmoment had uitgevoerd, waardoor het mogelijk was dat een persoon met een exclusie criterium dit had gedaan. Dit risico werd geaccepteerd om verschillende redenen: als de onderzoeker ging controleren wie de medicatie had toegediend alvorens het observeren, werd de keuze voor een aselechte enkelvoudige steekproef niet gerespecteerd gezien de distributielijsten niet meer willekeurig konden worden gekozen. Daarbij zou de onderzoeker dan weten in welke mater de werknemer het beleid toepaste, wat tot vooroordelen en bias bij de tweede onderzoeksmethodiek kon leiden (Baarda, 2020).

De opslag van de medicatie werd slechts eenmalig geobserveerd per woning, vijf observaties in totaal. De medicatie werd eenmaal per week geleverd en voor het retourneren van gestopte of bedorven medicatie, was er een uitwijktermijn van één maand toegestaan. Vanwege het tijdsbestek van dit onderzoek was het daarom niet mogelijk om een dermate lange tijd uit te trekken voor de observaties en er meer uit te voeren.

De medicatiefouten van oktober 2022 tot en met maart 2023 van de geïnccludeerde woningen werden opgevraagd. Medicatiefouten kwamen met regelmaat voor (Koraal, persoonlijke communicatie, 29 maart 2023), waardoor een uittreksel van een half jaar voldoende was om trends vast te stellen. De fouten werden onderverdeeld in soort en frequentie per deelmoment.

2.3.2 Interview

Na de kwantitatieve onderzoeksmethode, werd een kwalitatieve methodiek uitgevoerd om na te gaan welke factoren van positieve en negatieve invloed waren op het verloop de onderdelen van de observatie. Er werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze werden op werklocatie, individueel, mondeling, face to face met de participanten uitgevoerd. Voordelen van de laatste twee aspecten waren dat het weinig inspanning vergde van de respondenten, dat de onderzoeker controle had over het beantwoordingsproces en dat doorvragen mogelijk was. Negatieve eigenschappen warend onbedoelde sturing door de interviewer en weinig bedenktijd voor de respondent (Baarda, 2019). Voorafgaand aan de interviews ontvingen de respondenten het proefpersoneninformatieformulier (PIF) en ondertekenden zij het geïnformeerde toestemmingsformulier (weergegeven in Bijlage 6), waarmee zij toestemming gaven voor hun deelname en de daaraan verbonden acties, zoals interviewdataverwerking en -opslag.

Bij een semigestructureerd interview liggen de onderwerpen die besproken zullen worden vast op volgorde in een topiclijst, maar de precieze vragen niet. Het doel van de interviews was om de beïnvloedende factoren op de toepassing van het medicatiebeleid te achterhalen. Op basis van de bevindingen uit de observaties, werd de topiclijst opgesteld (zie Bijlage 7). Onderdelen hiervan waren de kennis van de respondenten over het medicatiebeleid, de kansen en de barrières die zij ervoeren om het medicatiebeleid correct toe te passen en de herkenning in de observatieresultaten.

Ook bij deze onderzoeksmethodiek werd er afgeweken van de berekende steekproefgrootte vanwege het tijdsbestek. Van drie woningen werd er één vaste werknemer per woning geïnterviewd en daarnaast werd er één gespecialiseerde flexwerker geïnterviewd. In totaal waren dit vier interviews. De geïnterviewde werknemers voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Eén van de drie woningen werd bewust gekozen door de onderzoeker, omdat deze woning slecht scoorde bij de observaties. De andere twee woningen waren gebaseerd op willekeur. Alle respondenten werden willekeurig geselecteerd.

Om sociaal-wenselijke respons te verminderen, werd er voorafgaand aan het interview nadruk gelegd op de anonimiteit, werd er doorgevraagd en werden er voorbeelden gevraagd (Bergen & Labonté, 2020).

2.4 Data-analyse

In dit hoofdstuk worden de data-analyseplannen toegelicht die bij de observaties en interviews werden gebruikt.

2.4.1 Data-analyse van de observaties

De observaties van het toedienen en aftekenen van medicatie en de medicatieopslag waren waarden op nominaal meetniveau. De frequentie van de medicatiefouten waren waarden op rationiveau (Baarda, 2019). Er werd beschrijvende statistiek toegepast voor de analyse van deze waarden, een toepasselijke analysemethode (Baarda et al., 2021).

2.4.2 Data-analyse van de interviews

Er werd een audio-opname gemaakt van alle interviews, wat bevorderend was voor de kwaliteit van de dataverzameling, de kwaliteit van de data-analyse en het inzicht in het onderzoeksproces (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Vervolgens werd er een woordelijke transcriptie uitgevoerd om een duidelijk beeld van de data te verkrijgen. Tevens is dit de meest gekozen transcriptiemethode bij inductief onderzoek (Fischer et al., 2022).

Hierop volgend werd er inductief gecodeerd. Dit verliep volgens drie vormen: eerst open coderen, vervolgens axiaal coderen en tot slot selectief coderen (Boeije & Bleijenbergh, 2023). Vanwege de kleine steekproefomvang en het korte tijdsbestek, werd er geen datasaturatie bereikt en werd er geen selectieve codering uitgevoerd. Vanuit de axiale en open codering werd er een codeboom opgesteld.

2.5 Ethische overwegingen

Bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen is het in Nederland verplicht dat het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd door een Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) voor het onderzoek van start gaat. Het gaat hierbij om onderzoek waarbij personen handelingen moeten uitvoeren of gedragsregels moeten volgen (CCMO, z.d.). Dit onderzoek voldeed niet aan deze voorwaarden en werd daarom niet getoetst door een METC.

Dit nam echter niet weg dat het onderzoek ethisch verantwoord diende te zijn (Baarda et al., 2021). KNAW et al. omschreven in de *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit* (2018) een aantal principes die aan de grondslag van integer onderzoek lagen: eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Deze principes werden als leidend beschouwd gedurende dit onderzoek. De gedragscode werd ondertekend door de onderzoeker, weergegeven in Bijlage 8.

Hiernaast werd er nauwkeurig gelet op de anonieme persoonsgegevens- en dataverwerking. Er werd zorggedragen voor een veilige dataopslag conform de *Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens* (Zuyd Hogeschool, 2019), die vertrok vanuit de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De ondertekende verklaring wordt weergegeven in Bijlage 9.

De respondenten werden voorafgaand aan hun deelname geïnformeerd over de ethische aspecten van het onderzoek. Dit werd gedaan middels een PIF, reeds aangehaald in paragraaf 2.3.2 en weergegeven in Bijlage 6.

2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

2.6.1 Betrouwbaarheid

Er werd van de berekende steekproefomvang afgeweken, wat het onderzoek minder betrouwbaar maakte (Fischer et al., 2022). De onderzoeker had met zo min mogelijk mensen gedeeld wat de exacte inhoud van het onderzoek was. De ingelichte personen werden bij de interviews geëxcludeerd.

Door de consistentie in de gebruikte meetinstrumenten, werd de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten verhoogd (Fischer et al., 2022). Daarnaast vonden de observaties retrospectief plaats, waardoor sociaal-wenselijk gedrag in bepaalde mate werd voorkomen (Vesely & Klöckner, 2020). In paragraaf 2.3.2 werden de toegepaste technieken omschreven om sociaal-wenselijke respons bij de interviews te voorkomen, wat ook bijdroeg aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

2.6.2 Reproduceerbaarheidseis en verifieerbaarheidseis

Aan kwantitatief onderzoek is er een reproduceerbaarheidseis gebonden en aan kwalitatief onderzoek een validiteitseis (Baarda, 2019).

Reproduceerbaarheid houdt in dat als het onderzoek herhaald wordt met dezelfde data, volgens dezelfde stappen die zijn doorlopen volgens het onderzoeksrapport, er dezelfde resultaten moeten komen. Verder is een onderzoek repliceerbaar als er met nieuwe data en dezelfde methodiek dezelfde resultaten behaald worden (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). Er werd eerlijk en zorgvuldig onderzoek uitgevoerd, waardoor bovenstaande termen toepasbaar waren.

Het verifiëren van kwalitatief onderzoek verloopt middels het continue checken of alle onderdelen van het onderzoek juist onderbouwd zijn en de gekozen strategieën voor dataverzameling en analyse bij elkaar passen (Baarda, 2019).

Door middel van het toepassen van de principes van integer onderzoek, kon er aan de eisen worden voldaan. Dit rapport biedt transparantie in het proces en er werd eerlijk en zorgvuldig te werk gegaan. Hiernaast werd er een logboek bijgehouden.

2.6.3 Validiteit

De onderzoeker selecteerde de deelnemers van het onderzoek op basis van vastgestelde criteria om bias te vermijden. Hiermee werd de kans dat het onderzoek generaliseerbaar is naar de totale populatie, en hiermee de validiteit, vergroot (Fischer et al., 2022). Echter stond de verkleinde steekproefomvang dit in de weg (Rahman, 2016).

Van de twee onderzoeksmethoden werden de instrumenten door de onderzoeker opgesteld op basis van de onderzoeksvraag. Het observatieschema werd gebaseerd op onderbouwde wetenschappelijke literatuur. Beide instrumenten werden gevalideerd door een externe expert. Tot slot werd er voor de bevordering van de betrouwbaarheid en validiteit aan methodische- en bronnentriangulatie gedaan door middel van het toepassen van twee onderzoeksmethodieken en verschillende types bronnen (Boeije & Bleijenbergh, 2023).

3 Resultaten

Er werd een onderzoek uitgevoerd bij vijf woningen. Er werden 80 observaties van medicatiedeelmomenten uitgevoerd bij vier cliënten van elke woning. In elke woning werd eenmalig de opslag van de medicatie geobserveerd. De medicatiefoutregistraties van oktober 2022 tot en met maart 2023 werden opgevraagd, dit waren er in totaal 145. Vier werknemers werden geïnterviewd.

3.1 Observaties

Een zestal onderdelen van het medicatiebeleid betreffende opslag werden geobserveerd. Er werd gekeken of de medicatie die gekoeld opgeslagen diende te worden in een afgesloten kistje in een koeling lag. Daarnaast werd er geobserveerd of de medicatieopslagplekken afgesloten waren met een slot en of er enkel medicatie in de vaste opslagplekken opgeborgen was. Tot slot werd er gekeken of alle aanwezige medicatie maximaal één maand over datum of gestopt was en of alle medicatie op naam van een inwonende cliënt stond.

Vervolgens werden de medicatiedeelmomenten geobserveerd. Hierbij werd per deelmoment waargenomen of alle gegeven medicatie afgetekend was met een paraaf van de toedienende zorgprofessional, of de risicomedicatie dubbel was afgetekend met de parafen van de toedienende zorgprofessional en de controlerende collega en of de handgeschreven datum van verderf op de verpakking van geopende vloeibare medicatie stond.

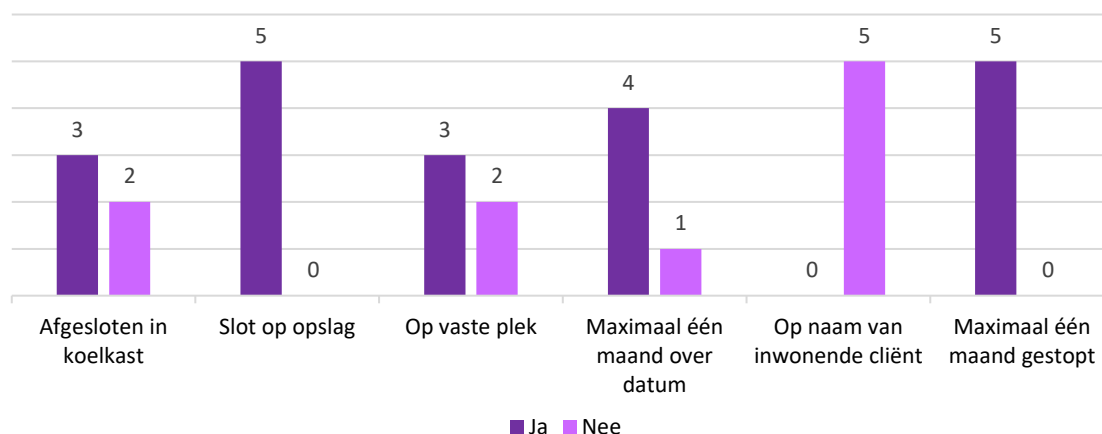
Tot slot werd de data van begane medicatiefouten opgevraagd. Deze werd opgedeeld in type medicatiefouten: medicatie is niet gegeven, medicatie is niet afgetekend, verkeerde dosis medicatie is verstrekt, verkeerde medicatie is verstrekt, medicatie is op het verkeerde tijdstip verstrekt en de cliënt weigert de medicatie. Deze fouten werden vervolgens onderverdeeld in de medicatiedeelmomenten om trends op te sporen.

3.1.1 Opslag

In figuur 1 worden de resultaten van de opslag grafisch weergegeven.

Figuur 1

Resultaten observaties van opslag



Onderdelen die bij alle woningen geobserveerd waren conform het medicatiebeleid, waren een gesloten kistje in de koelkast, afgesloten medicatieopslagplekken en geen aanwezigheid van medicijnen die langer dan een maand gestopt waren. Hoewel er overal een gesloten kistje in de koelkast zat, werd er duidelijk dat niet alle medicatie die in de koelkast behoorde, daarin werd opgeslagen. De medicatie die meerdere momenten op een dag toegediend moest worden, lag in twee woningen in de medicatiekar opgeslagen. Ook lag er medicatie op plekken waar het niet hoorde te liggen. Voorbeelden die de onderzoeker waarnam, waren insulinepennen op kamers van cliënten of medicatie die zonder toezicht in de gezamenlijke woonkamer lag, waar alle cliënten toegang tot hadden. In één woning lag er een medicament dat over de datum was en buiten de toegestane termijn. Verder waren er in elke woning verschillende medicijnen niet op naam van een inwonende cliënt. Dit varieerde van medicatie waar geen cliëntetiket op zat tot medicijnen die niet voorgeschreven waren of niet voor menselijk gebruik waren.

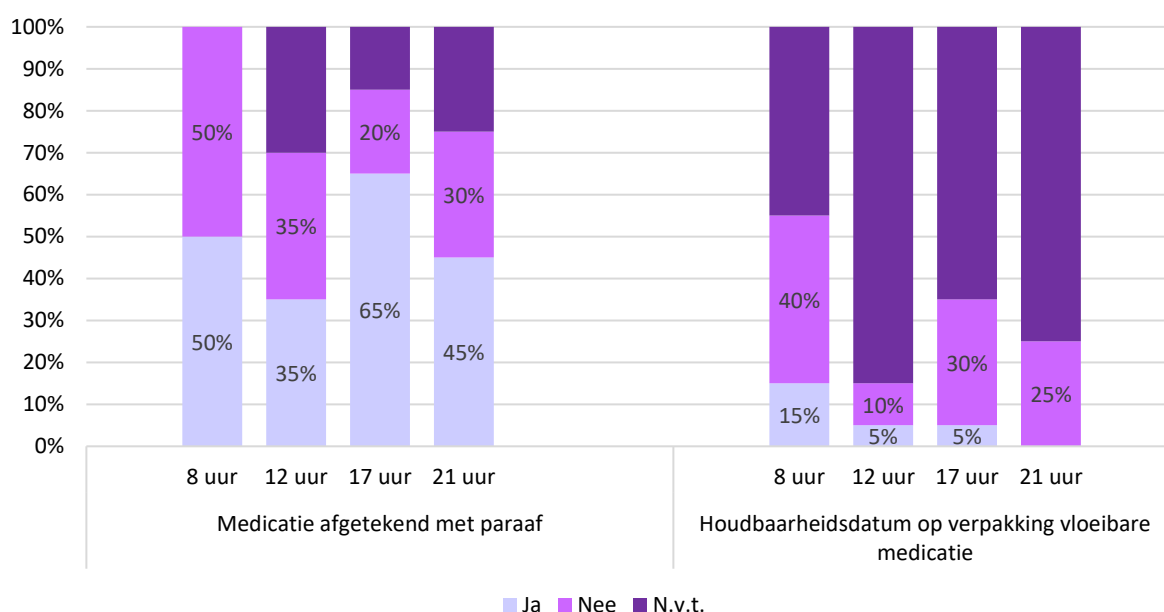
3.1.2 Medicatiedeelmomenten

Uit de medicatiedeelmomenten kwam naar voren dat de handgeschreven datum van verderf op verpakkingen van geopende vloeibare medicatie schrijven bij 80 procent van de observaties waarbij vloeibare medicatie voorgeschreven stond, niet gebeurd was. In sommige gevallen stond er nergens een datum, in andere gevallen stond de datum op de tube in plaats van de verpakking. Dit was consistent bij alle deelmomenten. Ook bij het aftekenen van de medicatie viel het op dat dit niet altijd werd gedaan. Bij bijna de helft van

de observaties waarbij er medicatie stond voorgeschreven, was de medicatie niet afgetekend met een paraaf. In een vierde van deze gevallen was het wel afgetekend, maar verkeerd: In plaats van een paraaf stond er slechts een letter of een kruisje. Uit de observaties kwam naar voren dat er tijdens de deelmomenten van 17 uur en 21 uur vaker correct afgetekend werd dan niet, waar dit bij de ochtend- en middagdeelmomenten gelijk verdeeld was. In onderstaande figuur 2 worden deze resultaten grafisch weergegeven.

Figuur 2

Resultaten observaties van medicatiedeelmomenten m.u.v. risicomedicatie



Belemmerend in deze resultaten was dat het type medicament waarop werd geobserveerd enkele malen niet voorgeschreven stond, zoals risicomedicatie en vloeibare medicatie. Hierdoor kon er op die momenten niet worden geobserveerd op de betreffende observatiepunten. Dit wordt geïllustreerd door het “n.v.t.”-label in de grafiek. Dit kwam bij de risicomedicatie het vaakste voor, gezien deze weinig voorgeschreven wordt in de woningen. Bij een kleine tien procent van de observaties was het mogelijk om te observeren op de aftekening van de risicomedicatie. Deze is daarom niet verwerkt in de grafiek. Bij bijna 60 procent van de risicomedicatiegiften gebeurde het aftekenen van deze medicatie adequaat.

3.1.3 Medicatiefouten

De medicatiefouten met de hoogste frequentie waren het niet geven van medicatie door de zorgverlener en het weigeren van medicatie door de cliënt, elk verantwoordelijk voor ruim 40 procent van de medicatiefouten. Van de overige tien procent behoorde ruim vijf procent tot

overige fouten die niet werden opgenomen in dit onderzoek. Er waren geen VIM-meldingen gemaakt van medicatie die niet was afgetekend, hoewel dit wel meerdere keren werd geconstateerd bij de observaties. Een tabel met alle gegevens wordt hieronder weergegeven:

Tabel 2

Resultaten observaties medicatiefouten van oktober 2022 t/m maart 2023

Type fout	Frequentie	Frequentie (in %)	Frequentie onderverdeeld per deelmoment			
			8u	12u	17u	21u
Medicatie is niet gegeven	63	43,4%	25	11	11	16
Medicatie is niet afgetekend	0	0%	/			
Verkeerde dosis medicatie is verstrekt	4	2,8%	1	2	0	1
Verkeerde medicatie is verstrekt	5	3,4%	2	1	0	2
Medicatie is op het verkeerde tijdstip verstrekt	3	2,1%	1	1	1	0
Cliënt weigert de medicatie	62	42,8%	11	2	37	12
Overige	8	5,6%	/			

Bij de twee meest frequente fouten waren er pieken te zien in tijdstip. Het niet geven van de medicatie vond in bijna 40 procent van de gevallen in de ochtend plaats en 25 procent in de avond. Het weigeren van de medicatie door de cliënt gebeurde het meeste rond de namiddag. De verklaringen hiervoor worden getracht te vinden bij de interviews.

3.2 Interviews

In totaal werden er vier werknemers benaderd en werden ook deze vier werknemers geïnterviewd, een responsratio van 100%. Dit respondenten waren één gespecialiseerde flexwerker en drie vaste werknemers. Het kortste interview duurde twintig minuten en het langste duurde veertig minuten. Gemiddeld duurden de interviews 30 minuten.

Tijdens de interviews werd er ingegaan op barrières en kansen die de groepsbegeleiders ervoeren om het medicatiebeleid correct toe te passen in de woningen. Ook werd er bevraagd in hoeverre zij zich herkenden in de bevindingen van de observaties en werden er verbeteringsuggesties voor de toekomst gedaan.

Om de interviews te analyseren, werden er transcripten opgesteld. Vervolgens werden deze open en axiaal gecodeerd. De codeboom wordt weergegeven in Bijlage 10. De resultaten worden gecategoriseerd aan de hand van bovenstaande genoemde thema's.

De respondenten werden gepseudonimiseerd met codes R1, R2, R3 en R4.

3.2.1 Kennis medicatiebeleid

Uit alle interviews bleek dat de respondenten wel wisten waar ze het medicatiebeleid konden vinden, maar hier nooit of zelden in keken. Ze gaven aan dat ze zich up to date voelden en globaal de regels wisten. Een respondent benoemde meer te weten over het medicatiebeleid dan haar collega's.

3.2.2 Barrières

3.2.2.1 Kennis medicatie en -beleid

Er werden verschillende barrières genoemd door de respondenten. De kennis over de medicatie werd meerdere keren aangehaald. R3 benoemde als oorzaak hiervan dat de medicatiescholingen ontoereikend waren, maar dat er ook een stuk verantwoordelijkheid miste bij het personeel om zelf actie te ondernemen en de (bij)werkingen van medicatie op te zoeken. De verpleegkundigen wisten meer over de werking en bijwerkingen van medicatie dan de groepsbegeleiders met een andere opleidingsachtergrond, maar hun kennis was nog steeds te laag, aldus R3. Hij gaf hierbij aan dat jongere werknemers sneller iets opzochten over de (bij)werking als er een nieuw medicijn werd voorgeschreven dan oudere werknemers.

Naast kennis over de werking en bijwerking, miste er ook kennis over de toepassingswijze. R4 benoemde hierbij het voorbeeld dat er een cliënt was die antischimmelcrème had opstaan als zo-nodigmedicatie, waarbij er op de aftekenlijst onder "toedienvorm" stond te smeren bij roodheid. Deze crème hoorde alleen gesmeerd te worden bij de cliënt als er sprake was van schimmel, maar medewerkers smeerden dit vervolgens op alle rode plekjes die de cliënt ontwikkelde.

Tot slot werd er in enkele interviews gesproken over de kennis van de respondenten over het beleid. Uit de observaties kwam naar voren dat de vervaldatum van vloeibare medicatie vaak verkeerd of niet opgeschreven werd. R1 zei hierbij "vloeibare medicatie ... staat inderdaad de datum van openmaken op zoals het hoort". R2 benoemde dat hij de regels hieromtrent niet wist, in tegenstelling tot R3, die de regels wel wist.

3.2.2.2 Veranderingen in het systeem

Koraal zit in een overgangsperiode. Voorheen werkten zij met handmatig aftekenen van de medicatie en in de toekomst zal er worden overgegaan op een elektronisch medicatiedeelsysteem, echter is nog niet duidelijk wanneer dit gaat plaatsvinden. Wel zijn de medicatiedeellijsten hierdoor aangepast, vanwege verschillende redenen waar Maasveld geen invloed op heeft. Uit de interviews kwam naar voren dat de groepsbegeleiding deze nieuwe lijsten niet toepasbaar vond voor gedragsgroepen. “De nieuwe aftekenlijsten zijn dramatisch”, aldus R4. R2 bestempelde ze als onhandig. De medicijnen op de huidige lijsten worden anders geordend en het is niet mogelijk om volgens het medicatiebeleid van Koraal af te tekenen. In het beleid van Koraal staat dat de verstrekker van baxters enkel het aantal pillen moet tellen en dit moet aftekenen. Met de huidige lijst moet de verstrekker de inhoud van de baxter controleren. Iets waarvoor de verstrekker geen verantwoording zou moeten dragen, aldus het beleid van Koraal (zie paragraaf 1.2.2).

Twee respondenten gaven aan te twijfelen aan de capaciteiten van het team om met een elektronisch systeem te werken. De anderen zagen hier wel de meerwaarde van in. Ze gaven aan dat het team kundig genoeg was om met een online systeem om te gaan. “Ik vind het papieren systeem wat nu nog wordt gebruikt erg ouderwets”, aldus R3.

3.2.2.3 Onbekend personeel

Naast gespecialiseerde flexwerkers, werkten er uitzendkrachten in de woningen. Enkel R1 gaf aan dat dit in de woning waarin zij werkzaam was, niet zo vaak aan de orde was. De andere respondenten herkenden de frequente aanwezigheid van onbekend personeel, en de effecten hiervan, wel. Ten eerste had het een invloed op de cliënten. Bij onbekend personeel zochten de cliënten de grenzen op qua gedrag. Ook konden cliënten hevig reageren op nieuw personeel. Volgens alle respondenten was de band tussen de bewoner en de groepsbegeleider bevorderlijk voor de medicatie-inname. R2 zei het volgende hierover: “Je kent de cliënten en weet hoe je met hen om moet gaan. Als je nieuw of onbekend bent, weet je dat niet en krijg je de bewoner misschien ook niet tot het nemen van de medicatie.”

Vast personeel droeg door de onbekende uitzendkrachten meer verantwoordelijkheidsgevoel voor de medicatie, gezien zij dit dan overnamen van de uitzendkracht. Bij onbekende of nieuwere collega's werd er ook vaker opgemerkt dat zij medicatie vergaten te geven. De risicofactoren hiervoor werden verder toegelicht in paragraaf 3.2.4. Een andere invloed was de veiligheid in het team. “Je hebt geen vastigheid en geen veilig gevoel in het team om een aanspreekcultuur te hebben, want je werkt alleen nog maar met vreemden”, zei R4 hierover.

3.2.2.4 Feedback

Dat leidt tot de volgende beïnvloedende factor: het geven en ontvangen van feedback. R4 sprak bij het vorige onderwerp over de aanspreekcultuur. R3 gaf aan dat het team open was en feedback geven en ontvangen geaccepteerd werd. R1 benoemde dit ook te doen en zich hier veilig genoeg bij te voelen, maar begreep dat jongere medewerkers dit niet deden. R2 beaamde dat niet iedereen uit het team de verantwoordelijkheid pakte om feedback te geven. Volgens R4 maakte het ook een verschil hoe de feedback gegeven werd.

3.2.2.5 Planning

Op een EVB+-woongroep werden veel mensen ingepland, omdat er veel begeleiding nodig was voor de cliënten. Deze werknemers hadden allemaal verschillende diensttijden, er waren geen standaard begin- en eindtijden. Er vonden geen gezamenlijke overdrachten plaats. Daarnaast bleken er veel cursussen en overleggen onder werktijd plaats te vinden.

3.2.2.6 Samenstelling en werkwijze EVB+-groep

Tot slot werden er beïnvloedende factoren ondervonden in de samenstelling en werkwijze van een woongroep voor EVB+-cliënten. De woningen werden door R2, R3 en R4 omschreven als druk, chaotisch en hectisch. Cliënten liepen de hele tijd rond, kwamen te pas en te onpas vragen stellen en praatten heel veel. Deze factoren hadden invloed op de mogelijkheid voor groepsbegeleiders om hun taken omtrent het medicatiebeleid correct uit te voeren, aldus alle respondenten. Naast deze drukte, werden de dagen geleid door de dagprogramma's van de cliënten. Hierdoor waren er geen gezamenlijke medicatierondes of volledig gelijktijdige eetmomenten. Elke begeleider moest bij zijn eigen cliënten eraan denken om de medicatie rond de voorgeschreven tijden te geven: "Je bent natuurlijk allemaal op verschillende momenten medicatie aan het verstrekken. Zo mis je die onderlinge controle wel een beetje" (R2). R1 en R4 gaven aan dat iedereen zijn eigen ritme zou moeten zoeken hierin, zodat medicatie minder vergeten werd.

3.2.3 Kansen

Naast barrières, werden er ook beïnvloedende factoren achterhaald die een positieve invloed op de toepassing van het medicatieproces uitoefenden.

3.2.3.1 Intercollegiale acties

In bijna alle woningen werd er een controlelijst per deelmoment gehanteerd. Hierbij werd er één collega als verantwoordelijke gesteld om na elk deelmoment te controleren of alle medicatie gegeven en afgetekend was. Zo werden veel medicatiefouten op tijd onderschept en kon de medicatie alsnog gegeven worden. Volgens de respondenten had de controlelijst

de frequentie van het vergeten te geven van medicatie reeds verlaagd. Dit was terug te zien in de resultaten van de observaties: de twee van de vijf woningen waarin er geen controlelijst was of waarin deze niet (meer) werd toegepast, waren verantwoordelijk voor meer dan de helft van de VIM-meldingen van het vergeten van medicatie.

Verder werd het laagdrempelige contact met andere disciplines als een bevorderende factor gezien voor het correct toepassen van het medicatiebeleid door de respondenten. Als er iets aan de hand was, konden zij gemakkelijk de medische dienst of de hoofdwacht bereiken. Daarbij waren er per woning twee medicatieaandachtfunctionarissen. Zij beheerden de bestellingen en de medicatievoorraad.

3.2.4 Medicatiefouten

3.2.4.1 Oorzaken

De barrières om het medicatiebeleid correct toe te passen, dekten gedeeltelijk al een aantal risicofactoren voor medicatiefouten. Naast de reeds vermelde onderdelen, werden er nog een aantal dingen bevonden uit de interviews.

De respondenten benoemden dat medicatiefouten door de apotheek zelden voorkwamen. Een risicofactor voor medicatiefouten was het hanteren van een dubbele baxter, gaf R2 aan. Sommige cliënten hadden zoveel medicatie in een deelmoment, dat niet alle pillen in één baxter pasten. Dan kregen zij er meerdere.

Ook gaf R2 aan dat zijn collega's wel eens medicatie vroegtijdig klaarlegden of meenamen. Hij benoemde hierbij het volgende: "Zo een ideeën als het vroegtijdig klaar leggen zijn vaak goed bedoeld, maar kunnen wel tot fouten leiden ... Het zijn mensen met een ernstige beperking en gedragsproblemen, zij kunnen wel eens dingen doen waar je niet op bedacht bent. De medicatie is de verantwoordelijkheid van de groepsbegeleider en die begeleider moet de veiligheid ook garanderen."

3.2.4.2 Preventie

Zoals reeds werd vermeld, werd er als geschikte preventie voor het vergeten van medicatie op intercollegiaal niveau de controlelijst genoemd. Daarnaast opperden de respondenten dat duidelijke onderlinge afstemming van taken, bevoegdheden en welke cliënten al welke medicijnen gehad hadden, ook een bijdrage zouden leveren aan de preventie van fouten. R4 gaf aan dat zij door de vele (onbekende) werknemers op de werkvloer op den duur niet meer wist wie waarvoor B&B was geacht.

Als bewonersgerichte preventie van het weigeren van medicatie werd door de respondenten benoemd dat er een vertrouwensband gecreëerd moet worden met de bewoner, zoals reeds vermeld in paragraaf 3.2.2.3. Daarnaast benoemde R2 dat het belangrijk is om de fase waarin de cliënt zich bevindt in de gaten te houden om zo het weigeren van medicatie te voorkomen. De fase waar hiernaar verwezen wordt, is een spanningsfase. Deze worden verwerkt in de signaleringsplannen van de cliënt. Fase 0 houdt in dat er rust is, bij fase 4 is er een escalatie geweest en zit de cliënt in de ontspanningsfase (Koraal, persoonlijke communicatie, 4 februari 2023).

Door R2 en R3 werd er genoemd dat de groepsbegeleiders op persoonlijk niveau preventie konden uitvoeren door tijd te nemen voor het medicatieproces. Dit hield in dat de focus bij de medicatie werd gehouden door de begeleider als hij hiermee bezig was. Dit kon in de vorm van afzonderen, zoals R3 benoemde, maar ook door aan de cliënt te benoemen dat zijn begeleider even bezig was. R2 zei hierbij het volgende: “Ik merk wel met veel collega’s dat zij constant willen voldoen aan de behoefte van een cliënt en dan wordt er al heel gauw op de cliënt ingegaan. Maar dat hoort niet, je bent dan met de medicatie bezig ... Wij als team moeten ons daar dan ook aan proberen te houden. Ik denk dat daar nog wel wat te halen valt.”

4 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk zal er in paragraaf 4.1 kritisch gereflecteerd worden op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek. De conclusies die hieruit worden getrokken, alsook een antwoord op de onderzoeksvraag, worden toegelicht in paragraaf 4.2.

4.1 Discussie

4.1.1 Scope van het onderzoek

Een frequent belicht onderdeel in het medicatiebeleid van Koraal was onvrijwillige zorg met betrekking tot toediening van medicatie (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). In de eerste instantie werd dit onderdeel van het medicatiebeleid bij het onderzoek betrokken. Na overleg met de leidinggevendenden bleek dat dit niet tot nauwelijks wordt toegepast op de EVB+-woongroepen. Dit onderwerp werd daarom bij de afbakening van het onderzoek geëxcludeerd.

4.1.2 Onderzoekspopulatie

Er werd gekozen om de gespecialiseerde flexwerkers te includeren in het onderzoek. Gezien zij geen vaste aanstelling in één team hebben, is het aannemelijk dat zij bepaalde woningspecifieke kennis niet of niet in dezelfde mate als de vaste medewerkers hebben. Dit kan tot onbetrouwbare data leiden. Dit risico werd geaccepteerd, gezien de flexwerkers dezelfde scholingen als de vaste medewerkers doorlopen en enkel op de vijf EVB+-groepen komen, waardoor zij deze woningen tot zekere mate goed kennen. Daarnaast bood het interviewen van een flexwerker door het laatstbenoemde punt bredere inzichten dan wanneer er enkel vaste medewerkers werden geïnterviewd.

4.1.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Het theoretisch kader werd opgesteld middels literatuur van de hoogste niveaus. Er werd bij voorkeur voor richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses gekozen, conform de Piramide van Betrouwbaarheid (Bijlage 11). Alle stappen van het onderzoek werden vervolgens onderbouwd met literatuur, mening van de onderzoeker en wens van de praktijk, volgens de pijlers van Evidence Based Practice.

Er werd afgestapt van de berekende steekproefomvang. Hierdoor werden er minder observaties en interviews uitgevoerd dan nodig voor een volledig betrouwbaar onderzoek. Er werd geen datasaturatie bereikt. De respondenten die hebben geparticipeerd, voldeden wel aan de gestelde in- en exclusiecriteria. Personen die ingelicht waren over de inhoud van het onderzoek, werden niet geïnccludeerd als respondenten om bias te voorkomen. Bij de observaties werd het risico geaccepteerd dat er kon zijn afgetekend door personen die niet

aan de inclusiecriteria voldeden, echter zijn er zeer weinig werknemers die hier niet aan voldoen, waardoor dit risico enorm wordt verkleind.

Beide meetinstrumenten werden zo consistent mogelijk gebruikt bij de dataverzameling. Ook werden de meetinstrumenten gevalideerd door een externe expert. Er vond methode- en bronnentriangulatie plaats

Na de interviews werd er geen membercheck uitgevoerd. Hierdoor is de validiteit van de thesis verlaagd. De interviews werden opgenomen. Hierdoor kon er een correct transcript opgesteld worden en kon er gecontroleerd worden of het transcript klopt. Ook werd dit onderzoek door de praktijkbegeleider beoordeeld (zie Bijlage 12). Hierin werd onder meer de authenticiteit en correcte weergave van de praktijk bevestigd.

Tot slot werd er gedurende het volledige onderzoek een logboek bijgehouden, wat bijdraagt aan de reproduceerbaarheid. Verdere toelichting van de betrouwbaarheid en validiteit werd gegeven in paragraaf 2.6.

4.1.4 Suggesties verder onderzoek

Er werd geen datasaturatie bereikt vanwege tijdsgebrek. Ook werd er geen selectieve codering uitgevoerd. Daarnaast werd er bij dit onderzoek gekozen om geen onderscheid te maken tussen leeftijd, geslacht, opleiding, jaargetijde et cetera. In een volgend onderzoek zouden er een uitgebreidere dataverzameling en -analyse uitgevoerd kunnen worden en zou er tussen deze factoren verbanden kunnen worden gelegd. De resultaten van de interviews waren zeer uitgebreid. Er werd niet op elk resultaat even diep ingegaan vanwege het aantal toegestane woorden van het onderzoeksrapport. Verder onderzoek zou meer diepgang kunnen bieden.

4.2 Conclusie

In dit onderzoek werd er getracht de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: “Hoe kan de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-cliëntgroepen op Koraal locatie Maasveld geoptimaliseerd worden?”

Als eerste werd er een kwantitatieve observatie uitgevoerd, waaruit bleek dat het vergeten van de medicatie door de werknemer en het weigeren van de medicatie door de cliënt de meest voorkomende medicatiefouten waren. Ook bleek er in alle vijf de woningen medicatie in de medicatiekarren te liggen die niet op naam van een inwonende cliënt waren. Het kwam vaak voor dat de vervaldatum niet op de verpakking van de medicatie stond en bij bijna de helft van de observaties werd de medicatie niet correct afgetekend. Uit de interviews kwam

naar voren dat er veel verschillende beïnvloedende factoren zijn, zowel positief als negatief. Voorbeelden van positieve factoren zijn de controlelijsten per deelmoment en het geven van feedback. Negatieve invloed zijn het vele werken met onbekend personeel, de hectiek en het dagschema van de EVB+-bewoners, een nieuw type toedienlijst en de kennis van het personeel over werking en bijwerkingen van medicatie.

Er kan geconcludeerd worden dat onder meer kenmerken van de inwonende EVB+-cliënten een invloed heeft op de toepassing van het medicatiebeleid. Door middel van het inzetten van de gevonden bevorderende factoren en het verbeteren of aanpakken van de gevonden belemmerende factoren, kunnen er specifieke aanbevelingen worden gedaan om de toepassing van het medicatiebeleid beter te laten verlopen op de EVB+-woongroepen.

5 Advies en inbedding

In dit hoofdstuk wordt er een advies uitgebracht aan Koraal locatie Maasveld om de toepassing van het medicatiebeleid op groepsbegeleidingsniveau te verbeteren aan de hand van de resultaten van de onderzoeksmethoden. In de adviezen worden de betaalbaarheid en realiteit van de praktijk in acht genomen.

Uit de interviews bleek dat de sfeer en werkwijze op een EVB+-groep van grote invloed is op de toepassing van het medicatiebeleid. Met name de hectiek, de werkwijze (één begeleider per cliënt, cliëntduo of -trio) en de dagelijkse routine van de cliënten (die een gezamenlijke medicatieronde hinderen), spelen parten. Intercollegiale toetsing mist hierdoor. Hiervoor werd al de controlelijst per deelmoment ingezet in een aantal woningen, die effectief bleek te zijn. Er wordt daarom geadviseerd dat Koraal in alle EVB+-woongroepen deze controlelijsten gaat hanteren. Het is hierbij de taak van de medicatieaandachtfunctionarissen dat dit gecontinueerd wordt in de woning waarin zij werkzaam zijn. Deze aandachtfunctionarissen zijn er in elke woning en houden zich bezig met bestellingen, opslag en voorraad van de medicatie. Er wordt daarom geadviseerd de aandachtfunctionarissen in de woningen te houden, conform de aanbevelingen uit de literatuur (VGN, 2020).

Naast de sfeer, speelt de kennis van de verstrekkers over de inhoud van het medicatiebeleid en de werking en bijwerkingen van medicatie een rol, zo blijkt uit de interviews en de literatuur. Er wordt geadviseerd een toetsmoment toe te voegen voor de B&B werknemers. Met het oog op betaalbaarheid en continuïteit van de zorg, wordt er geadviseerd dit toetsmoment online te organiseren, zodat de begeleider in de woning kan blijven. In deze toetsing worden vragen opgesteld over de werking en bijwerkingen van de medicatie die de cliënten in de woning krijgen. Deze online toets kan gemaakt worden door de begeleiders als de cliënt die zij begeleiden naar een dagactiviteit is. Dit toetsmoment vindt naast de jaarlijkse verplichte scholing plaats.

Tevens wordt er geadviseerd de inhoud van de jaarlijkse scholing aan te passen. Uit de interviews bleek dat twee respondenten niet wisten dat de datum van verderf op de verpakking van medicatie hoort te staan. Als de groepsbegeleiders niet weten wát hun taken zijn, kunnen zij deze ook niet correct toepassen. Er wordt daarom geadviseerd om de inhoud meer te richten op de taken uit het medicatiebeleid op groepsbegeleidingsniveau, zoals de onderwerpen uit het observatieschema. De resultaten van de observaties kunnen hierin meegenomen worden. De onderzoeker heeft in het kader van het onderzoek aan een medicatiescholing deelgenomen en heeft geconstateerd dat dit nog niet tot de inhoud van de scholing behoort.

Ook bleek uit de interviews dat een invloed op het weigeren van de medicatie door de cliënten de band met de cliënten was. Sheerin et al. (2019) benadrukken in hun systematische review het belang van goede communicatie tussen professionals onderling en de professional en de EVB+-cliënt om therapietrouw te handhaven. Het zou een positieve invloed hebben als de medicatieverstrekkende werknemer de cliënt ook kent en zo gepaste motiveringstechnieken of begeleidingsstijlen toe kan passen. Er wordt geadviseerd om in het kader van continuïteit van de zorg de begeleiding van een cliënt zoveel mogelijk door dezelfde, herkenbare begeleiders te laten uitvoeren. Indien dit niet mogelijk is vanwege onbekend personeel of andere redenen, dient een vaste werknemer die de cliënt wel kent het medicatiemoment over te nemen. Hierbij is van belang dat er tijdens de start van de dienst een duidelijke taakverdeling plaatsvindt, zodat het medicatiedeelmoment niet vergeten wordt.

Het is daarnaast bevorderlijk voor de preventie van weigering dat medicatie wordt aangeboden als de cliënt in fase 0 (evenwicht- en rustfase) van de spanningsfasen zit. Op dit moment is het het aannemelijkst dat een cliënt de medicatie tot zich neemt, aldus een respondent. Probleemgedrag en spanning kunnen verschillende oorzaken hebben. De begeleider dient interventies conform het signaleringsplan van de cliënt te ondernemen om fase 0 weer te bereiken, alsook te kijken wat de bron van de spanning is. Hierbij kan gedacht worden aan prikkels, herkenbare omgeving, mogelijkheid voor de bewoner om zich af te zonderen op eigen kamer (Embregts et al., 2019).

Uit de systematische review van Keers et al. (2013) komt naar voren dat afleidingen een risicofactor is voor medicatiefouten. Uit de interviews werd vastgesteld dat er door de bewoners veel onrust en afleiding is tijdens de deelmomenten. Er wordt geadviseerd dat de werknemer zich, voor zover mogelijk, afzondert als hij bezig is met medicatie. Gezien er in de EVB+-groepen vaak één begeleider een aantal cliënten begeleidt, dient deze begeleider zelf in te schatten wanneer het mogelijk is om zich af te zonderen als hij de medicatie verzamelt en wanneer niet.

Ook was het duidelijk dat de respondenten de nieuwe aftekenlijst onprettig en niet coherent aan de bevoegdheden van de groepsbegeleiders conform het medicatiebeleid vinden. Echter ligt de beslissing wanneer Koraal overgaat naar een elektronisch systeem bij de raad van bestuur (Koraal, persoonlijke communicatie, 2 mei 2023). Het is niet mogelijk dat deze aftekenlijst nog zal veranderen vóór de overgang naar het elektronische systeem. Het knelpunt bij de respondenten was de onoverzichtelijkheid van de aftekenlijst, onder meer doordat alle medicatie geordend is op alfabetische volgorde staat in plaats van deelmoment.

Er wordt geadviseerd om middels laagdrempelige wijzen orde aan te brengen. Een voorbeeld hiervan is het markeren van de giften op de aftekenlijst, waarbij elk deelmoment een eigen kleur krijgt. Zo ziet de verstrekker in één oogopslag welke medicijnen bij welk deelmoment horen. Uiteraard dient dan wel nog de regel van zes conform beleid gehanteerd te worden om fouten te voorkomen.

Het elektronisch systeem zal na de overgang een uitkomst bieden voor het incorrect aftekenen en vergeten van medicatie, vanwege de herinnerfunctie. Het is een behulpzaam systeem om meer inzicht te bieden op daadwerkelijke verstrekking van medicatie aan de bewoners (Ecorys & Beter Healthcare, 2021).

Tot slot wordt er met klem geadviseerd een vervolgstudie uit te voeren met uitgebreidere observaties, om meer verbeterpunten uit de woningen aan het licht te brengen.

Literatuurlijst

- ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, LHV, LOC, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, & Zorgthuisnl. (2016, december). *Veilige principes in de medicatieketen: Voor de sectoren, verpleging, verzorging en thuiszorg*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/medicatieveiligheid/veilige-principes-in-de-medicatieketen-december2022.pdf>
- Assiri, G.A., Shebl, N.A., Mahmoud, M.A., Aloudah, N., Grant, E., Aljadhey, H., & Sheikh, A. (2018). What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*, 8(5), Artikel e019101. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019101>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., & Van Vianen, R. (2021). *Basisboek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (7e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2020). *Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (5e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Baur, C. (2021). *What is the Hierarchy of Evidence?* Geraadpleegd op 2 maart 2023, van <https://www.researchsquare.com/blog/what-is-the-hierarchy-of-evidence>
- Bergen, N., & Labonté, R. (2020). "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783-792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (4e druk). Boom. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.boomportaal-nl.zuyd.idm.oclc.org/boek/9789024451937>
- CCMO. (z.d.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017, 31 januari). *Rapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z01429&

did=2017D02997

- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical view. *Human Resources for Health*, 18(41). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- De Poorter, K., Veen, S., Kooij, S.M., & Le Rütte, P. (2019). *Voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging*. Geraadpleegd op 3 april 2023, van https://www.ordz.nl/binaries/ordz/documenten/publicaties/2019/07/01/update-handleiding-voorbehouden-handelingen/6600.350-Update_Handleiding_voorbehouden_handelingen_definitief.pdf
- Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglini, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(10), 4507-4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
- Duckworth, N.J., & Wilson, N.J. (2022). Medication oversight, governance, and administration in intellectual disability services: Legislative limbo. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 9(1), 73-83. <https://doi.org/10.1080/23297018.2021.2015424>
- Ecorys & Beter Healthcare. (2021, 1 april). Business Impact Analyse Medicatieoverdracht gehandicaptenzorg: Inzicht in de kosten, baten en haalbaarheid van de implementatie van medicatieoverdracht in de gehandicaptenzorg. Geraadpleegd op 18 mei 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2021/06/14/mkba-medicatieoverdracht/BIA+medicatieoverdracht+GZ+1-0.pdf>
- Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E.J., Van Bussel, C., Van Der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-Van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D.A.M., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C.J., Smit, T., Van Den Heuvel, J., . . . Wieland, J. (2019). *Multidisciplinaire Richtlijn: Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/09/Richtlijn-Probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-VB-DEF.pdf>
- Fischer, T., Julsing, M., & Van Putten, J.-W. (2022). *Praktijkgericht onderzoek* (1e druk). Noordhoff Uitgevers.
- Gardner, A.L., & Charlesworth, M. (2022). How to write a retrospective observational study. *Anaesthesia*, 78(4), 521-525. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/anae.15831>

- Gillette, H. (2022). *The average IQ: What it is and how it's measured*. Geraadpleegd op 18 mei 2023, van <https://psychcentral.com/health/average-iq>
- Hamed, M.M.M., & Konstantinidis, S. (2021). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5). <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0193945921999449>
- Hegger, I., Alves, T.L., De Bruijn, A., Hoebert, J., & Van Vliet, E. (2022). *Verkenning van de productveiligheid van geneesmiddelen in de praktijk*. Geraadpleegd op 13 april 2023, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2021-0229.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). *Cijfers over meldingen gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-over-meldingen-gehandicaptenzorg>
- IVM. (2021). *Top 5 verbeteracties medicatieveiligheid gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 8 mei 2023, van <https://www.medicijngebruik.nl/zorginstellingen/informatie-zorginstellingen/informatiepagina/4721/top-5-verbeteracties-medicatieveiligheid-gehandicaptenzorg>
- Kallio, S. (2022). *Finding the Right Sample Size (the Hard Way)*. Geraadpleegd op 25 april, van <https://www.evalacademy.com/articles/finding-the-right-sample-size-the-hard-way>
- Kallumkal, G.H., Jacob, R., & Edwards, L. (2021). Etiology and Management of Behavioral Disorder in Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Cureus*, 31(3), Artikel e14221. <https://doi.org/10.7759/cureus.14221>
- Keers, R.N., Williams, S.D., Cooke, J., & Ashcroft, D.M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11), 1045-1067. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
- Kivunja, C. (2018). Distinguishing between Theory, Theoretical Framework, and Conceptual Framework: A Systematic Review of Lessons from the Field. *International Journal of Higher Education*, 7(6). <https://doi.org/10.5430/ijhe.v7n6p44>
- KNAW, NFU, NOW, TO2-federatie, Vereniging Hogescholen, & VSNU. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://easy.dans.knaw.nl/ui/datasets/id/easy-dataset:110600/tab/2#>
- KNMP. (2019, juli). *Dubbel te controleren lijst*. Geraadpleegd op 10 april, van <https://www.knmp.nl/media/77>

- Koraal. (z.d.-a). *Koraal locatie Maasveld: Hoe kun je bij ons wonen?* Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.koraal.nl/extra-informatie/locaties/maasveld/hoe-kun-je-bij-ons-wonen>
- Koraal. (z.d.-b). *Onze woningen*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.wonenbijkoraal.nl/onze-woningen/werkstichting=42556>
- Koraal. (z.d.-c). *Over Koraal*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.koraal.nl/over-koraal>
- Koraal. (z.d.-d). *Wat beweegt ons?* Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.koraal.nl/over-koraal/wat-beweegt-ons>
- Lonchamp, S., Gerber, F., Aubry, J.-M., Desmeules, J., Kosel, M., & Besson, M. (2021). Prevalence of Polypharmacy and Inappropriate Medication in Adults With Intellectual Disabilities in a Hospital Setting in Switzerland. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Artikel 614825. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.614825>
- Nabhanizadeh A., Oppewal, A., Boot, F.H., & Maes-Festen, D. (2019). Effectiveness of medication reviews in identifying and reducing medication-related problems among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(4), 750-761. <https://doi.org/10.1111/jar.12580>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Replicability in Science*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25303>
- NLQF. (z.d.). *NLQF-niveau: Gereguleerde en niet-gereguleerde kwalificaties*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.nlqf.nl/daarom-nlqf/nlqf-niveaus>
- Patino, C.M., & Ferreira, J.C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies: Definitions and why they matter. *The Brazilian Journal of Pulmonology*, 44(2). <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000088>
- Rahman, S. (2016). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language “Testing and Assessment” Research: A Literature Review. *Journal of Education and Learning*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>
- Rijksoverheid. (2019, 4 juni). *Start alliantie medicatieveiligheid*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/06/04/start-alliantie-medicatieveiligheid>

- Rogers, E., Griffin, E., Carnie, W., Melucci, J., & Weber, R.J. (2017). A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. *Hospital Pharmacy*, 52(4), 308-315.
<https://doi.org/10.1310%2Fhpj5204-308>
- Savelle, T. (2018). The advantages and disadvantages of quantitative methods in schoolscape research. *Journal of Linguistics and Education*, 44, 31-44.
<https://doi.org/10.1016/j.linged.2017.09.004>
- Schwartz, J.K., & Unni, E. (2022). Inclusion of People with Disabilities in Research to Improve Medication Adherence: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1671-1677. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2147/PPA.S314135>
- Sheerin, F., Eustace-Cook, J., Wuytack, F., & Doyle, C. (2019). Medication management in intellectual disability settings: A systematic review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(2). <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/1744629519886184>
- Tariq, R.A., Vashisht, R., Sinha, A., & Scherbak, Y. (2023). *Medication Dispensing Errors and Prevention*. StatPearls Publishing. Geraadpleegd op 16 april 2023, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/>
- Van Esch, H., Harmelink, I., Hiel, J., Kooiman, H., Van Der Kruis, M.-L., Ouwehand, A., Quik, R., & De Vries, R. (2021, juni). *Adviesrapport: Organiseren van expertise voor mensen met EVB+ (ernstige verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag)*. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://www.vgn.nl/system/files/2021-07/Adviesrapport%20Organiseren%20van%20expertise%20voor%20mensen%20met%20EVB%2B.pdf>
- Vesely, S., & Klöckner, C.A. (2020). Social Desirability in Environmental Psychology Research: Three Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*, 11, 1395.
<https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.01395>
- V&VN. (2014). *Leidraad: Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg*. Geraadpleegd op 10 april 2023, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/medicatieveiligheid/Leidraad-bekwaamheid-medicatie-langdurige-zorg.pdf>
- VGN. (2020). *Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 5 april 2023, van https://www.vgn.nl/system/files/2020-07/Handreiking%20med%20beleid_30juli_2020.pdf

- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162-178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- VZinfo. (z.d.). *Verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking#node-prevalentie-van-verstandelijke-beperking>
- Werkgroep EVB+. (2014, juni). *Competentieprofiel EVB+: Competentieprofiel voor beroepskrachten in de gehandicaptenzorg die ondersteuning bieden aan mensen met een matige of (zeer) ernstige verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.vgn.nl/system/files/2019-12/competentieprofiel%20EVB%20DEF.pdf>
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. (2022, 1 april). Overheid.nl. Geraadpleegd op 15 april 2023, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01>
- Wickson-Griffiths, A., Kaasalainen, S., Ploeg, J., & McAiney, C. (2014). Revisiting Retrospective Chart Review: An Evaluation of Nursing Home Palliative and End-of-Life Care Research. *Palliative Medicine & Care*, 1(2), 8. <http://dx.doi.org/10.15226/2374-8362/1/2/00110>
- Wondmienenh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: A cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*, 19, Artikel 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>
- World Health Organization. (2017). *WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
- World Health Organization. (2019). *Mental retardation (F70-F79)*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F70-F79>
- Zorginstituut Nederland. (2019, 21 januari). *Screeningsrapport Gehandicaptenzorg Zinnige Zorg*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2019/01/21/zinnige-zorg-%E2%80%93-rapport-screeningsfase-gehandicaptenzorg/Zinnige+zorg+->

+Rapport+screeningsfase+Gehandicaptenzorg.pdf

Zuyd Hogeschool. (2019). *Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens*. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://libguides.bibliotheek.zuyd.nl/ld.php?content_id=323678

Bijlagen

Bijlage 1. Onderzoekstrategie

Tabel 3

Onderzoekstrategie

Databank, zoekmachine of website en eventuele filters	Zoekterm	Hits	Redenering van hits naar bron (indien van toepassing)	Bron
Google	Medicatiebeleid	18 200	Verkenning van de resultaten: eerste hit al toepasbaar. Vervolgens verder gezocht of er een nieuwere variant van de bron was, gezien het uit 2016 komt. Dit niet gevonden, dus bron gehouden.	ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, LHV, LOC, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, & Zorgthuisnl. (2016, december). <i>Veilige principes in de medicatieketen: Voor de sectoren, verpleging, verzorging en thuiszorg</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/medicatieveiligheid/veilige-principes-in-de-medicatieketen-december2022.pdf
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text	Medication error	286	Eerste resultaat direct van hoge kwaliteit én wat ik	Assiri, G.A., Shebl, N.A., Mahmoud, M.A., Aloudah, N., Grant, E., Aljadhey, H., & Sheikh, A. (2018). What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse

aangeklikt, systematic review aangeklikt			zocht	events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. <i>BMJ Open</i> , 8(5), Artikel e019101. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019101
DiZ 2013-2023, full text toegang en materiaalsoort academische tijdschriften, e-books of boeken	/	/	Specifiek op zoek naar dit boek	Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T, Julsing, M., & Van Vianen, R. (2021). <i>Basisboek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis</i> (7e druk). Noordhoff Uitgevers.
DiZ 2013-2023, full text toegang en materiaalsoort academische tijdschriften, e-books of boeken	/	/	Specifiek op zoek naar dit boek	Baarda, B. (2020). <i>Basisboek Interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews</i> (5e druk). Noordhoff Uitgevers.
DiZ 2013-2023, full text toegang en materiaalsoort academische	/	/	Specifiek op zoek naar dit boek	Baarda, B. (2019). <i>Dit is onderzoek!</i> (3e druk). Noordhoff Uitgevers.

tijdschriften, e-books of boeken				
SAGE Journals 2018-2023 en qualitative health research article aangeklikt	limiting social desirability in qualitative research	138	Titel had grote overeenkomsten met de zoekterm	Bergen, N., & Labonté, R. (2020). "Everything Is Perfect, and We Have No Problems": Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. <i>Qualitative Health Research</i> , 30(5), 783-792. https://doi.org/10.1177/1049732319889354
DiZ 2013-2023, full text toegang en materiaalsoort academische tijdschriften, e-books of boeken	/	/	Specifiek op zoek naar dit boek	Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2023). <i>Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen</i> (4e druk). Boom. Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www-boomportaal-nl.zuyd.idm.oclc.org/boek/9789024451937
CCMO	WMO-plichtig onderzoek	101	Door eerder verkenningwerk reeds bekend met CCMO en wat dit is. Derhalve op deze website gezocht naar informatie over	CCMO. (z.d.). <i>Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?</i> Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet

			WMO-plichtig zijn.	
Google	Rapport vervolgonderzoek medicatieveiligheid 2017	1090	Specifiek op zoek naar dit rapport	Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017, 31 januari). <i>Rapport Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z01429&did=2017D02997
Pubmed 2013-2023, abstract en full text aangeklikt, systemaïc review aangeklikt	Effect of "high workload" on nurses	1		Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical view. <i>Human Resources for Health</i> , 18(41). https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9
Google	Handleiding 'Voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg' 2019	1400	Specifiek op zoek naar dit document	De Poorter, K., Veen, S., Kooij, S.M., & Le Rütte, P. (2019). Voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging. Geraadpleegd op 3 april 2023, van https://www.ordz.nl/bina-ries/ordz/documenten/publicaties/2019/07/01/update-handleiding-voorbehouden-handelingen/6600.350-Update_Handleiding_voorbehouden_handelingen_definitief.pdf
PubMed 2013-2023, abstract en free full text	"medication error*" AND "patient safety" AND nurse	38		Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglini, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize

aangeklikt, systematic review en meta-analysis en randomized controlled trial aangeklikt				the patient safety? A systematic review. <i>European Review for Medical and Pharmacological Sciences</i> , 23(10), 4507-4519. https://doi.org/10.26355/eurev_201905_17963
Google Scholar 2013-2023 en review artikelen aangeklikt	"intellectual disability" and "medication management" and "medication administration"	29		Duckworth, N.J., & Wilson, N.J. (2022). Medication oversight, governance, and administration in intellectual disability services: Legislative limbo. <i>Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities</i> , 9(1), 73-83. https://doi.org/10.1080/23297018.2021.2015424
V&VN	EVB+	3		Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E.J., Van Bussel, C., Van Der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-Van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D.A.M., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C.J., Smit, T., Van Den Heuvel, J., . . . Wieland, J. (2019). <i>Multidisciplinaire Richtlijn: Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/09/Richtlijn-Probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-VB-DEF.pdf
DiZ	Praktijkgericht	916	Passende titel,	Fischer, T., Julsing, M., & Van Putten, J.-W. (2022).

2013-2023, full text toegang en materiaalsoort academische tijdschriften, e-books of boeken	onderzoek		passende onderwerpen en bekende schrijver uit eerdere bruikbare bron	<i>Praktijkgericht onderzoek</i> (1e druk). Noordhoff Uitgevers.
Google	Retrospective observational study	7 160 000	Geschikte titel en publicatiejaar voor hetgeen waar ik naar op zoek was	Gardner, A.L., & Charlesworth, M. (2022). How to write a retrospective observational study. <i>Anaesthesia</i> , 78(4), 521-525. https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1111/anae.15831
Google	Normal intelligence quotient	3 740 000	Geschikte titel en publicatiejaar voor hetgeen waar ik naar op zoek was. Daarnaast werd het gereviewed door een medicus. Ook al is het conceptueel, werd het hierdoor wel wat meer onderbouwd.	Gillette, H. (2022). The average IQ: What it is and how it's measured. Geraadpleegd op 18 mei 2023, van https://psychcentral.com/health/average-iq
Pubmed	medication incident	27		Hamed, M.M.M., & Konstantinidis, S. (2021). Barriers to

2013-2023 en systematic review en meta-analysis en randomized controlled trial aangeklikt	reporting OR medication error reporting AND barrier AND nurse			Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 44(5). https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/0193945921999449
Google	Verkenning van de productveiligheid van geneesmiddelen in de praktijk	46700	Specifiek op zoek naar deze website en webpagina	Hegger, I., Alves, T.L., De Bruijn, A., Hoebert, J., & Van Vliet, E. (2022). Verkenning van de productveiligheid van geneesmiddelen in de praktijk. Geraadpleegd op 13 april 2023, van https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2021-0229.pdf
Google	WKKGZ cijfers	6050	Op zoek naar website IGJ met cijfers. Via hun website specifieker verder gezocht naar cijfers van de gehandicaptenzorg	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). <i>Cijfers over meldingen gehandicaptenzorg</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-over-meldingen-gehandicaptenzorg
Google	Medicatieveiligheid gehandicaptenzorg	8990	In verkennende fase van scriptie toevallig een goede bron tegengekomen	IVM. (2021). Top 5 verbeteracties medicatieveiligheid gehandicaptenzorg. Geraadpleegd op 8 mei 2023, van https://www.medicijngebruik.nl/zorginstellingen/informatie-zorginstellingen/informatiepagina/4721/top-5-verbeteracties-medicatieveiligheid-gehandicaptenzorg

Google scholar 2013-2023, reviewartikelen	meaning of "theoretical framework" in thesis	9550	Toepasselijke titel, hoog op piramide van evidence en geschikte inhoud na snelle scan van abstract	Kivunja, C. (2018). Distinguishing between Theory, Theoretical Framework, and Conceptual Framework: A Systematic Review of Lessons from the Field. <i>International Journal of Higher Education</i> , 7(6). https://doi.org/10.5430/ijhe.v7n6p44
Google	Dubbel controleren lijst Nederland	1 770 000	Specifiek op zoek naar bron	KNMP. (2019, juli). <i>Dubbel te controleren lijst</i> . Geraadpleegd op 10 april, van https://www.knmp.nl/media/77
Google	Sample size formula with finite population	22 100 000		Kallio, S. (2022, 13 maart). Finding the Right Sample Size (the Hard Way). Geraadpleegd op 25 april, van https://www.evalacademy.com/articles/finding-the-right-sample-size-the-hard-way
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review, meta-analysis, randomized controlled trial en review aangeklikt	("mental disabilit*" OR "intellectual disabilit*" OR "developmental disabilit*" OR "mental handicap" OR "intellectual handicap" OR "developmental handicap") AND	25		Kallumkal, G.H., Jacob, R., & Edwards, L. (2021). Etiology and Management of Behavioral Disorder in Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. <i>Cureus</i> , 31(3), Artikel e14221. https://doi.org/10.7759/cureus.14221

	adult AND (problem* behavior OR behavior* disorder) AND (etiology OR cause) NOT child*			
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review aangeklikt	Causes medication administration errors	61		Keers, R.N., Williams, S.D., Cooke, J., & Ashcroft, D.M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. Drug Safety, 36(11), 1045-1067. https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2
Koraal.nl	Tabbladen op website nagaan	/	/	Koraal. (z.d.-a). <i>Koraal locatie Maasveld: Hoe kun je bij ons wonen?</i> Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.koraal.nl/extra-informa- tie/locaties/maasveld/hoe-kun-je-bij-ons-wonen
Koraal.nl	Tabbladen op website nagaan	/	/	Koraal. (z.d.-b). <i>Onze woningen</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.wonenbijkoraal.nl/onze- woningen/werkstichting=42556
Koraal.nl	Tabbladen op website nagaan	/	/	Koraal. (z.d.-c). <i>Over Koraal</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.koraal.nl/over-koraal
Koraal.nl	Tabbladen op website nagaan	/	/	Koraal. (z.d.-d). <i>Wat beweegt ons?</i> Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.koraal.nl/over-koraal/wat- beweegt-ons

Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt	Polypharmacy AND ("mental disabilit*" OR "intellectual disabilit*" OR "developmental disabilit*" OR "mental handicap" OR "intellectual handicap" OR "developmental handicap")	40		Lonchamp, S., Gerber, F., Aubry, J.-M., Desmeules, J., Kosel, M., & Besson, M. (2021). Prevalence of Polypharmacy and Inappropriate Medication in Adults With Intellectual Disabilities in a Hospital Setting in Switzerland. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 12, Artikel 614825. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.614825
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review, meta-analysis en randomized controlled trial aangeklikt	Polypharmacy AND ("mental disabilit*" OR "intellectual disabilit*" OR "developmental disabilit*" OR "mental handicap" OR "intellectual handicap" OR "developmental handicap")	3		Nabhanizadeh A., Oppewal, A., Boot, F.H., & Maes-Festen, D. (2019). Effectiveness of medication reviews in identifying and reducing medication-related problems among people with intellectual disabilities: A systematic review. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> , 32(4), 750-761. https://doi.org/10.1111/jar.12580
National Library of	reproducibility and	46		National Academies of Sciences, Engineering, and

Medicine Bookshelf 2013-2023, materiaalsoort rapport en boek aangeklikt	replicability			Medicine. (2019). <i>Replicability in Science</i> . The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/25303
Google	NLQF niveaus zorg	17 700	Specifiek op zoek naar deze website en wegpagina	NLQF. (z.d.). <i>NLQF-niveau: Gereguleerde en niet-gereguleerde kwalificaties</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.nlqf.nl/daarom-nlqf/nlqf-niveaus
PubMed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review en meta- analysis en randomized controlled trial aangeklikt	Inclusion and exclusion criteria in research	3020	Citaat matching	Patino, C.M., & Ferreira, J.C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies: Definitions and why they matter. <i>The Brazilian Journal of Pulmonology</i> , 44(2). https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000088
Google Scholar 2013-2023, review artikelen	"advantages and disadvantages" of "quantitative research method"	68		Rahman, S. (2016). The Advantages and Disadvantages of Using Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Language "Testing and Assessment" Research: A Literature Review. <i>Journal of Education and Learning</i> , 6(1). http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n1p102
Google	Medicatieveiligheid Nederland cijfers	10 800	Specifiek op zoek naar officiële website van de	Rijksoverheid. (2019, 4 juni). <i>Start alliantie medicatieveiligheid</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.rijksover-

			overheid	heid.nl/actueel/nieuws/2019/06/04/start-alliantie-medicatieveiligheid
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt	Medication error AND imprisonment	1		Rogers, E., Griffin, E., Carnie, W., Melucci, J., & Weber, R.J. (2017). A Just Culture Approach to Managing Medication Errors. <i>Hospital Pharmacy</i> , 52(4), 308-315. https://doi.org/10.1310%2Fhpj5204-308
				Savela, T. (2018). The advantages and disadvantages of quantitative methods in schoolscape research. <i>Journal of Linguistics and Education</i> , 44, 31-44. https://doi.org/10.1016/j.linged.2017.09.004
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review aangeklikt	"medication adherence" AND disab*	18		Schwartz, J.K., & Unni, E. (2022). Inclusion of People with Disabilities in Research to Improve Medication Adherence: A Systematic Review. <i>Patient Preference and Adherence</i> , 15, 1671-1677. https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.2147/PPA.S314135
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt, systematic review en meta- analysis en randomized controlled trial aangeklikt	"medication management" AND ("mental disabilit*" OR "intellectual disabilit*" OR "developmental disabilit*" OR "mental handicap"	3		Sheerin, F., Eustace-Cook, J., Wuytack, F., & Doyle, C. (2019). Medication management in intellectual disability settings: A systematic review. <i>Journal of Intellectual Disabilities</i> , 25(2). https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/1744629519886184

	OR "intellectual handicap" OR "developmental handicap")			
National Library of Medicine Bookshelf 2013-2023, materiaal soort boek aangeklikt	Medication errors	62		Tariq, R.A., Vashisht, R., Sinha, A., & Scherbak, Y. (2023). Medication Dispensing Errors and Prevention. StatPearls Publishing. Geraadpleegd op 16 april 2023, van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519065/
Vgn.nl	EVB+	44		Van Esch, H., Harmelink, I., Hiel, J., Kooiman, H., Van Der Kruis, M.-L., Ouwehand, A., Quik, R., & De Vries, R. (2021, juni). Adviesrapport: Organiseren van expertise voor mensen met EVB+ (ernstige verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag). Geraadpleegd op 28 april 2023, van https://www.vgn.nl/system/files/2021-07/Adviesrapport%20Organiseren%20van%20expertise%20voor%20mensen%20met%20EVB%2B.pdf
Pubmed 2013-2023, abstract en full text aangeklikt en systematic review en meta-analysis en randomized controlled	"social desirability" in research	41		Vesely, S., & Klöckner, C.A. (2020). Social Desirability in Environmental Psychology Research: Three Meta-Analyses. <i>Frontiers in Psychology</i> , 11, 1395. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395

trial aangeklikt				
Zorgvoorbeter.nl	Bekwaam en bevoegd	14	In oriëntatiefase van scriptie op laagdrempelige websites kennisverbreding uitvoeren, zodoende op de leidraad gestuit	V&VN. (2014). <i>Leidraad: Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg</i> . Geraadpleegd op 10 april 2023, van https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/medicatieveiligheid/Leidraad-bekwaamheid-medicatie-langdurige-zorg.pdf
Vgn.nl	Medicatiebeleid	9		VGN. (2020). <i>Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg</i> . Geraadpleegd op 5 april 2023, van https://www.vgn.nl/system/files/2020-07/Handreiking%20med%20beleid_30juli_2020.pdf
Pubmed 2013-2023 en systematic review en meta-analysis en randomized controlled trial aangeklikt	medication incident reporting OR medication error reporting AND barrier AND nurse	27		Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikhar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 63, 162-178. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019
Google	Verstandelijke beperking prevalentie	32 600	Specifiek op zoek naar officiële website van de overheid	VZinfo. (z.d.). <i>Verstandelijke beperking</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking#node-prevalentie-van-verstandelijke-beperking

Google	Competentieprofiel EVB+	119	Bekende en betrouwbare website, wegpagina die omvat wat ik nodig heb	Werkgroep EVB+. (2014, juni). <i>Competentieprofiel EVB+: Competentieprofiel voor beroepskrachten in de gehandicaptenzorg die ondersteuning bieden aan mensen met een matige of (zeer) ernstige verstandelijke beperking en moeilijk verstaanbaar gedrag</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.vgn.nl/system/files/2019-12/competentieprofiel%20EVB%20DEF.pdf
Wetten.overheid.nl	Beroepen in individuele gezondheidszorg	13		<i>Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg</i> . (2022, 1 april). Overheid.nl. Geraadpleegd op 15 april 2023, van https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01
Google Scholar 2013-2023, review artikelen	Advantages of "retrospective chart review" in "health care research"	48		Wickson-Griffiths, A., Kaasalainen, S., Ploeg, J., & McAiney, C. (2014). Revisiting Retrospective Chart Review: An Evaluation of Nursing Home Palliative and End-of-Life Care Research. <i>Palliative Medicine & Care</i> , 1(2), 8. http://dx.doi.org/10.15226/2374-8362/1/2/00110
Pubmed 2013-2023, abstract en free full text aangeklikt	(Medication errors) AND (medication incidents) AND (nurses)	149		Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: A cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. <i>BMC Nursing</i> , 19, Artikel 4. https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0
Who.int	Medication error	24		World Health Organization. (2017). <i>WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years</i> .

				Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years
icd.who.int/browse10/2019/en	Mental retardation	/		World Health Organization. (2019). <i>Mental retardation (F70-F79)</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F70-F79
Google	Screeningsrapport gehandicaptenzorg zinnige zorg	80	Specifiek op zoek naar deze website en webpagina	Zorginstituut Nederland. (2019, 21 januari). <i>Screeningsrapport Gehandicaptenzorg Zinnige Zorg</i> . Geraadpleegd op 15 maart 2023, van https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2019/01/21/zinnige-zorg-%E2%80%93-rapport-screeningsfase-gehandicaptenzorg/Zinnige+zorg+-+Rapport+screeningsfase+Gehandicaptenzorg.pdf

Bijlage 2. Bevoegdheid en bekwaamheid bij verpleegtechnische handelingen

Een verzorgende-IG (niveau 3) en verpleegkundigen van niveau 4, 5 en 6 mogen subcutane- en intramusculaire injecties zetten en klaarmaken. Het injecteren van insuline mag naast de bovenstaande deskundigheidsniveaus, ook worden uitgevoerd door verzorgenden-IG (niveau 3) en groepsbegeleiders. Groepsbegeleiders hebben minimaal niveau 3. Belangrijk hierbij is dat de injecties enkel gegeven mogen worden als er een arts aanwezig is op Koraal locatie Maasveld (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Dit wijkt af van de literatuur: enkel een uitvoeringsverzoek van een arts is noodzakelijk (ActiZ et al., 2016; VGN, 2020).

Bij Koraal dient een medewerker een scholing te doorlopen en een toets te behalen voor deze B&B wordt geacht een verpleegtechnische handeling te mogen uitvoeren. De bekwaamheidstoets voor (voorbehouden) verpleegtechnische handelingen dient bij Koraal jaarlijks herhaald te worden. De beoordeling en administratie hiervan zijn taken van de skillslabverpleegkundigen. Voorbehouden verpleegtechnische handelingen mogen enkel in opdracht van een arts worden uitgevoerd (Koraal, persoonlijke communicatie, 15 maart 2023). Actiz et al. (2016) sluiten hierbij aan. De literatuur geeft aan dat een bedrijf zelf mag bepalen hoe vaak bijscholingen nodig zijn (De Poorter et al., 2019).

Bijlage 3. Lijst met risicovolle medicatie

Figuur 3

Lijst met risicovolle medicatie

ATC	Stofnaam	Generieke naam (+ sterkte)	Spécialiténaam (+ sterkte)	opmerkingen
L01XE50	ABEMACICLIB	ABEMACICLIB TABLET 50MG	VERZENIOS TABLET FILMOMHULD 50MG	
L01XE50		ABEMACICLIB TABLET 100MG	VERZENIOS TABLET FILMOMHULD 100MG	
L01XE50		ABEMACICLIB TABLET 150MG	VERZENIOS TABLET FILMOMHULD 150MG	
B01AA07	ACENOCOUMAROL	ACENOCOUMAROL TABLET 1 MG		
L01XE13	AFATINIB	AFATINIB TABLET 20MG	GIOTRIF TABLET FILMOMHULD 20MG	
L01XE13		AFATINIB TABLET 30MG	GIOTRIF TABLET FILMOMHULD 30MG	
L01XE13		AFATINIB TABLET 40MG	GIOTRIF TABLET FILMOMHULD 40MG	
L01XE13		AFATINIB TABLET 50MG	GIOTRIF TABLET FILMOMHULD 50MG	
L01XE36	ALECTINIB	ALECTINIB CAPSULE 150MG	ALECEA CAPSULE 150MG	
L04AX01	AZATHIOPRINE	AZATHIOPRINE TABLET 25MG	IMURAN TABLET 25MG	
L04AX01		AZATHIOPRINE TABLET 50MG	IMURAN TABLET 50MG	
L04AX01		AZATHIOPRINE TABLET 75MG	AZAFALK TABLET FILMOMHULD 75MG	
L04AX01		AZATHIOPRINE TABLET 100MG	AZAFALK TABLET FILMOMHULD 100MG	
L04AX01		AZATHIOPRINE/ALLOPURINOL TABLET 25/100MG		
L01XE41	BINIMETINIB	BINIMETINIB TABLET 15MG	MEKTOVI TABLET FILMOMHULD 15MG	
L01XE14	BOSUTINIB	BOSUTINIB 100 MG	BOSULIF 100 MG	
L01XE14		BOSUTINIB 500 MG	BOSULIF 500 MG	
L01XE43	BRIGATINIB	BRIGATINIB TABLET 30MG	ALUNBRIG TABLET FILMOMHULD 30MG	
L01XE43		BRIGATINIB TABLET 90MG	ALUNBRIG TABLET FILMOMHULD 90MG	
L01XE43		BRIGATINIB TABLET 180MG	ALUNBRIG TABLET FILMOMHULD 180MG	
L01AB01	BUSULFAN	BUSULFAN TABLET 20MG	MYLERAN TABLET 20MG	
L01XE26	CABOZANTINIB	CABOZANTINIB CAPSULE 20+80MG	COMETRIO CAPSULE 20+80MG	
L01BC06	CAPECITABINE	CAPECITABINE TABLET FO 150MG	XELODA TABLET FILMOMHULD 150MG	
L01BC06		CAPECITABINE TABLET FO 300MG		
L01BC06		CAPECITABINE TABLET FO 500MG		
N03AF01	CARBAMAZEPINE	CARBAMAZEPINE SUSP ORAAL 20 MG/ML	TEGRETOL SUSP 20 MG/ML	
N03AF01		CARBAMAZEPINE TABLET MGA 200MG	TEGRETOL CR TABLET MGA 200MG	
N03AF01		CARBAMAZEPINE TABLET MGA 400MG	TEGRETOL CR TABLET MGA 400MG	
N03AF01		CARBAMAZEPINE TABLET 100MG	TEGRETOL TABLET 100MG	
N03AF01		CARBAMAZEPINE TABLET 200MG	TEGRETOL TABLET 200MG	
L01XE28	CERITINIB	CERITINIB CAPSULE 150MG	ZYKADIA CAPSULE 150MG	
L04AD01	CICLOSPORINE	CICLOSPORINE CAPSULE ZACHT 25MG	NEORAL CAPSULE 25MG	niet de cutane vorm
L04AD01		CICLOSPORINE CAPSULE ZACHT 50MG	CIQORIN CAPSULE 50MG	
L04AD01		CICLOSPORINE CAPSULE ZACHT 100MG	NEORAL CAPSULE 100MG	
L04AD01		CICLOSPORINE DRANK 100MG/ML	NEORAL DRANK 100MG/ML	
L01AA02	CHLOORAMBUCIL	CHLOORAMBUCIL TABLET FO 2MG	LEUKERAN TABLET FILMOMHULD 2MG	
L01BB04	CLADRIBINE	CLADRIBINE INJVLST 2MG/ML	LITAK INJVLST 2MG/ML FLACON 5ML	
L01XE38	COBIMETINIB	COBIMETINIB TABLET 20MG	COTELLIC TABLET FILMOMHULD 20MG	
L01AA01	CYCLOFOSFAMIDE	CYCLOFOSFAMIDE DRAGEE 50MG	ENDOXAN DRAGEE 50MG	
L01XE23	DABRAFINIB	DABRAFINIB 50 MG	TAFINLAR 50 MG	
L01XE23		DABRAFINIB 75 MG	TAFINLAR 75 MG	
C01AA05	DIGOXINE	DIGOXINE DRANK 0.05MG/ML	LANOXIN PG ELIXIR 0.05MG/ML	
C01AA05		DIGOXINE TABLET 0.125MG	LANOXIN TABLET 0.125MG	
C01AA05		DIGOXINE TABLET 0.25MG	LANOXIN TABLET 0.25MG	
C01AA05		DIGOXINE TABLET 62.5UG	LANOXIN PG TABLET 0.0625MG	
C01BA03	DISOPYRAMIDE	DISOPYRAMIDE TABLET MGA 250MG	RITMOFORINE RETARD TABLET MGA 250MG	
L01XE46	ENCORAFENIB	ENCORAFENIB CAPSULE 50MG	BRAFTOVI CAPSULE 50MG	
L01XE46		ENCORAFENIB CAPSULE 75MG	BRAFTOVI CAPSULE 75MG	
L01XX11	ESTRAMUSTINE	ESTRAMUSTINE CAPSULE 140MG	ESTRACYT CAPSULE 140MG	
N03AD01	ETHOSUXIMIDE	ETHOSUXIMIDE CAPSULE 250MG	ETHYMAL CAPSULE 250MG	
N03AD01		ETHOSUXIMIDE STROOP 62.5MG/ML	ETHYMAL SIROOP 62.5MG/ML	
L01CB01	ETOPOSIDE	ETOPOSIDE CAPSULE 50MG	VEPESID CAPSULE 50MG	
L01CB01		ETOPOSIDE CAPSULE 100MG	VEPESID CAPSULE 100MG	
L04AA18	EVEROLIMUS	EVEROLIMUS DISPERTABLET 0.25MG	CERTICAN DISPER TABLET 0.25MG	2 ATC's, afh van indicatie
L01XE10		EVEROLIMUS DISPERTABLET 2MG	VOTUBIA DISPERGEERBAAR TABLET 2MG	
L01XE10		EVEROLIMUS DISPERTABLET 3MG	VOTUBIA DISPERGEERBAAR TABLET 3MG	
L01XE10		EVEROLIMUS DISPERTABLET 5MG	VOTUBIA DISPERGEERBAAR TABLET 5MG	
L04AA18		EVEROLIMUS TABLET 0.25MG	CERTICAN TABLET 0.25MG	
L04AA18		EVEROLIMUS TABLET 0.75MG	CERTICAN TABLET 0.75MG	
L01XE10		EVEROLIMUS TABLET 2.5MG	AFINITOR TABLET 2.5MG	
L01XE10			VOTUBIA TABLET 2.5MG	
L01XE10		EVEROLIMUS TABLET 5MG	AFINITOR TABLET 5MG	
L01XE10			VOTUBIA TABLET 5MG	
L01XE10		EVEROLIMUS TABLET 10MG	AFINITOR TABLET 10MG	
L01XE10			VOTUBIA TABLET 10MG	
N03AA02	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL TABLET 25MG		
N03AA02		FENOBARBITAL TABLET 50MG		
N03AA02		FENOBARBITAL TABLET 100MG		
N03AA02		FENOBARBITAL INJVLST 50MG/ML		
N03AA02		FENOBARBITAL INJVLST 100MG/ML		
B01AA04	FENPROCOUMON	FENPROCOUMON TABLET 3MG	MARCOUMAR TABLET 3MG	
N03AB02	FENYTOINE	FENYTOINE SUSP ORAAL 15MG/ML		
N03AB02		FENYTOINE ZUUR TABLET 25MG	DIPHANTOINE-Z 25 TABLET 23MG	
N03AB02		FENYTOINE ZUUR TABLET 50MG	DIPHANTOINE-Z 50 TABLET 46MG	
N03AB02		FENYTOINE ZUUR TABLET 75MG	DIPHANTOINE-Z 75 TABLET 69MG	
N03AB02		FENYTOINE ZUUR TABLET 100MG	DIPHANTOINE-Z 100 TABLET 92MG	
C01BC04	FLECAINIDE	FLECAINIDE CAPSULE MGA 50MG	TAMBOCOR CR CAPSULE MGA 50MG	
C01BC04		FLECAINIDE CAPSULE MGA 100MG	TAMBOCOR CR CAPSULE MGA 100MG	
C01BC04		FLECAINIDE CAPSULE MGA 150MG	TAMBOCOR CR CAPSULE MGA 150MG	
C01BC04		FLECAINIDE CAPSULE MGA 200MG	TAMBOCOR CR CAPSULE MGA 200MG	
L01BB05	FLUDARABINE	FLUDARABINE TABLET OMHULD 10MG	FLUDARA TABLET OMHULD 10MG	
L01XE02	GEFITINIB	GEFITINIB TABLET 250 MG	IRESSA TABLET FILMOMHULD 250MG	
L01XX05	HYDROXYCARBAMIDE	HYDROXYCARBAMIDE CAPSULE 500MG	HYDROXYUREA 500MG	
L01XX05		HYDROXYCARBAMIDE TABLET 100MG	SIKLOS TABLET FILMOMHULD 100MG	
L01XX05		HYDROXYCARBAMIDE TABLET 1000MG	SIKLOS TABLET FILMOMHULD 1000MG	
L01XE27	IBRUTINIB	IBRUTINIB CAPSULE 140MG	IMBRUVICA CAPSULE 140MG	
L01XX47	IDELALISIB	IDELALISIB TABLET 100MG	ZYDELIG TABLET 100MG	
L01XX47		IDELALISIB TABLET 150MG	ZYDELIG TABLET 150MG	
L01XE01	IMATINIB	IMATINIB CAPSULE 100MG	GLIVEC CAPSULE 100MG	
L01XE01		IMATINIB TABLET 100MG	GLIVEC TABLET FILMOMHULD 100MG	
L01XE01		IMATINIB TABLET 400MG	GLIVEC TABLET FILMOMHULD 400MG	
A10AB05	INSULINE	INSULINE ASPART INJVLST 100E/ML	NOVORAPID	
A10AD05		INSULINE ASPART/PROTAMINE INJUS 30/70E/ML	NOVOMIX 30	
A10AD05		INSULINE ASPART/PROTAMINE INJUS 50/50E/ML	NOVOMIX 50	
A10AD05		INSULINE ASPART/PROTAMINE INJUS 70/30E/ML	NOVOMIX 70	
A10AD06		INSULINE ASPART/INSULINE DEGLUDEC	RYZODEG	
A10AE06		INSULINE DEGLUDEC 100E/ML INJVLST	TRESIBA FLEXTOUCH	

ATC	Stofnaam	Generieke naam (+ sterkte)	Spécialiténaam (+ sterkte)	opmerkingen
A10AE06		INSULINE DEGLUDEC 200E/ML INJVLST	TRESIBA PENFILL	
A10AE06		INSULINE DETEMIR INJVLST 100E/ML	TRESIBA FLEXTOUCH	
A10AB01		INSULINE GEWOON INJVLST 100E/ML (SC)	LEVEMIR	
A10AB01		INSULINE GEWOON INJVLST 100E/ML	INSUMAN INFUSAT INJ 100E/ML PATR 3,15ML	
A10AB01			ACTRAPID	
A10AB01			HUMULINE REGULAR	
A10AB01			INSUMAN RAPID	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 10/90E/ML	MIXTARD 10	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 15/85E/ML	INSUMAN COMB 15	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 20/80E/ML	MIXTARD 20	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 25/75E/ML	INSUMAN COMB 25	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 30/70E/ML	ACTRAPHANE 30	
A10AD01			HUMULINE 30/70	
A10AD01			MIXTARD 30	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 40/60E/ML	ACTRAPHANE 40	
A10AD01			MIXTARD 40	
A10AD01		INSULINE GEWOON+ISOFAAN INJS 50/50E/ML	ACTRAPHANE 50	
A10AD01			INSUMAN COMB 50	
A10AD01			MIXTARD 50	
A10AE04		INSULINE GLARGINE INJVLST 100E/ML	LANTUS	
A10AE04			ABASAGLAR	
A10AE04		INSULINE GLARGINE 300E/ML INJVLST	TOUJEO SOLOSTAR	
A10AB06		INSULINE GLULISINE INJVLST 100E/ML	APIDRA	
A10AC01		INSULINE ISOFAAN INJSUSP 100E/ML	HUMULINE NPH	
A10AC01			INSULATARD	
A10AC01			INSUMAN BASAL	
A10AB04		INSULINE LISPRO INJVLST 100E/ML	HUMALOG	
A10AB04			INSUL HUMALOG	
A10AB04		INSULINE LISPRO 200E/ML INJVLST	HUMALOG	
A10AC04		INSULINE LISPRO PROTAMINE INJVLST 100E/ML	HUMALOG BASAL	
A10AD04		INSULINE LISPRO/PROTAMINE INJS 25/75E/ML	HUMALOG MIX	
A10AD04		INSULINE LISPRO/PROTAMINE INJS 50/50E/ML	HUMALOG MIX	
L01DC04	IXAZOMIB	IXAZOMIB CAPSULE 2.3MG	NINLARO CAPSULE 2.3MG	
L01DC04		IXAZOMIB CAPSULE 3MG	NINLARO CAPSULE 3MG	
L01DC04		IXAZOMIB CAPSULE 4MG	NINLARO CAPSULE 4MG	
L04AX04	LENALIDOMIDE	LENALIDOMIDE CAPSULE 2.5MG	REVLIMID CAPSULE 2.5MG	
L04AX04		LENALIDOMIDE CAPSULE 5MG	REVLIMID CAPSULE 5MG	
L04AX04		LENALIDOMIDE CAPSULE 7.5MG	REVLIMID CAPSULE 7.5MG	
L04AX04		LENALIDOMIDE CAPSULE 10MG	REVLIMID CAPSULE 10MG	
L04AX04		LENALIDOMIDE CAPSULE 15MG	REVLIMID CAPSULE 15MG	
L04AX04		LENALIDOMIDE CAPSULE 25MG	REVLIMID CAPSULE 25MG	
L01XE29	LENVATINIB	LENVATINIB CAPSULE 4MG	LENVIMA CAPSULE 4MG	
L01XE29		LENVATINIB CAPSULE 10MG	LENVIMA CAPSULE 10MG	
H03AA01	LEVOTHYROXINE	LEVOTHYROXINE CAPSULE 13UG	TIROSINT CAPSULE 13MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 25UG	TIROSINT CAPSULE 25MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 75UG	TIROSINT CAPSULE 75MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 88UG	TIROSINT CAPSULE 88MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 100UG	TIROSINT CAPSULE 100MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 112UG	TIROSINT CAPSULE 112MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 125UG	TIROSINT CAPSULE 125MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 137UG	TIROSINT CAPSULE 137MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 150UG	TIROSINT CAPSULE 150MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 175UG	TIROSINT CAPSULE 175MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE CAPSULE 200UG	TIROSINT CAPSULE 200MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE DRANK 5UG/ML		
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 25 UG	EUTHYROX TABLET 25MCG	
H03AA01			THYROFIX TABLET 25MCG	
H03AA01			THYRAX DUOTAB TABLET 0.025MG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 50 UG	ELTROXIN 50 TABLET 50 MCG	
H03AA01			EUTHYROX TABLET 50 MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 75UG	EUTHYROX TABLET 75 MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 88UG	EUTHYROX TABLET 88MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 100 UG	ELTROXIN 100 TABLET 100 MCG	
H03AA01			EUTHYROX TABLET 100 MCG	
H03AA01			THYRAX DUOTAB TABLET 0.100 MG	
H03AA01			THYROFIX TABLET 100MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 112UG	EUTHYROX TABLET 112MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 125UG	EUTHYROX TABLET 125MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 137UG	EUTHYROX TABLET 137MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 150UG	EUTHYROX TABLET 150MCG	
H03AA01			THYRAX DUOTAB TABLET 0.150 MG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 175UG	EUTHYROX TABLET 175MCG	
H03AA01		LEVOTHYROXINE TABLET 200UG	EUTHYROX TABLET 200MCG	
H03AA02	LIOthyRONINE	LIOthyRONINE TABLET 5UG	CYTOMEL TABLET 5MCG	
H03AA02		LIOthyRONINE TABLET 12.5UG	CYTOMEL TABLET 12.5MCG	
H03AA02		LIOthyRONINE TABLET 25UG	CYTOMEL TABLET 25MCG	
N05AN01	LITHIUMCARBONAAT	LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 100MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 150MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 200MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 225MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 250MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT CAPSULE 300MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT DRANK 66.7MG/ML		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT TABLET MGA 400MG	CAMCOLIT TABLET 400MG	
N05AN01			PRIADEL TABLET MGA 400MG	
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT TABLET 200MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT TABLET 300MG		
N05AN01		LITHIUMCARBONAAT TABLET 400MG		
N05AN01		LITHIUMCITRAAT DRANK 34MG/ML		
L01AD02	LOMUSTINE	LOMUSTINE CAPSULE 40MG	BELUSTINE CAPSULE 40MG	
L01AB02	MELFALAN	MELFALAN FO TABLET 2MG	ALKERAN TABLET FILMOMHULD 2MG	
L01BB02	MERCAPTOPURINE	MERCAPTOPURINE TABLET 50MG	PURINETHOL TABLET 50MG	
L01BB02		MERCAPTOPURINE SUSP ORAAL 20MG/ML	XALUPRINE SUSPENSIE 20MG/ML	
L04AX03	METHOTREXAAT	METHOTREXAAT TABLET 2.5MG		2 ATC's, afh van indicatie
L04AX03		METHOTREXAAT TABLET 10MG		
L01BA01		METHOTREXAAT INJVLST 2.5MG/ML	EMTHEXATE PF INJVLST 2.5MG/ML FLACON 2ML	
L04AX03		METHOTREXAAT INJVLST 25MG/ML	EMTHEXATE PF INJVLST 25MG/ML FLACON	

ATC	Stofnaam	Generieke naam (+ sterkte)	Spécialiténaam (+ sterkte)	opmerkingen
L04AX03		METHOTREXAAT INJVLST 50MG/ML	METOJECT INJVLST (50MG/ML) WWSP	
L04AX03			INJEXATE INJVLST (50 MG/ML) WWSP	
L01BA01		METHOTREXAAT INJVLST 100MG/ML	EMTHEXATE PF INJVLST 100MG/ML FLACON	
L01XE39	MIDOSTAURINE	MIDOSTAURINE CAPSULE 25MG	RYDAPT CAPSULE 25MG	
L01XX23	MITOTAAN	MITOTAAN TABLET 500MG	LYSODREN TABLET 500MG	
L01XE31	NINTEDANIB	NINTEDANIB CAPSULE 100MG	VARGATEF CAPSULE 100MG	
L01XE31		NINTEDANIB CAPSULE 150MG	VARGATEF CAPSULE 150MG	
L01XE31		NINTEDANIB CAPSULE 100MG	OFEV CAPSULE 100MG	
L01XE31		NINTEDANIB CAPSULE 150MG	OFEV CAPSULE 150MG	
L01XX54	NIRAPARIB	NIRAPARIB CAPSULE 100MG	ZEJULA CAPSULE 100MG	
L01XX46	OLAPARIB	OLAPARIB CAPSULE 50MG	LYNPARZA CAPSULE 50MG	
L01XE35	OSIMERTINIB	OSIMERTINIB TABLET 40MG	TAGRISSE TABLET FILMOMHULD 40MG	
L01XE35		OSIMERTINIB TABLET 80MG	TAGRISSE TABLET FILMOMHULD 80MG	
N03AF02	OXCARBAZEPINE	OXCARBAZEPINE SUSP ORAAL 60MG/ML	TRILEPTAL SUSPENSIE 60MG/ML	
N03AF02		OXCARBAZEPINE TABLET FO 300MG	TRILEPTAL TABLET FILMOMHULD 300MG	
N03AF02		OXCARBAZEPINE TABLET FO 600MG	TRILEPTAL TABLET FILMOMHULD 600MG	
L01XE33	PALBOCICLIB	PALBOCICLIB CAPSULE 75MG	IBRANCE CAPSULE 75MG	
L01XE33		PALBOCICLIB CAPSULE 100MG	IBRANCE CAPSULE 100MG	
L01XE33		PALBOCICLIB CAPSULE 125MG	IBRANCE CAPSULE 125MG	
L04AX06	POMALIDOMIDE	POMALIDOMIDE CAPSULE 1MG	IMNOVID CAPSULE 1MG	
L04AX06		POMALIDOMIDE CAPSULE 2MG	IMNOVID CAPSULE 2MG	
L04AX06		POMALIDOMIDE CAPSULE 3MG	IMNOVID CAPSULE 3MG	
L04AX06		POMALIDOMIDE CAPSULE 4MG	IMNOVID CAPSULE 4MG	
L01XX42	PANOBINOSTAT	PANOBINOSTAT CAPSULE 10MG	FARYDAK CAPSULE 10MG	
L01XX42		PANOBINOSTAT CAPSULE 15MG	FARYDAK CAPSULE 15MG	
L01XX42		PANOBINOSTAT CAPSULE 20MG	FARYDAK CAPSULE 20MG	
L01XE24	PONATINIB	PONATINIB 15 MG	ICLUSIG TABLET FILMOMHULD 15MG	
L01XE24		PONATINIB TABLET 45MG	ICLUSIG TABLET FILMOMHULD 45MG	
N03AA03	PRIMIDON	PRIMIDON TABLET 250MG	MYSOLENE TABLET 250MG	
L01XB01	PROCARBAZINE	PROCARBAZINE CAPSULE 50MG	NATULAN CAPSULE 50MG	
L01XE21	REGORFINIB	REGORFINIB 40MG	STIVARGA 40MG	
L01XE42	RIBOCICLIB	RIBOCICLIB TABLET 200MG	KISQALI TABLET FILMOMHULD 200MG	
L01XE18	RUXOLITINIB	RUXOLITINIB 5MG	JAKAVI 5MG	
L01XE18		RUXOLITINIB 15MG	JAKAVI 15MG	
L01XE18		RUXOLITINIB 20MG	JAKAVI 20MG	
L04AA10	SIROLIMUS	SIROLIMUS DRANK 1MG/ML	RAPAMUNE DRANK 1MG/ML	
L04AA10		SIROLIMUS TABLET FO 1MG	RAPAMUNE TABLET FILMOMHULD 1MG	
L04AA10		SIROLIMUS TABLET FO 2MG	RAPAMUNE TABLET FILMOMHULD 2MG	
L01XE04	SUNITINIB	SUNITINIB CAPSULE 12.5MG	SUTENT CAPSULE 12.5MG	
L01XE04		SUNITINIB CAPSULE 25MG	SUTENT CAPSULE 25MG	
L01XE04		SUNITINIB CAPSULE 50MG	SUTENT CAPSULE 50MG	
L04AD02	TACROLIMUS	TACROLIMUS CAPSULE MGA 0.5MG	ADVAGRAF CAPSULE MVA 0.5MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE MGA 1MG	ADVAGRAF CAPSULE MVA 1MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE MGA 3MG	ADVAGRAF CAPSULE MVA 3MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE MGA 5MG	ADVAGRAF CAPSULE MVA 5MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE 0.5MG	PROGRAFT CAPSULE 0.5MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE 1MG	PROGRAFT CAPSULE 1MG	
L04AD02		TACROLIMUS CAPSULE 5MG	PROGRAFT CAPSULE 5MG	
L04AD02			ADPORT CAPSULE 5MG	
L04AD02		TACROLIMUS TABLET MGA 0.75MG	ENVARSLUS TABLET MVA 0.75MG	
L04AD02		TACROLIMUS TABLET MGA 1MG	ENVARSLUS TABLET MVA 1MG	
L04AD02		TACROLIMUS TABLET MGA 4MG	ENVARSLUS TABLET MVA 4MG	
L04AD02		TACROLIMUS GRAN VOOR SUSP 0.2MG	MODIGRAF GRANULAAT V SUSPENSIE IN SACHET 0.2MG	
L01BC53	TEGAFUR/URACIL	TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL CAPSULE 15/4.35/8	TEYSUNO CAPSULE 15MG/4.35MG/11.8MG	
L01AX03	TEMOZOLOMIDE	TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL CAPSULE 20/5.8/15	TEYSUNO CAPSULE 20MG/5.8MG/15.8MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 5MG	TEMODAL CAPSULE 5MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 20MG	TEMODAL CAPSULE 20MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 100MG	TEMODAL CAPSULE 100MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 140MG	TEMODAL CAPSULE 140MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 180MG	TEMODAL CAPSULE 180MG	
L01AX03		TEMOZOLOMIDE CAPSULE 250MG	TEMODAL CAPSULE 250MG	
L04AX02	THALIDOMIDE	THALIDOMIDE CAPSULE 50MG		
L04AX02		THALIDOMIDE CAPSULE 100MG		
L04AX02		THALIDOMIDE TABLET 50MG		
L04AX02		THALIDOMIDE TABLET 100MG		
R03DA04	THEOPHYLLINE	THEOPHYLLINE TABLET MGA 175MG	THEOLAIR RETARD TABLET MGA 175MG	
R03DA04		THEOPHYLLINE TABLET MGA 250MG	THEOLAIR RETARD TABLET MGA 250MG	
R03DA04		THEOPHYLLINE TABLET MGA 350MG	THEOLAIR RETARD TABLET MGA 350MG	
L01BB03	TIOGUANINE	TIOGUANINE TABLET 10MG	THIOSIX TABLET 10MG	
L01BB03		TIOGUANINE TABLET 20MG	THIOSIX TABLET 20MG	
L01BB03		TIOGUANINE TABLET 40MG	LANVIS TABLET 40MG	
L01XE34	TIVOZANIB	TIVOZANIB CAPSULE 890UG	FOTIVDA CAPSULE 890MCG	
L01XE34		TIVOZANIB CAPSULE 1340UG	FOTIVDA CAPSULE 1340MCG	
L01XX17	TOPOTECAN	TOPOTECAN CAPSULE 0.25MG	HYCAMTIN CAPSULE 0.25MG	
L01XX17		TOPOTECAN CAPSULE 1MG	HYCAMTIN CAPSULE 1MG	
L01BC59	TRIFLURIDINE/TIPRACIL	TRIFLURIDINE/TIPRACIL TABLET 15/6.14MG	LONSURF TABLET FILMOMHULD 15/6.14MG	
L01BC59		TRIFLURIDINE/TIPRACIL TABLET 20/8.19MG	LONSURF TABLET FILMOMHULD 20/8.19MG	
N03AG01	VALPROINEZUUR	VALPROINEZUUR DRANK 300MG/ML	DEPAKINE VLOEISTOF VOOR KINDEREN 300 MG/ML	
N03AG01		VALPROINEZUUR DRANK 40MG/ML	DEPAKINE SUIKERVRUJE STROOP DRANK 40 MG/ML	
N03AG01		VALPROINEZUUR DRANK 60MG/ML		
N03AG01		VALPROINEZUUR GRANULAAT MGA 100MG	DEPAKINE CHRONOSPHERE GRANULAAT MGA 100MG, SACHET	
N03AG01		VALPROINEZUUR GRANULAAT MGA 250MG	DEPAKINE CHRONOSPHERE GRANULAAT MGA 250MG, SACHET	
N03AG01		VALPROINEZUUR GRANULAAT MGA 500MG	DEPAKINE CHRONOSPHERE GRANULAAT MGA 500MG, SACHET	
N03AG01		VALPROINEZUUR GRANULAAT MGA 750MG	DEPAKINE CHRONOSPHERE GRANULAAT MGA 750MG, SACHET	
N03AG01		VALPROINEZUUR GRANULAAT MGA 1000MG	DEPAKINE CHRONOSPHERE GRANULAAT MGA 1000MG, SACHET	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MGA 300MG	DEPAKINE CHRONO TABLET MGA 300MG	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MGA 500MG	DEPAKINE CHRONO TABLET MGA 500MG	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MSR 150MG	DEPAKINE ENTERIC TABLET MSR 150MG	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MSR 300MG	DEPAKINE ENTERIC TABLET MSR 300MG	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MSR 500MG	DEPAKINE ENTERIC TABLET MSR 500MG	
N03AG01		VALPROINEZUUR TABLET MSR 600MG		
N03AG01		VALPROINEZUUR INJECTIEPOEDER 400MG	DEPAKINE INJECTIEPOEDER FLAC 400MG + SOLV 4ML	
L01CA04	VINORELBINE	VINORELBINE CAPSULES 20 MG	NAVELBINE CAPSULES 20 MG	
L01CA04		VINORELBINE CAPSULES 30 MG	NAVELBINE CAPSULES 30 MG	
L01XX43	VISMODEGIB	VISMODEGIB CAPSULE 150MG	ERIVEDGE CAPSULE 150MG	

4-jul-19

Opmerking. Overgenomen uit *Dubbel te controleren lijst* door KNMP, 2019
(<https://www.knmp.nl/media/77>). 2023, KNMP.

Bijlage 4. Berekening steekproefgrootte

De steekproefgrootte werd berekend via de volgende formule van Kallio (2022):

Steekproefgrootte = steekproefgrootte ongelimiteerde populatie / {1 + [zekerheid² x proportie x (1 - proportie)] / [foutenmarge² x populatiegrootte]}.

Er werd hierbij een zekerheid van 95% of 1,96, een foutenmarge van 5% of 0,05 en een proportie van 50% of 0,5 gehanteerd. De steekproefgrootte van een ongelimiteerde populatie werd met deze waarden berekend tot 385 met een formule van Baarda (2019). In de hoofdttekst werd vermeld dat de totale populatie uit 128 eenheden bestaat (zie paragraaf 2.2).

Als de formule met bovenstaande gegevens wordt ingevuld, resulteert dit in de volgende berekening:

$$\begin{aligned}\text{Steekproefgrootte} &= 385 / \{1 + [1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)] / [0,05^2 \times 128]\} \\ &= 96\end{aligned}$$

Bijlage 5. Observatieschema

Figuur 4

Observatieschema

Opslag			
De opslag wordt per woning eenmaal geobserveerd.			
Onderwerp		Ja	Nee
Is de medicatie die gekoeld bewaard moet worden opgeslagen in een afgesloten kistje in de koelkast?			
Is de medicatieopslag van de afdeling afgesloten met een cilinder-, code-, sleutel- of elektrisch slot?			
Ligt de medicatie enkel opgeborgen in de vaste medicatieopslagplekken en niet op andere plekken?			
Is alle aanwezige medicatie in de woning niet meer dan één maand over datum?			
Is alle aanwezige medicatie in de woning op naam van een inwonende cliënt?			
Is alle aanwezige medicatie in de woning niet langer dan één maand geleden gestopt?			
 Toediening en aftekenen			
De toediening en aftekening wordt bij vier cliënten per woning geobserveerd.			
Tijdstip deelmoment	Onderwerp	Ja	Nee
8 uur	Is alle gegeven medicatie afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional?		
	Is de gegeven risicomedicatie dubbel afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional en de paraaf van de controlerende collega?		
	Staat de handgeschreven datum van verderf op de verpakking van de geopende vloeibare medicatie?		
12 uur	Is alle gegeven medicatie afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional?		

	Is de gegeven risicomedicatie dubbel afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional en de paraaf van de controlerende collega?		
	Staat de handgeschreven datum van verderf op de verpakking van de geopende vloeibare medicatie?		
17 uur	Is alle gegeven medicatie afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional?		
	Is de gegeven risicomedicatie dubbel afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional en de paraaf van de controlerende collega?		
	Staat de handgeschreven datum van verderf op de verpakking van de geopende vloeibare medicatie?		
21 uur	Is alle gegeven medicatie afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional?		
	Is de gegeven risicomedicatie dubbel afgetekend met een paraaf van de toedienende zorgprofessional en de paraaf van de controlerende collega?		
	Staat de handgeschreven datum van verderf op de verpakking van de geopende vloeibare medicatie?		
Medicatiefouten De medicatiefouten van alle woningen worden over een tijdsbestek van een half jaar geobserveerd.			
Onderwerp	Totale frequentie	Frequentie onderverdeeld per deelmoment	
Medicatie is niet gegeven		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:	
Medicatie is niet afgetekend		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:	

De verkeerde dosis medicatie is verstrekt		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:
De verkeerde medicatie is verstrekt		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:
De medicatie is op het verkeerde tijdstip verstrekt		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:
De cliënt weigert de medicatie		8 uur: 12 uur: 17 uur: 21 uur:

Bijlage 6. Proefpersoneninformatieformulier (PIF)

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u om mee te doen aan dit praktijkgericht onderzoek in het kader van mijn afstudeerscriptie. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat u binnen de inclusiecriteria van dit onderzoek valt.

Dit onderzoek zal plaatsvinden op Koraal locatie Maasveld in de vorm van een interview. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting vijf proefpersonen meedoen. Deze zijn allemaal groepsbegeleiders.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

1. Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om duidelijk te krijgen welke factoren (positief en negatief) van invloed zijn op de toepassing van het medicatiebeleid van Koraal locatie Maasveld op verzorgend en verplegend niveau in de EVB+-woningen. Hiervoor is de input van de groepsbegeleiding van groot belang, gezien zij de medicatie verstrekken.

2. Wat meedoen inhoudt

U wordt gevraagd eenmalig deel te nemen aan een interview. Dit interview duurt maximaal 60 minuten en vindt plaats op Koraal locatie Maasveld in de tussenruimte van de woning waarin u werkt. Van het interview wordt een audio-opname gemaakt. Deze wordt volledig anoniem opgenomen. Hierna wordt uw naam gepseudonimiseerd. Indien u dit wenst, kan de afgeronde scriptie naar u worden doorgestuurd rond het einde van mei.

3. Mogelijke voor- en nadelen

Bij dit onderzoek zijn de risico's die u loopt bij deelname nagenoeg nihil. Het is wel belangrijk dat u de mogelijke voor- en nadelen goed afweegt voordat u besluit mee te doen.

Uw deelname aan dit interview draagt bij aan een praktijkgericht advies specifiek gericht op de toepassing van het medicatiebeleid bij de EVB+-woningen. De nadelen van de deelname aan dit onderzoek zijn onbekend.

4. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u patiënt bent wordt u op de gebruikelijke manier behandeld.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. Als u patiënt bent dan wordt u weer op de gebruikelijke manier behandeld. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het gaat om gegevens zoals uw naam en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de praktijkbegeleider, docentbegeleider en tweede beoordelaar van de opdracht worden gestuurd, bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit zijn gegevens die speciaal voor dit onderzoek zijn verzameld. Dit zijn mensen die controleren of de onderzoekers het onderzoek goed en betrouwbaar uitvoeren. Deze leden van de commissie die de veiligheid van het onderzoek in de gaten houdt kunnen bij uw gegevens komen. Dit is een commissie van Zuyd Hogeschool. Daarnaast kan de eerste beoordelaar van het onderzoek ook uw gegevens inzien.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar worden bewaard op de onderzoekslocatie (Zuyd Hogeschool).

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Zeg dat dan tegen de onderzoeker. Dit geldt voor dit onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat Zuyd Hogeschool. Zie bijlage A voor contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de hoofdonderzoeker. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool, zie bijlage A voor de contactgegevens.

6. Geen vergoeding voor meedoen

Voor het meedoen aan dit onderzoek ontvangt u geen vergoeding en wordt er geen vergoeding aan u gevraagd. Het interview vindt plaats op een dag waarop u werkzaam bent in de woning, hierdoor is er geen extra kilometervergoeding nodig.

7. Heeft u vragen of een klacht?

Indien u vragen of klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot Zuyd Hogeschool. Alle gegevens vindt u in bijlage A: Contactgegevens.

8. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen (bijlage B). Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor Zuyd Hogeschool

(Lokale) Hoofdonderzoeker

Naam: Maddy Eussen

Functie: Student HBO-V

E-mailadres: 1944800eussen@zuyd.nl

Klachten

Als u klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dat melden aan de onderzoeker.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming Zuyd Hogeschool

Telefoonnummer: 045 400 6060

Adres: Nieuw Eyckholt 300, 6419DJ Heerlen

E-mailadres: functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl

Bijlage B: toestemmingsformulier proefpersoon

Kleine fouten, grote gevolgen: Optimalisatie van de toepassing van het medicatiebeleid bij EVB+-woongroepen

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen al mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in deze informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor deze controle.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen** toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

De proefpersoon krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 7. Topiclijst

Tabel 4

Topiclijst

Onderwerp	Subonderwerp/acties	Voorbeeldvragen
Introductie interviewer en respondent	1. Interviewer ontvangt kopie van ondertekend PIF 2. Interviewer geeft aan dat er audio-opname wordt gemaakt en of respondent hiermee akkoord is 3. Audio-opname gaat van start en interviewer geeft dit aan 4. Interviewer stelt zichzelf voor 5. Interviewer legt doel van het interview uit 6. Interviewer licht duur van het interview toe 7. Interviewer vraagt of er nog vragen zijn voor er van start wordt gegaan met het volgende onderwerp 8. Respondent stelt zichzelf voor: naam, leeftijd, functie, hoelang bevoegd en bekwaam om deel te nemen aan medicatieproces	
Introductie begrip "medicatiebeleid"	a. Bekendheid van respondent met het begrip "medicatiebeleid" in kaart brengen b. Als respondent onderdelen niet weet, licht interviewer toe wat een "medicatiebeleid" is, zodat er consensus is waar het interview over gaat	a. Wat verstaat u onder het medicatiebeleid? Weet u waar u het medicatiebeleid van Koraal kunt vinden? Hebt u dit medicatiebeleid al eens doorgenomen? b. Definitie van Koraal (onderbouwd met literatuur) wat "medicatiebeleid" is: In een medicatiebeleid staat de werkwijze die gehanteerd wordt door een instelling bij het medicatieproces en welke acties er ondernomen dienen te worden als het proces niet volgens het beleid verloopt. Onder meer specifieke taken van de betrokken disciplines worden benoemd
Kennis	a. Bekendheid van respondent met het medicatiebeleid van Koraal op woningsniveau in	a. Wat is uw rol als groepsbegeleider in het medicatiebeleid met betrekking

	kaart brengen: weet de respondent hoe het zit met de opslag, toediening en aftekenen? b. Wat vindt de respondent minder goed en goed aan het huidige medicatiebeleid? Wat mist de respondent?	tot opslag, toediening en aftekenen? Welke onderdelen van het medicatiebeleid ziet u terug in deze woning? b. Wat vindt u goed aan het huidige beleid? Wat zou beter kunnen in het medicatiebeleid? Wat mist u in het medicatiebeleid? Hebt u tips voor verbetering van het medicatiebeleid?
Barrières	a. Barrières die de respondent ervaart om medicatiebeleid correct toe te passen in kaart brengen op verschillende niveaus (waar ligt het aan): ○ Afdelingsoverstijgende invloeden ○ Afdelingsniveau ○ Cliëntniveau ○ Eigen niveau b. Haalbaarheid van het verminderen van barrières worden in kaart gebracht, gekoppeld aan benoemde (optionele) niveaus	a. Wat zou u helpen om het medicatiebeleid beter te kunnen toepassen? Wat werkt u tegen bij het correct toepassen van het medicatiebeleid? (dit terugpakken uit vorige vragen wat voor respondent niet lukt)? Als respondent nergens op komt dan de niveaus van hiernaast benoemen en kijken of er iets is waar de respondent dan op komt. Als de respondent er niet op komt, voorbeeld uit de literatuur geven wat de kans op het niet toepassen van het medicatiebeleid zou kunnen vergroten. b. In hoeverre is het binnen Koraal volgens u haalbaar om die tegenwerkende factoren te verbeteren? Welke factoren spelen er mee in deze niet helpende factoren?
Bevorderingen en kansen	a. Kansen die de respondent ervaart om het medicatiebeleid correct toe te passen in kaart brengen op verschillende niveaus (waar ligt het aan)	a. Welke mogelijkheden ervaart u binnen Koraal om het medicatiebeleid correct toe te passen? Als respondent ergens niet op komt, op niveaus bevragen (zoals hierboven) Dan ingaan op mogelijkheden die Koraal heeft: aandachtfunctionarissen medicatiebeleid op afdeling,

		skillslabverpleegkundigen, medicatiescholingen, medicatiebeleid, protocollen van Koraal
Medicatiefouten	a. Eigen ideeën van de respondent over waar de meeste fouten liggen en hoe dit kan	a. Waarbij denkt u dat de meeste fouten worden gemaakt in het medicatiebeleid bij de gedragsgroepen?
Verbeteronderdelen o.b.v. observaties	a. Interviewer licht toe welke onderdelen minder goed lopen o.b.v. observaties b. Interviewer vraagt naar eigen rol van respondent hierin c. Interviewer vraagt naar verbetervoorstellen die respondent heeft hiervoor	a. Het correct aftekenen gaat niet goed, cliënten weigeren medicatie geregeld, het geven van medicatie wordt geregeld vergeten, de datum van verderf staat niet op de juiste plek of staat er helemaal niet op, materialen worden op de verkeerde plek opgeborgen, medicatie in de karren b. Wat vindt respondent van de resultaten van de observaties? Herkent de respondent zichzelf/het team hierin? Wat herkent de respondent wel en wat niet? c. Welke acties denkt u dat uzelf kan ondernemen om dit te verbeteren? Welke acties denkt u dat het team kan ondernemen om dit te verbeteren?
Afsluiting	1. Interviewer vraagt of er nog vragen, opmerkingen of onderwerpen zijn waar de respondent nog iets over kwijt wil 2. Interviewer geeft informatie over terugkoppeling: a. Vraagt of respondent scriptie wil ontvangen als deze af is b. Ontvangt contactgegevens van respondent c. Wijst respondent op contactgegevens van interviewer in PIF 3. Interviewer stopt de audio-opname en geeft dit aan	

Bijlage 8. Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit



Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

Sinds eind 2018 is de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 27 maart 2023

Plaats: Eijssden

Naam (indien student ook studentnummer): Maddy Eussen, studentnummer 1944800

Academie: Academie Verpleegkunde

Handtekening:

Bijlage 9. Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekking en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 27 maart 2023

Plaats: Eijsden

Naam (indien student ook studentnummer): Maddy Eussen, studentnummer 1944800

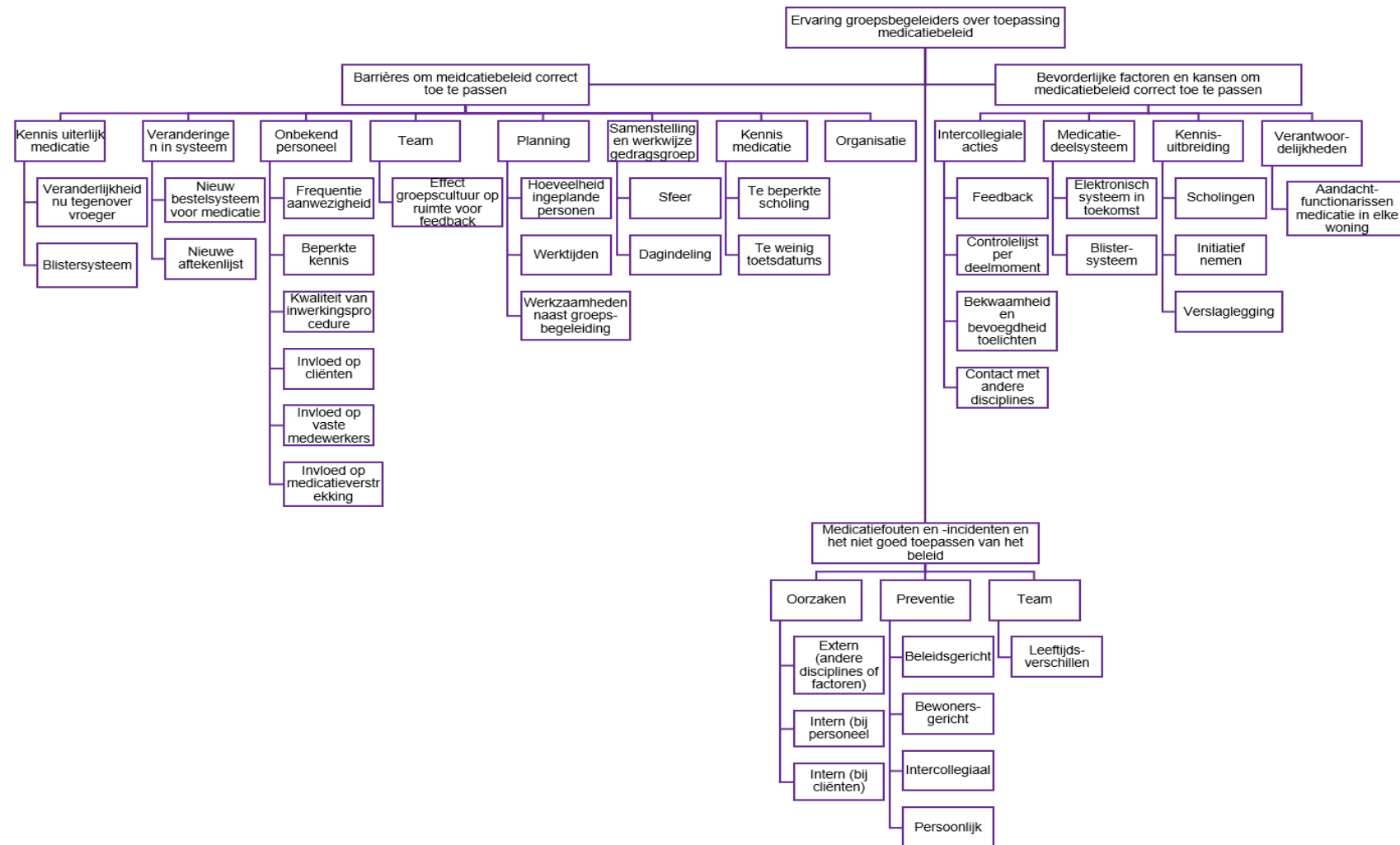
Academie: Academie Verpleegkunde

Handtekening:

Bijlage 10. Codeboom

Figuur 5

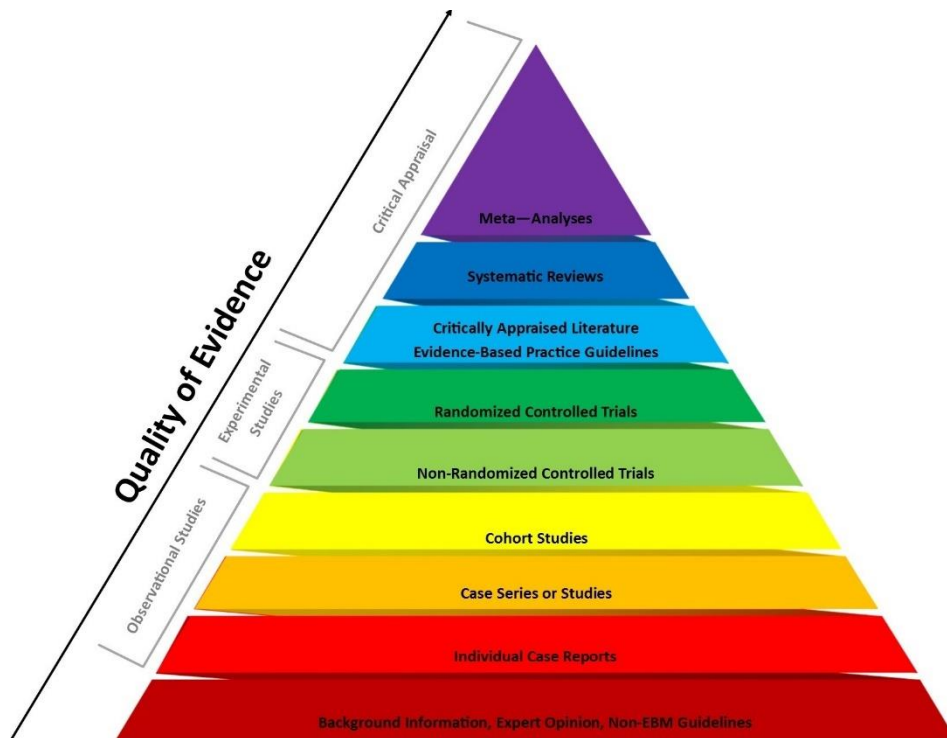
Codeboom



Bijlage 11. Piramide van Betrouwbaarheid

Figuur 6

Piramide van Betrouwbaarheid



Opmerking. Overgenomen uit *What is the Hierarchy of Evidence?* door C. Baur, 2021 (<https://www.researchsquare.com/blog/what-is-the-hierarchy-of-evidence>). Copyright 2023, Research Square.

Bijlage 12. Beoordeling scriptie door praktijkbegeleider

Figuur 7

Beoordeling scriptie door praktijk

BEOORDELINGSFORMULIER SCHRIFTELIJK PRODUCT FASE 2 PRAKTIJK

**Beoordelingsformulier Schriftelijk Product fase 2
voor de Praktijk**

Afstuderen Advies

Naam contactpersoon praktijk: Britt Muider
Zorginstelling: Koraal

Naam verpleegkundige i.o.: Maddy Eussen
Studentnummer: 1944800

Criteria:

1. De verpleegkundige i.o. heeft een bachelor thesis geschreven die bijdrage levert aan kwaliteitsverbetering van de verpleegkundige zorgverlening.
Voldaan / ~~niet voldaan~~
door de uitkomsten van dit onderzoek
kan er kwaliteitsverbetering
plaatsvinden.
2. De verpleegkundige i.o. heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd.
Voldaan / ~~niet voldaan~~
Het is duidelijk welke methode Maddy
gehanteerd heeft.
3. De verpleegkundige i.o. heeft in dialoog met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven.
Voldaan / ~~niet voldaan~~
in dialoog met Groepsbegeleiders, tutor en
werkbegeleider is dit product tot stand
gekomen.

4. De verpleegkundige i.o. heeft maatregelen getroffen voor continuïteit

Voldaan / ~~niet voldaan~~

5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk

Voldaan / ~~niet voldaan~~

DEZE SCRIPT IS NAAR VOLLEDIGE WAARHEID
BESCHREVEN.

Eindadviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis in de praktijk:

Voldoende / ~~niet voldoende~~ (doorhalen wat niet van toepassing is)¹

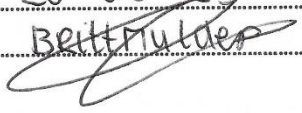
Persoonlijke toelichting werk- / praktijkbegeleider:

Maddy heeft een mooi product neergezet?
Het waardevolle adviezen voor de
praktijk.

Naam beoordelaar: Britt Mulders

Functie beoordelaar: HBO-V

Datum: 20-05-23

Handtekening: 

¹ Alle vijf de bovenstaande punten dienen 'voldaan' te zijn voor een 'voldoende' eindadviesbeoordeling.