De visie van begeleiders binnen Amerpoort op medicatiegebruik van mensen met een verstandelijk beperking en de samenhang met begeleiderskenmerken

Master's Thesis

Utrecht University

Master's programme Clinical Child, Family and Education Studies

E. Klap 5628210

J. C. H. Douma

O. Oudgenoeg-Paz

22 juni 2017

Amerpoort

Abstract

Background: People with an intellectual disability frequently use a high level of medication, despite of the fact that medication frequently leads to adverse side effects. Therefore, Amerpoort, a care institution for people with an intellectual disability, wants to reduce this use of medication where possible. The viewpoint of caregivers on medication use of their clients is important, because it seems likely that when caregivers think critical of their clients' medication use, they will be more likely to seek for opportunities to reduce medication use. **Aim:** To assess the viewpoint of caregivers on prescribing medication and on the use of medication before any alternative treatments. **Methods:** 112 respondents completed a questionnaire about the viewpoint-items. Analyses were conducted about their view on medication use of clients and what the accompanying characteristics are associated with. **Results:** On average, caregivers mostly indicated that medication may only be indicated before any other treatment, there were no significant characteristics of caregivers related. Caregivers indicated on average that they agreed that medication would be prescribed too fast. Higher educated and coordinating caregivers were more indicating that medication is prescribed too fast, in contrast to low/medium educated and caregivers. A significant negative relationship was found between age and prescribing medication ($r(110) = .-0.27$, p .01). That is, the younger the supervisor, the more they indicate that medication is prescribed too fast. **Discussion:** On average, caregivers agreed that medication should be used only if there is no alternative treatment. It can be important to explore how frequent medication is really prescribed, because supervisors believe that medication is not really prescribed too fast.

Keywords: medication use, intellectual disability, Amerpoort, viewpoint, caregivers

Inleiding

Zowel in Nederland als in andere landen, wordt binnen de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking veelvoudig en langdurig medicatie voorgeschreven en ingezet (Holden & Gitlesen, 2004; Krahn, Hammond, & Turner, 2006; Matson et al., 2000). Uit onderzoek binnen zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking in Nederland blijkt bijvoorbeeld dat één derde van de cliënten antipsychotica gebruikt (De Kuijper et al., 2010). Ander onderzoek naar het gebruik van psychotrope medicatie laat zien dat 20-50% van de mensen met een verstandelijke beperking psychotrope medicatie gebruikt (Arscott, Stenfert Kroese, & Dagnan, 2000; Pyles, Muniz, Cade, & Silva, 1997). Mensen met een verstandelijke beperking vormen mogelijk de groep waar de meeste medicatie bij voorgeschreven wordt (Matson et al., 2000).

Ondanks dit hoge medicatiegebruik is er beperkt wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van medicatie bij gedragsproblemen en medische aandoeningen bij mensen met een verstandelijke beperking (De Kuijper et al., 2010; Holden & Gitlesen, 2004; Robertson et al., 2000). Daarentegen is er in de literatuur veel bekend over het negatieve effect van medicatie op de kwaliteit van leven en gedragsproblemen (De Kuijper et al., 2010; Robertson et al., 2000; Scheifes, 2015). Zo wordt er gevonden dat bij langdurig gebruik van psychofarmaca een aanzienlijk risico is op schadelijke bijwerkingen, zoals neurologische aandoeningen (De Kuijper et al., 2010; Haddad & Dursun, 2008; Robertson et al., 2000). Desondanks worden psychofarmaca vaak en langdurig voorgeschreven als gedragsbehandeling (Robertson et al., 2000; Verhoeven & Tuinier, 1999).

Naast dat er weinig wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit van dit soort medicatie en een verhoogd risico op bijwerkingen is, blijkt dat in bijna alle 66 onderzochte instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking binnen Nederland, de kennis bij medewerkers over het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen onvoldoende is. Medicatie wordt bijvoorbeeld nog vaak handmatig uitgezet waardoor dit niet meer identificeerbaar is bij het toedienen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010). Dit is zorgwekkend aangezien mensen met een verstandelijke beperking afhankelijk zijn van begeleiders op het gebied van medicatie. Zij hebben zelf namelijk beperkte kennis, moeite met het maken van keuzes en met het dragen van verantwoordelijkheid op het gebied van medicatiegebruik (Arscott et al., 2000).

Doordat mensen met een verstandelijk beperking afhankelijk zijn van begeleiding, worden er dan ook suggesties gegeven om meer aandacht te hebben voor de farmaceutische zorg en gezondheid van deze mensen (Van Schrojenstein Lantman-De Valk, 2005). Hierbij

wordt onder andere het belang benadrukt van een multidisciplinaire benadering, waarbij huisartsen, apothekers, verwanten, begeleiders en cliënten regelmatig evalueren over behandelplannen en medicatiegebruik (Bentley, Walsh, & Farmer, 2005; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010; Scheifes, 2015). Door een multidisciplinaire aanpak, zou de farmaceutische zorg van cliënten minder risico's met zich meebrengen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010; Scheifes, 2015).

De rol van begeleiders in het multidisciplinair overleg is van bijzonder belang (Bentley et al., 2005), omdat zij frequent en langdurig tijd doorbrengen met cliënten. Hierdoor zouden zij zicht hebben op het effect van medicatiegebruik bij cliënten en herkennen zij de bijwerkingen (Bradley, 2003). Artsen hebben, vergeleken met begeleiders, minder tijd om effecten van medicatiegebruik bij cliënten waar te nemen, maar zij hebben wel de verantwoordelijkheid over de zorg van cliënten (Lee & Fischer, 2014). De informatie van begeleiders over (bij)werkingen van medicatie en het algehele functioneren van de cliënt, is dan ook van groot belang voor artsen bij het maken van behandelingskeuzes (Christian, Snycerski, Singh, & Poling, 1999; Rasaratnam, Crouch, & Regan, 2004). Daarnaast lijkt er in de literatuur overeenstemming te zijn over het feit dat een kritische kijk op medicatie, passend is bij de rol van begeleiders (Bentley et al., 2005; Cohen, 2002; Lacasse & Gomory, 2003; Morley, 2003).

Dat kritisch kijken naar medicatie een actueel onderwerp is, blijkt uit een onlangs opgezet programma in Nederland: 'Beter af met minder: bewust gebruik van psychofarmaca'. Dit programma is opgezet om gedragsmedicatie bewuster te gebruiken en oneigenlijk gebruik terug te dringen. Het programma wordt ondersteund door het wetsvoorstel Zorg en Dwang waarbij het uitgangspunt is: 'nee, tenzij…' waardoor de beperking van iemands vrijheid alleen is toegestaan als het niet anders kan, wat ook geldt voor het toedienen van medicatie (Gardenier, 2016).

Ook Amerpoort, een organisatie die ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking, ziet het belang in van kritisch kijken naar medicatiegebruik. Zij hebben als doel om het medicatiegebruik bij hun cliënten af te bouwen, om daarmee de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. Om die reden is Amerpoort in 2014 met de pilot Zinnig en Zuinig met Psychofarmaca gestart. Hierbij wordt voor elke cliënt kritisch gekeken naar het medicatiegebruik en naar mogelijkheden voor afbouw. Het is daarbij van belang om te kijken naar de visie van begeleiders op medicatiegebruik van hun cliënten. Het lijkt immers aannemelijk dat wanneer zij kritisch staan tegenover medicatiegebruik, zij sneller

geneigd zullen zijn om naar mogelijkheden te zoeken om het medicatiegebruik terug te dringen.

In de literatuur is beperkt onderzoek gedaan naar de visie van begeleiders op medicatiegebruik van mensen met een verstandelijke beperking (Christian et al., 1999; Singh et al., 1996). Echter, Bentley, Farmer, & Phillips (1991) onderzochten middels een cross-sectioneel onderzoek de visie van Social Work studenten op psychotrope medicatie. Ondanks dat de onderzoeksgroep anders is, is het onderwerp en bijhorende items (bijna) identiek aan het onderwerp en de items in huidig onderzoek. Van de 260 studenten in het onderzoek van Bentley et al. (1991) was 14% het helemaal eens, 40% eens, 18% oneens, <1% helemaal oneens en 29% had geen mening over dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Deze resultaten laten zien dat het merendeel van de studenten vond dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Betreffende de stelling dat medicatie een laatste optie moet zijn als behandelvorm was 12% het helemaal eens, 34% eens, 38% oneens, 5% helemaal oneens en 12% had geen mening. De antwoorden op deze stelling laten geen uitgesproken visie zien, slechts een zeer kleine meerderheid gaf aan het eens te zijn dat medicatie een laatste vorm van behandeling moet zijn.

Ondanks de eerder besproken nadelige bijwerkingen en het gering wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit van medicatie wordt medicatie toch vaak ingezet als eerste en enige behandelvorm bij mensen met een verstandelijk beperking. (Oliver-Africano, Murphy, & Tyrer, 2009; Scheifes 2015; Sevin et al., 2001). Er wordt in de literatuur en praktijk, dan ook opgeroepen om meer onderzoek te doen naar alternatieve behandelvormen naast, of in plaats van medicatie (Campbell, 2003; De Kuijper et al., 2010; Holden & Gitlesen; Sevin et al., 2001). Daarbij is het, zoals eerder beschreven, ook van belang om onderzoek te doen naar de visie van begeleiders op medicatie als (eerste) behandelvorm (Bentley et al., 1991; Christian et al., 1999; Singh et al., 1996).

Amerpoort ziet ook het belang van onderzoek naar de visie van begeleiders in, omdat dit van invloed kan zijn op de medicatie-afbouw van cliënten. Voor Amerpoort is een kritische visie op medicatiegebruik wenselijk, omdat begeleiders dan sneller geneigd zullen zijn om naar mogelijkheden voor medicatie-afbouw of alternatieven te zoeken. Daarbij is het belangrijk om vervolgens na te gaan of bepaalde begeleiderskenmerken samenhangen met een positievere of negatievere visie op het voorschrijven van medicatie. In het onderzoek van Bentley et al. (1991) werd een positieve samenhang gevonden tussen de leeftijd van begeleiders en hun visie op medicatiegebruik (r = .18, p = .01), wat betekent dat hoe ouder iemand is, hoe positiever de visie op medicatiegebruik is. Een andere factor die in dat

onderzoek gerelateerd is aan de visie op medicatiegebruik is opleidingsniveau. Hoger opgeleiden (masterniveau) bleken een positievere kijk te hebben op medicatiegebruik dan lager opgeleiden (bachelorniveau). Mogelijk zouden begeleiderskenmerken dus ook samen kunnen hangen met een positievere of negatievere visie op medicatiegebruik.

Kortom, om medicatiegebruik te verminderen is het van belang om verder onderzoek te doen naar de visie van begeleiders op medicatiegebruik en specifieke begeleiderskenmerken die daarbij een rol spelen. Het is echter niet mogelijk om op bestaand (zeer beperkt) onderzoek hypothesen voor het huidige onderzoek te baseren (Bentley et al., 1991; Christian et al., 1999; Singh et al., 1996). Om die reden wordt op basis van explorerend onderzoek nagegaan wat de visie van begeleiders is op het te snel voorschrijven van medicatie en op het inzetten van medicatie bij geen behandelalternatief en welke begeleidersfactoren daarmee samenhangen.

Methoden

Steekproef en procedure. Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek naar ervaringen over het gebruik van het medicatie-evaluatieformulier binnen Amerpoort. Op basis van semigestructureerde interviews met gedragsdeskundigen en (coördinerend) begeleiders is een vragenlijst opgesteld waarvan twee vragen gingen over de visie van begeleiders op medicatiegebruik.

Binnen Amerpoort is een verdeling aangebracht in twee divisies, namelijk: divisie 1 die zorg biedt aan cliënten met een ernstige (meervoudige) verstandelijke beperking en divisie 2 die zorg biedt aan cliënten met een matige of licht verstandelijke beperking. In dit onderzoek is de vragenlijst uitgezet onder alle (ongeveer 800) coördinerend begeleiders, assistent begeleiders, begeleiders en gedragsdeskundigen van beide divisies. Zij zijn via twee manieren benaderd, namelijk: 1. een groepse-mail, waarin een link stond naar de vragenlijst voor deelname aan het onderzoek, 2. een oproep op het intranet binnen Amerpoort, waarbij ook een link stond naar de vragenlijst. Door deze manier van werven is niet te achterhalen hoeveel mensen deze oproep hebben gezien.

Zowel in de e-mail als op het intranet werd benoemd dat er binnen de Amerpoort onderzoek gedaan wordt naar het medicatie-evaluatieformulier. Ook zijn de onderzoekers voorgesteld en is uitleg gegeven over het grotere project, waarvan dit onderzoek deel uitmaakt. Er werd benoemd dat deelname geheel vrijwillig en anoniem is, dat er vertrouwelijk omgegaan wordt met verkregen data, dat er een mogelijkheid is om de vragenlijst tussentijds af te breken en op een later moment te hervatten en er werd een uiterste invuldatum genoemd.

Tot slot werd er een e-mailadres genoemd die door professionals gebruikt kan worden bij vragen en/of opmerkingen.

Wanneer participanten de link aanklikten voor het invullen van de vragenlijst, werd eerst een introductiepagina getoond met uitleg over het medicatie-evaluatieformulier. Ook is benoemd dat elke assistent-begeleider, begeleider, coördinerend begeleider en gedragsdeskundige deze vragenlijst in kon vullen, ongeacht of ze ooit het medicatie-evaluatieformulier hadden ingevuld. Tot slot is uitgelegd dat de vragenlijst bestaat uit zowel open vragen als stellingen en dat het invullen van de vragenlijst tot ongeveer 15 minuten kost.

De vragenlijst werd in totaal 233 keer ingevuld, dit is ongeveer 29% van de mogelijk 800 werkzame begeleiders en gedragsdeskundigen binnen beide divisies. Hiervan hadden 101 respondenten de vragenlijst onvolledig ingevuld waardoor zij geen antwoord hebben gegeven op de onafhankelijke variabelen van huidig onderzoek. Hierdoor bleven er 132 respondenten over, wat naar schatting ongeveer 16% is van de ongeveer 800 potentiële respondenten. Hiervan zijn de assistent begeleiders (n = 5) en gedragsdeskundigen (n = 15) niet meegenomen in de analyses, omdat beiden qua verantwoordelijkheden en werkzaamheden te weinig direct met het medicatiegebruik van cliënten te maken hebben. 112 respondenten bleven er over en werden meegenomen in de data-analyse.

Het is niet bekend in welke mate de 112 respondenten representatief zijn voor de totale groep (coördinerend) begeleiders binnen Amerpoort, omdat er geen demografische gegevens bekend zijn over de (coördinerend) begeleiders die niet hebben meegedaan aan dit onderzoek. In tabel 1 staan de kenmerken van de 112 respondenten die deelnamen aan het onderzoek weergegeven.

Tabel 1: *Begeleiderskenmerken van de respondenten* (*n* = 112)

Begeleiderskenmerken	Frequenties	%
Functie		
Begeleider	58	51.8
Coördinerend begeleider	54	48.2
Geslacht		
Man	12	10.7
Vrouw	100	89.3
Leeftijd (*M* = 2.39; *SD* = 1.12)		
20-29	26	23.2
30-39	43	38.4
40-49	19	17.0
50-59	21	18.8
60-69	3	2.7
Opleidingsniveau		
Laag tot gemiddeld	43	38.4
Hoog	69	61.6
Divisie		
1	69	36.7
2	40	63.3
Aantal jaren werkzaam binnen zorginstelling		
<2 jaar	12	10.7
2-5 jaar	12	10.7
>5 jaar	88	78.6
Uren per week werkzaam binnen huidige functie		
<32 uur	76	67.9
≥32 uur	36	32.1
	M	*SD*
Kennis over welke medicatie	2.63	.79
Kennis over waarom medicatie	2.44	.88

Noot. Functie = huidige functie; Opleidingsniveau = hoogst afgeronde opleiding; Laag tot gemiddeld = LBO, Mavo/VMBO, MBO, Havo, Vwo; Hoog = HBO, Universiteit; Divisie = divisie waarin professional momenteel werkzaam is.

Variabelen

Visie op medicatiegebruik is de afhankelijke variabele in dit onderzoek en is gemeten met twee stellingen, namelijk: 1). ‘Medicatie zou alleen ingezet moeten worden als er geen

alternatief is op het gebied van behandeling', en 2). 'Medicatie wordt te snel voorgeschreven bij cliënten'. Beide items konden beantwoord worden op een vierpuntsantwoordschaal: 1 = oneens, 2 = beetje mee eens, 3 = voornamelijk mee eens, 4 = helemaal mee eens. Een lagere gemiddelde score (<*M* = 2.50) staat voor een positievere visie op medicatie als behandelvorm. Om na te gaan of de items als één schaal konden worden beschouwd, is de Cronbach's Alfa berekend. Die was .30, wat duidt op een lage interne consistentie (Field, 2009). Hierop is besloten om in dit onderzoek de analyses voor de twee afhankelijke variabelen apart uit te voeren.

De onafhankelijke variabelen zijn begeleiderskenmerken geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, divisie, functie, aantal jaren werkzaam binnen Amerpoort, aantal uur werkzaam per week en kennis over medicatiegebruik.

Leeftijd. In de vragenlijst werd onderscheid gemaakt tussen de leeftijdsgroepen: '<20 jaar', '20-29 jaar', '30-39 jaar', '40-49 jaar', '50-59 jaar', '60-69 jaar' en '≥70 jaar'. Deze interval-variabele is als continue variabele meegenomen in de analyses.

Opleidingsniveau. Op de vragenlijst werd gevraagd naar de hoogst afgeronde opleiding, er kon gekozen worden tussen LBO, mavo/VMBO, MBO, havo, HBO, VWO en WO of hoger. Er zijn naar indeling van het Centraal Bureau voor Statistiek (2008) drie groepen gevormd namelijk: laag (LBO, mavo/VMBO), middelbaar (MBO, Havo, Vwo) en hoog opgeleid (HBO, WO). Doordat er slechts 5 begeleiders 'laag' opgeleid bleken te zijn, zijn deze voor analyses samengevoegd met de groep middelbaar, waardoor geanalyseerd is met de groep laag/gemiddeld versus hoog opgeleid.

Divisie. Er is onderscheid gemaakt tussen begeleiders die werken in divisie 1 en divisie 2.

Functie. Er is onderscheid gemaakt tussen begeleider en coördinerend begeleider.

Aantal jaren werkzaam binnen de zorginstelling. Op de vragenlijst konden respondenten kiezen tussen de volgende antwoordcategorieën: <2 jaar', '3-5 jaar', '6-8 jaar', '9-10 jaar' en '>10 jaar' in te vullen. Voor de analyses is een onderscheid gemaakt van '<2 jaar', '2-5 jaar' en '>5 jaar', omdat verwacht wordt dat de visie op medicatiegebruik niet zal veranderen wanneer zij langer dan 5 jaar werken binnen de zorginstelling.

Aantal uren werkzaam in functie. Op de vragenlijst werd onderscheid gemaakt tussen '< 8 uur', '8-16 uur', '16-24 uur', '24-32 uur', '32-40 uur' en '>40 uur'. Voor analyses werd een verdeling gemaakt van: <32 uur en ≥32 uur, omdat de twee begeleiders die minder dan 16 uur werkzaam zijn een te kleine groep vormen om apart mee te nemen in de analyses.

Kennis over medicatiegebruik. Er waren twee items in de vragenlijst over kennis, namelijk: 1. Ik weet niet van elke cliënt *welke medicatie* hij of zij gebruikt, en 2. Ik heb niet voor elke cliënt op een rijtje *waarom* hij of zij (verschillende) medicatie gebruikt. De items werden beantwoord op dezelfde vierpuntsantwoordschaal als de afhankelijke variabelen, maar zijn omgepoold. Hierdoor staat een hogere score nu voor meer kennis. Deze variabele wordt meegenomen als een continue variabele.

Data analyse

De analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 22. Vanwege de grote steekproef (n = 112) kan er parametrisch getoetst worden (Field, 2009).

Allereerst zijn de gemiddelde scores berekend op de twee afhankelijke variabelen. Vervolgens zijn er voor alle onafhankelijke variabelen die bestaan uit 2 of 3 groepen, aparte univariate ANOVA's uitgevoerd voor beide afhankelijke variabelen. In geval van een significant verschil voor de variabele met drie groepen (jaren werkzaam) is met de *Bonferoni's post hoc* test, nagegaan welke groepen significant van elkaar verschillen (Field, 2009). Voor de continue onafhankelijke variabelen leeftijd en kennis zijn Pearson correlaties berekend om de samenhang met beide afhankelijke variabelen te bepalen. Hierbij is bij tweezijdige toetsing een significantieniveau van $p \leq .05$ gehanteerd.

Resultaten

De gemiddelde score op visie-item 1 is 2.70 (*SD* = 0.94). Op de stelling dat medicatie als behandelvorm alleen ingezet mag worden als er geen alternatief is op behandeling, zijn ze het gemiddeld gezien bijna voornamelijk mee eens. De gemiddelde score op visie-item 2 is 1.71 (*SD* = 0.82). Dit geeft aan dat de mening van begeleiders op de stelling 'medicatie wordt te snel voorgeschreven als behandelvorm' gemiddeld richting een beetje mee eens ligt.

In Tabel 2 staan de resultaten van de uitgevoerde ANOVA's en correlaties. Hieruit blijkt dat er geen enkel begeleiderskenmerk significant samenhangt met visie-item 1.

Ten aanzien van visie-item 2, blijkt dat begeleiders die hoog opgeleid zijn significant hoger score op dit item dan laag/gemiddeld opgeleiden. Ook coördinerend begeleiders scoren hoger op dit item dan begeleiders. Voor het aantal uren werkzaam blijkt een net niet significant verschil. Begeleiders die 32 uur of meer werken scoren gemiddeld iets hoger dan degenen die minder dan 32 uur werken.

Uit de correlatie blijkt dat er alleen een significante negatieve relatie was tussen leeftijd en visie-item 2 (te snel voorschrijven van medicatie), namelijk $r(110) = .-0.27$, p .01. Dit wil zeggen dat naarmate de leeftijd van begeleiders stijgt, zij het meer eens worden met de stelling dat medicatie niet te snel wordt voorgeschreven.

Tabel 2: Relatie tussen kenmerken van (coördinerend) begeleiders en visie op medicatiegebruik: resultaten van univariate ANOVA's en Pearson correlaties.

	Item 1: 'Medicatie zou alleen ingezet moeten worden als er geen alternatief is op het gebied van behandeling'				Item 2: 'Medicatie wordt te snel voorgeschreven bij cliënten'			
	M	*SD*	*F*	*p*	*M*	*SD*	*F*	*p*
Geslacht			1.41	.24			0.05	.83
Man	3.00	0.95			1.67	0.65		
Vrouw	2.66	0.93			1.72	0.84		
Divisie			0.95	.33			1.13	.29
Divisie1	2.60	0.96			1.83	0.93		
Divisie2	2.78	0.94			1.65	0.74		
Opleidingsniveau			0.67	.42			4.38	.04*
Hoog	2.75	0.87			1.84	0.85		
Laag/gemiddeld	2.60	1.05			1.51	0.74		
Functie			1.67	.20			6.03	.02*
Bgl.	2.59	0.92			1.53	0.71		
Co bgl.	2.81	0.95			1.91	0.90		
Jaren werkzaam in zorginstelling			0.44	.65	1.71	0.82	0.05	.95
< 2 jaar	2.50	1.00			1.67	0.65		
2-5 jaar	2.58	0.90			1.67	0.78		
>5 jaar	2.74	0.94			1.73	0.85		
Uren werkzaam in functie			0.17	.68			3.29	.07
<32 uur	2.67	0.99			1.62	0.73		
≥32 uur	2.75	0.84			1.92	0.97		
			r	*p*			*r*	*p*
Kennis over welke medicatie			-.01	.96			-.11	.25
Kennis over waarom medicatie			.06	.50			-.11	.24
Leeftijd			-.02	.81			-.27	.01*

Noot. * p <.05.

Conclusie en discussie

Huidig onderzoek sluit aan bij een groter onderzoek binnen Amerpoort in het kader van afbouw en bewustwording van medicatiegebruik van haar cliënten. Het is daarbij van belang om te kijken naar de visie van begeleiders op medicatiegebruik van hun cliënten, omdat dit van invloed kan zijn op het zoeken naar afbouwmogelijkheden of behandelalternatieven.

Er is onderzocht wat de visie op medicatiegebruik is van begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking binnen Amerpoort en welke begeleiderskenmerken hiermee samenhangen. Dit is gedaan aan de hand van twee stellingen, namelijk: 1. ‘Medicatie zou alleen ingezet moeten worden als er geen alternatief is op het gebied van behandeling’, en 2 ‘Medicatie wordt te snel voorgeschreven bij cliënten’.

Begeleiders hebben aangegeven dat zij het gemiddeld bijna voornamelijk eens zijn met de stelling dat medicatie alleen ingezet moet worden als er geen alternatief is op het gebied van behandeling. Dit is positief voor Amerpoort omdat begeleiders een overwegend kritische houding hebben ten opzichte van de inzet van medicatiegebruik, wat mogelijk bij kan dragen aan de afbouw van medicatiegebruik bij cliënten. Uit het onderzoek van Bentley et al. (1991) is bleek dat ongeveer de helft van de studenten het met een bijna identieke stelling (helemaal) eens waren. Dit is vergelijkbaar met huidig onderzoek, ook al ging het om een andere onderzoeksgroep (studenten), over hun mening over psychotrope medicatie, vond het veel eerder plaats en werd er een iets andere antwoordschaal gebruikt, waar bijvoorbeeld ook de optie 'geen mening' aan toegevoegd was.

Er is gebleken dat geen enkel begeleiderskenmerk significant samenhangt met de visie op het enkel inzetten van medicatie bij geen behandelalternatief. Dit betekent dat de mening van begeleiders op deze stelling niet samenhangt met bepaalde kenmerken van begeleiders. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat grotendeels alle begeleiders (onafhankelijk van begeleiderskenmerken) door praktijkervaring meer bekend zijn met behandelalternatieven in de praktijk, zoals gedragstherapie of fysiotherapie dan met medicatie als behandelvorm. Mogelijk geven zij hierdoor eenduidig hun voorkeur aan de inzet van behandelalternatieven, voor de inzet van medicatie als behandelvorm.

Op de tweede stelling hebben begeleiders aangegeven dat zij het gemiddeld tot een beetje eens zijn dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Dit betekent dat begeleiders menen dat het wel meevalt hoe snel medicatie wordt voorgeschreven bij cliënten. De resultaten uit dit onderzoek verschillen van de uitkomsten uit het onderzoek van Bentley et al., (1991) waarin een merendeel van de onderzoeksgroep aangaf het eens (40%) en helemaal

eens (14%) te zijn met de stelling dat medicatie te snel voorgeschreven wordt. Deze verschillen zijn echter niet één op één met elkaar te vergelijken. Sowieso is het onderzoek van Bentley uit 1991 en daarmee veel ouder en was, zoals gezegd de onderzoeksgroep ook anders. Daarnaast heeft Amerpoort in de afgelopen jaren veel ingezet op verminderd medicatie voorschrijven, waardoor begeleiders mogelijk terecht aangeven dat het wel meevalt met het snel voorschrijven van medicatie. Want het zou kunnen dat er tegenwoordig minder snel medicatie voorgeschreven wordt dan een aantal jaar geleden. Tevens kan er niet worden gezegd dat het streven van Amerpoort is dat begeleiders meer vinden dat medicatie te snel wordt voorgeschreven, omdat de resultaten op deze stelling een mogelijke realiteit weergeven.

Er is gebleken dat zowel opleidingsniveau als functie samenhangen met de visie op het voorschrijven van medicatie. Zo bleek dat begeleiders die hoger opgeleid zijn gemiddeld meer vinden dat medicatie te snel wordt voorgeschreven bij cliënten dan lager/gemiddeld opgeleiden. Ook vinden coördinerend begeleiders significant meer dat medicatie te snel wordt voorgeschreven bij cliënten dan begeleiders. De overeenkomst van zowel functie als opleidingsniveau met de visie op het voorschrijven van medicatie, is mogelijk te verklaren doordat de rol van coördinerend begeleider voornamelijk vervuld wordt door de hoger opgeleiden binnen Amerpoort. De visie van de hoger opgeleiden en de coördinerend begeleiders op het te snel voorschrijven van medicatie is mogelijk te verklaren doordat zij meer kennis opgedaan hebben in studies en hierdoor een meer kritische houding ontwikkeld hebben op medicatiegebruik (Lacasse & Gomory, 2003).

Er is een significante negatieve relatie gevonden tussen leeftijd en de visie op het voorschrijven van medicatie. Dit betekent dat naarmate de leeftijd van begeleiders stijgt, zij steeds minder menen dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. De gevonden resultaten komen overeen met het eerder beschreven onderzoek van Bentley et al. (1991). Hierin werd tevens gevonden dat een stijgende leeftijd in verband zou staan met een positievere visie op medicatiegebruik. Er kan echter geen waardeoordeel aan deze stelling gekoppeld worden omdat het gaat om een mening van begeleiders op het voorschrijven van medicatie en begeleiders geen medicatie voorschrijven aan cliënten.

Zoals eerder is betoogd, kan de visie van begeleiders op medicatiegebruik van invloed zijn op medicatie-afbouw van cliënten. Daarbij is aannemelijk dat bij een kritische houding tegenover medicatiegebruik, begeleiders sneller geneigd zullen zijn om naar mogelijkheden voor medicatie-afbouw of alternatieven te zoeken. Naar aanleiding van dit explorerend onderzoek kan gezegd worden dat de (coördinerend) begeleiders binnen Amerpoort gematigd positief zijn over medicatiegebruik. Na analyse van begeleiderskenmerken werd duidelijk dat

begeleiders die een hoger opleidingsniveau hebben en een rol van coördinerend begeleider vervullen een meer kritische visie hebben op medicatie. Tevens werd gevonden dat naarmate de leeftijd van begeleiders stijgt, zij steeds minder vinden dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Er werd niet onderzocht of zij hier ook gelijk in hebben.

De visie van begeleiders ligt al in de richting wat wenselijk is voor Amerpoort, echter zouden gerichte trainingen aan begeleiders op het gebied van medicatie bij kunnen dragen aan de ontwikkeling van een meer kritische houding en meer bewustwording van behandelalternatieven. Er wordt daarom aanbevolen om begeleiders die laag/gemiddeld opgeleid zijn kennis bij te brengen op het gebied van voor- en nadelen van medicatie (Werner & Stawski, 2012). Dit kan gerealiseerd worden door een (regelmatig) bezoek of voorlichting van een arts of regioverpleegkundige aan een teamvergadering.

In dit onderzoek werd tevens gezien dat begeleiders het tot een beetje eens zijn met de stelling dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Het is echter onbekend of begeleiders hier ook gelijk in hebben. Het zou voor Amerpoort zinvol kunnen zijn om te onderzoeken of het daadwerkelijk meevalt met het te snel voorschrijven van medicatie binnen Amerpoort en/of dat de pilot Zinnig en Zuinig die gestart is in 2014 effectief blijkt te zijn, zoals de begeleiders wellicht menen te zeggen.

Om de resultaten van dit onderzoek goed te kunnen plaatsen, is het van belang om de sterke en zwakkere kanten van dit onderzoek te bespreken. Een mogelijke beperking van dit onderzoek is de begripsvaliditeit van de vragen op de vragenlijst. In zowel de groepse-mail als de oproep op intranet, werd genoemd dat de vragenlijst als onderdeel van het project ‘Wijs met Psychofarmaca’ werd uitgevoerd. De vragen op de vragenlijst gingen echter niet specifiek over psychofarmaca, maar over medicatie in het algemeen. Mogelijk was het door de benoeming van het project over psychofarmaca, onduidelijk voor begeleiders dat de vragenlijst over medicatie in brede zin ging, waardoor de vragen onjuist geïnterpreteerd zijn. Daarnaast bleek bij de analyse van de data, dat van de 233 respondenten er 101 vroegtijdig gestopt waren met het invullen van de vragenlijst. Mogelijk heeft het digitaal invullen van de vragenlijst hieraan bijgedragen. Doordat de medewerkers de vragenlijst zelf konden stoppen werden zeer veel half of slechts enkele gegevens van respondenten verzameld. Mogelijk zou dit niet voorgekomen zijn, wanneer de vragenlijst op papier ingevuld zou worden. Tevens kan er hierdoor niet nagegaan worden hoe representatief de overgebleven 112 respondenten zijn voor alle (coördinerend) begeleiders binnen Amerpoort.

Een positief element aan deze studie is dat alle (coördinerend) begeleiders mochten meedoen aan dit onderzoek waardoor de werving een aselecte insteek had. Daarnaast hebben

er relatief veel coördinerend begeleiders meegedaan aan dit onderzoek. Doordat de vragenlijst anoniem ingevuld kon worden en de vertrouwelijke omgang met de data benoemd is, werd de betrouwbaarheid van de gegeven antwoorden vergroot. Hierdoor is het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden verkleind (Kiesler & Sproull, 1986). Ten slotte is positief aan deze studie dat de items zijn gemaakt op basis van relevante informatie uit een vooropgezet kwalitatief onderzoek.

Concluderend kan er gesteld worden dat de begeleiders binnen Amerpoort het gemiddeld maximaal eens zijn dat medicatie alleen ingezet moet worden als er geen behandelalternatief is en dat zij menen dat het meevalt hoe snel medicatie wordt voorgeschreven bij cliënten. Na analyse van begeleiderskenmerken is gebleken dat begeleiders die een hoger opleidingsniveau hebben en een rol van coördinerend begeleider vervullen, een meer kritische visie hebben op medicatie dan reguliere begeleiders. Coördinerend begeleiders vinden gemiddeld iets meer dat medicatie te snel voorgeschreven wordt binnen Amerpoort. Tevens werd gevonden dat naarmate de leeftijd van begeleiders stijgt, zij steeds minder menen dat medicatie te snel wordt voorgeschreven. Er is niet onderzocht of zij hier ook gelijk in hebben. Op basis van deze onderzoeksresultaten met een grote onderzoeksgroep binnen Amerpoort, zou het zinvol kunnen zijn om vervolgonderzoek te doen naar het daadwerkelijk voorschrijven van medicatie binnen Amerpoort.

Referenties

Arscott, K., Stenfert Kroese, B., & Dagnan, D. (2000). A study of the knowledge that people with intellectual disabilities have of their prescribed medication. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 13,* 90-99. doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00010.x

Bentley, K. J., Farmer, R. L., & Phillips, M. E. (1991). Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education, 27*(3), 279-289. Geraadpleegd op http://www.jstor.org/stable/23042664

Bentley, K. J., Walsh, J., & Farmer, R. L. (2005). Social work roles and activities regarding psychiatric medication: Results of a national survey. *Social Work, 50,* 295-303. doi:10.1093/sw/50.4.295

Bradley, S. S. (2003). The psychology of the psychopharmacology triangle. The client, the clinicians, and the medication. *Social Work in Mental Health, 4,* 29-50. doi:10.1300/J200v01n04_03

Campbell, J. M. (2003). Efficacy of behavioral interventions of reducing problem behavior in persons with autism: A quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities, 24,* 120-138. doi:10.1016/s0891-4222(03)00014-3

Centraal Bureau voor Statistiek (2008). *Opleidingsniveau*. Geraadpleegd op https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2008/16/bijna-evenveel-hoogopgeleide-als-laagopgeleide-nederlanders/opleidingsniveau

Christian, L., Snycerski, S. M., Singh, N. N., & Poling, A. (1999). Direct service staff and their perceptions of psychotropic medication in non-institutional settings for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 44,* 88-93. doi:10.1046/j.1365-2788.1999.00182.x

Cohen, D. (2002). Research on the drug treatment of schizophrenia: A critical appraisal and implications for social work education. *Journal of Social Work Education, 38*(2), 217-239. Geraadpleegd op http://www.jstor.org/stable/23043863

De Kuijper, G., Hoekstra, P., Visser, F., Scholte, F. A., Penning, C., & Evenhuis, H. (2010). Use of antipsychotic drugs in individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: Prevalence and reasons for prescription. *Journal of Intellectual Disability Research, 54,* 659–667. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01275.x

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.

Gardenier, M. (2016). *Het wetsvoorstel Zorg en dwang: Noodgedwongen zorg of zorgelijke dwang?* (Masterthesis). Geraadpleegd op

http://dspace.ou.nl/bitstream/1820/6552/1/gardenier.pdf

Haddad, P. M., & Dursun, S. M. (2008). Neurological complications of psychiatric drugs: Clinical features and management. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 23,* 15–26. doi:10.1002/hup.918

Holden, B., & Gitlesen, J. P. (2004). Psychotropic medication in adults with mental retardation: Prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities, 25,* 509-521. doi:10.1016/j.ridd.2004.03.004

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende.* Geraadpleegd op https:// www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2010/09/30/medicatieveiligheid-voor-kwetsbare-groepen-in-de-langdurige-zorg-en-zorg-thuis-onvoldoende

Kiesler, S., & Sproull, L. S. (1986). Response effects in the electronic survey. *Public Opinion Quarterly, 50,* 402-413. doi:10.1086/268992

Krahn, G. L., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities, 12,* 70-82. doi:10.1002/mrdd.20098

Lacasse, J. R., & Gomory, T. (2003). Is graduate social work education promoting a critical approach to mental health practice? *Journal of Social Work Education, 39*(3), 383-408. Geraadpleegd op http://www.jstor.org/stable/23043833

Matson, J. L., Bamburg, J. W., Mayville, E. A., Pinkston, J., Bielecki, J., Kuhn, D., . . . Logan, R. J. (2000). Psychopharmacology and mental retardation: A 10 year review (1990–1999). *Research in Developmental Disabilities, 21,* 263–296. doi:10.1016/S0891-4222(00)00042-1

Morley, C. (2003). Towards critical social work practice in mental health. *Journal of Progressive Human Services, 14,* 61-84. doi:10.1300/J059v14n01_05

Oliver-Africano, P., Murphy, D., & Tyrer, P. (2009). Aggressive behaviour in adults with intellectual disability. *CNS Drugs, 23,* 903-913. doi:10.2165/11310930-000000000-00000

Pyles, D. A. M., Muniz, K., Cade, A., & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities, 18,* 185-214. doi:10.1016/s0891-4222(97)00003-6

Rasaratnam, R., Crouch, K., & Regan, A. (2004). Attitude to medication of parents/primary carers of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 48,* 754-763. doi:10.1111/j.1365-2788.2004.00597.x

Robertson, J., Emerson, E., Gregerory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., & Hallam, A. (2000). Receipt of psychotropic medication by people with intellectual disability in residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research, 44,* 666-676. doi:10.1111/j.1365-2788.2000.00307.x

Scheifes, A. (2015). *Psychotropic drug use in people with intellectual disability: Patterns of use and critical evaluation* (Proefschrift). Geraadpleegd op https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/320363

Sevin, J. A., Bowers-Stephens, C., Hamilton, M. L., & Ford, A. (2001). Integrating behavioral and pharmacological interventions in treating clients with psychiatric disorders and mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 22,* 463-485. doi:10.1016/S0891-4222(01)00084-1

Singh, N. N., Ellis, C. R., Donatelli, L. S., Williams, D. E., Ricketts, R. W., Goza, A. B., . . . Singh, Y. N. (1996). Professionals perceptions of psychotropic medication in residential facilities for individuals with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research, 40,* 1-7. doi:10.1111/j.1365-2788.1996.tb00596.x

Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H. M. J. (2005). Health in people with intellectual disabilities: Current knowledge and gaps in knowledge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18,* 325-333. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00265.x

Verhoeven, W. M. A., & Tuinier, S. (1999). Farmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen. Een dimensionele benadering. *Tijdschrift voor psychiatrie, 41*(4), 219-231. Geraadpleegd op http:// www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.proxy.library.uu.nl/assets/articles/articles_435pdf.pdf