Betrokkenheid in het medicatiebeleid van Vlaamse woonzorgcentra: bewoners en hun naasten

Dorien Leirs, Thomas Pauwels, France Porcher

KU Leuven

Promotor: prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh

KU Leuven

Co-promotor: Dr. Geert Van Boxem

KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Dankwoord

Graag willen we onze dank betuigen aan iedereen die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze masterthesis.

In het bijzonder wensen we onze promotor, prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh, en onze co-promotor, Dr. Geert Van Boxem, te bedanken voor de waardevolle feedback gedurende het hele proces.

Ook onze praktijkopleiders en stagecoördinatoren wensen we hartelijk te danken voor de begeleiding tijdens onze opleiding en voor het creëren van een stimulerende leeromgeving. De praktische inzichten en het vertrouwen dat we kregen, hebben een grote invloed gehad op onze professionele ontwikkeling.

Daarnaast willen we graag de deelnemers aan onze studie bedanken: de bewoners van woonzorgcentra en hun naasten, voor hun bereidheid om deel te nemen en hun ervaringen met ons te delen. Ook het personeel van woonzorgcentrum Dijlehof in Leuven, Sint-Jozef in Pelt en Sint-Barbara in Herselt danken we voor hun ondersteuning bij dit onderzoek.

Tot slot wensen we alle andere betrokken personen te bedanken die ons op welke manier dan ook gesteund hebben tijdens dit traject.

Dorien Leirs, Thomas Pauwels en France Porcher

Leuven, april 2026

Abstract

Achtergrond: In woonzorgcentra (WZC) is het medicatiebeleid vaak complex door multimorbiditeit, polyfarmacie en frailty van bewoners. Tegelijk wint shared decision making (SDM) aan belang, maar het blijft onduidelijk in welke mate bewoners en hun naasten in Vlaamse WZC daadwerkelijk betrokken worden bij medicatiegerelateerde beslissingen. **Methode**: Deze studie had een gemengd kwalitatief en kwantitatief design en maakte gebruik van twee grotendeels overlappende gestructureerde vragenlijsten: één voor bewoners en één voor naasten. Bewoners zonder dementie van drie Vlaamse WZC en hun naasten werden geïncludeerd tussen november 2024 en juni 2025. De vragenlijsten peilden naar sociodemografische kenmerken, ervaren betrokkenheid, kennis en tevredenheid over het medicatiebeleid, aangevuld met open vragen. **Resultaten**: Bij bewoners (n = 42) gaf 45% aan voldoende betrokken te worden bij beslissingen over hun medicatie, bij naasten (n = 27) bedroeg dit 37%. Zowel bij bewoners als bij naasten was een grotere ervaren betrokkenheid significant positief gecorreleerd met een hogere tevredenheid over de ontvangen informatie over medicatie. Ook bleek een hogere totaalscore voor betrokkenheid en tevredenheid samen te hangen met een betere kennis van de ingenomen medicatieklassen. Uit de open vragen kwam vooral de nood aan duidelijke communicatie, schriftelijke informatie en toegankelijke medicatieschema's naar voren. **Conclusie**: De studie suggereert dat betrokkenheid van bewoners en naasten een belangrijke determinant is van tevredenheid over het medicatiebeleid in Vlaamse WZC. De resultaten wijzen op het belang van persoonsgerichte communicatie, het expliciet bevragen van gewenste betrokkenheid en praktische ondersteuning, zoals het delen van actuele medicatieschema's en het toelichten van medicatiewijzigingen. Toekomstig onderzoek met meer gevalideerde meetinstrumenten is nodig om betrokkenheid nauwkeuriger te onderscheiden van tevredenheid.

Inhoud

Abstract 1

Introductie 4

Methode 6

- Oriënterend literatuuronderzoek 6
- Studieopzet 6
- Ethische goedkeuring 6
- Vragenlijsten 6
- Studiepopulatie en inclusiecriteria 7
- Steekproef en rekrutering 7
- Dataverzameling 7
- Procedure en geïnformeerde toestemming 7
- Anonimiteit en pseudonimisatie 7
- Gegevensverwerking en -analyse 8
- Gegevensbescherming en bewaring 8

Resultaten 9

- Beschrijvend overzicht deelnemers 9
- Analyse 10
  - Ervaren betrokkenheid 10
  - Betrokkenheid versus tevredenheid 10
  - Betrokkenheid/tevredenheid versus kennis 10
  - Kennis medicatieklassen 10
  - Opleidingsgraad versus kennis 11
  - Betrokkenheid thuissetting versus WZC 11
  - Aantal geneesmiddelen versus totaalscore tevredenheid/betrokkenheid (bewoners) 11
  - Zelfinschatting kennis versus effectieve kennisscore (bewoners) 11
  - Open vragen 11

Discussie 12

Conclusie 16

Referenties 17

Bijlagen 20

- Tabellen en grafieken .....
- Vragenlijsten .....

Introductie

Omwille van de vergrijzing komen we steeds meer in aanraking met begrippen zoals multimorbiditeit, frailty en polyfarmacie, hetgeen meestal kwantitatief gedefinieerd wordt als de gelijktijdige inname van minstens vijf geneesmiddelen (1). In 2024 bedroeg volgens het InterMutualistisch Agentschap de prevalentie van polyfarmacie bij Vlaamse woonzorgcentrum (WZC) bewoners 64,5% (2). Deze polyfarmacie brengt verschillende risico's met zich mee waaronder geneesmiddeleninteracties, bijwerkingen, therapieontrouw, ongepast medicatiegebruik, valincidenten, etc. (3,4). Bijkomend treedt er bij ouderen ook een wijziging op in zowel de farmacokinetiek als in de farmacodynamiek (3,4). Hoewel de gemiddelde levensduur de afgelopen jaren sterk is gestegen, blijft de toename van gezonde levensjaren daarbij achter (5).

In het verleden werden beslissingen van bewoners in WZC, o.a. in het medicatiebeleid, vaak paternalistisch genomen door artsen en verpleegkundigen, met beperkte inspraak van de bewoners zelf (6). De moderne wijze van gezondheidszorg erkent echter het belang van 'shared decision making' (SDM), waarbij een actieve betrokkenheid van de bewoner, diens naasten en zorgverleners centraal staat (7,8). Zij bieden namelijk een uniek perspectief dat verder reikt dan louter medische overwegingen. Samen wordt er gezocht naar een evenwicht tussen het behandelen van medische aandoeningen enerzijds, en het behouden van autonomie en levenskwaliteit anderzijds.

Het concept 'betrokkenheid' kan op uiteenlopende manieren worden geïnterpreteerd en varieert van louter informeren tot gedeelde besluitvorming of volledige autonomie in het beslissingsproces. In ieder geval wordt aangenomen dat een actieve betrokkenheid van bewoners essentieel is en bijdraagt tot een hogere therapietrouw, een verhoogde medicatieveiligheid en een afname van medicatiefouten (9). Bovendien leidt betrokkenheid tot een beter inzicht in individuele voorkeuren en zorgdoelen, wat uiteindelijk resulteert in een hogere kwaliteit van leven. Doch is betrokkenheid niet altijd vanzelfsprekend omwille van diverse factoren die een rol spelen. Voornamelijk cognitieve beperkingen van de patiënt en organisatorische redenen zoals de institutionalisering en een toenemend personeelstekort in Vlaamse WZC kunnen zorgen voor een verminderde betrokkenheid (10,11).

De betrokkenheid van bewoners en naasten in het medicatiebeleid werd tot nu toe slechts beperkt onderzocht (12). Hoewel verschillende studies aantonen dat de betrokkenheid van bewoners bij het medicatiebeleid veelal beperkt en eerder passief is, blijft het onduidelijk in welke mate bewoners zelf effectief behoefte hebben aan een actievere rol in dit proces (13). Betrokkenheid is echter moeilijk te onderzoeken, er worden in de literatuur dan ook meerdere structurele en methodologische barrières beschreven.

Ten eerste ligt de focus van onderzoek traditioneel op klinische uitkomstindicatoren zoals medicatiefouten, polyfarmacie en veiligheid, waarbij de perspectieven en subjectieve ervaringen van bewoners en hun familieleden onderbelicht blijven (14,15). De rol van bewoners in medicatiegerelateerde besluitvorming is vaak onzeker, hun betrokkenheid wordt vooral bepaald door de houding en het kennisniveau van zorgprofessionals, en organisatorische factoren binnen het woonzorgcentrum (12,15,16).

Ten tweede is er een gebrek aan bewonersgerichte zorgbenaderingen in het medicatiebeleid, waardoor de autonomie en input van bewoners onvoldoende worden erkend en gestimuleerd (12,15). De literatuur wijst erop dat informatie en participatiebehoeften van bewoners en hun mantelzorgers niet volledig worden erkend door zorgverleners, wat leidt tot een beperking van de betrokkenheid en een grotere terughoudendheid bij bewoners (12,13,16). Een andere

mogelijkheid is dat er door zorgverleners a priori vanuit wordt gegaan dat bewoners en naasten niet bekwaam zijn of niet wensen betrokken te worden in het medicatiebeleid (17). De Belgische RESPECT-studie van Damiaens et al., die liep van 2019-2022, onderzocht of een tool zinvol was bij het betrekken van WZC-bewoners in het medicatiebeleid. RESPECT staat voor 'RESidents Participation in the Evaluation and Customization of Therapy'. De tool werd ontwikkeld op basis van focusgroepen. Men vond dat de tool het aangeven van persoonlijke doelen door bewoners bevorderde, net als het bewerkstelligen van medicatieaanpassingen en het promoten van gepersonaliseerde zorg (18).
Ook werd in de literatuur de meerwaarde van een *on-site* apotheker in 'Residential Aged Care Facilities' (RACF) beschreven (19). Zo toonde Haider et al. in de Australische *PiRACF* studie aan dat het implementeren van on-site apothekers in een *RACF* geassocieerd was met een afname van 'Potentially Inappropriate Medications' (PIM). In deze studie spendeerden o*n-site* apothekers maar liefst 23,4% van hun tijd aan het communiceren met artsen, zorgpersoneel en bewoners (20). In Vlaanderen werd in 2019 hiervoor de functie 'Coördinerend en Adviserend Apotheker' (CAA) geïntroduceerd. Een CAA focust zich als geneesmiddelenexpert o.a. op het informeren en adviseren van de bewoner, of diens vertegenwoordiger, over zijn/haar medicatiegebruik in samenspraak met de behandelende arts (21).

Een derde barrière voor de betrokkenheid die in de literatuur wordt beschreven, is het gebrek aan kennis over het medicatieproces binnen een WZC (17). Strauven et al. toonde aan dat het medicatieproces in een WZC bestaat uit een serie van acht stappen, gaande van (her)opname in het WZC tot monitoring (22). Hierbij staat een kwaliteitsvolle communicatie, zowel interdisciplinair als met de bewoner, centraal.

Tijdens onze stages als HuisArtsen In Opleiding (HAIO) merkten we dat er in Vlaanderen een grote variatie bestaat in de manier waarop bewoners van WZC en hun naasten betrokken worden bij het medicatieproces. Of deze uiteenlopende benaderingen ook daadwerkelijk effectief zijn, is echter onduidelijk.

Er wordt in systematische reviews en kwalitatieve studies benadrukt dat toekomstig onderzoek meer aandacht moet besteden aan de psychosociale en interpersoonlijke aspecten van het medicatiebeleid, en dat empowerment en actieve betrokkenheid van bewoners en familieleden essentieel zijn om resident-centered care en tevredenheid te bevorderen (12,13,15). Maar in hoeverre is dit al het geval bij Vlaamse WZC-bewoners?

Op basis van de resultaten willen we nagaan welke elementen in de huidige aanpak als positief worden ervaren en suggesties formuleren voor toepassingen in de klinische praktijk. Op die manier streven we naar een optimalisatie van het medicatiebeleid door zorgverleners, met als doel de tevredenheid van bewoners en hun naasten te verhogen. In dit onderzoek brengen we daarom in kaart in welke mate WZC-bewoners in Vlaanderen, en hun naasten, momenteel betrokken worden bij beslissingen in het medicatiebeleid, en hoe tevreden ze hierover zijn. Daarnaast gaan we na hoe goed bewoners en naasten op de hoogte zijn van het ingestelde medicatiebeleid.

Methode

Oriënterend literatuuronderzoek

Ter voorbereiding van dit onderzoek werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd met als doel de bestaande kennis en onderzoeksthema's rond medicatiebeleid, medicatietevredenheid en betrokkenheid van bewoners en hun naasten in woonzorgcentra in kaart te brengen.

Het literatuuronderzoek was niet systematisch van aard. Er werd gezocht in PubMed, Embase en Cochrane Library. De zoekstrategie bestond uit combinaties van vrije zoektermen, waaronder onder meer "residential care center", "nursing home", "medication satisfaction", "nursing home medication" en "nursing home medication satisfaction". Referentielijsten van relevante artikelen werden nagekeken om bijkomende literatuur te identificeren. Daarnaast werd OpenEvidence (Artificial Intelligence) gebruikt om de zoektocht naar relevante artikelen te ondersteunen, bijvoorbeeld via de zoekopdracht "can you give me some articles about medication safety in eldery care homes?".

De selectie van de literatuur gebeurde op basis van relevantie voor de onderzoeksvraag, met bijzondere aandacht voor studies over ervaringen, percepties en tevredenheid over het medicatiebeleid en de betrokkenheid hierbij in WZC. De bevindingen uit dit oriënterend literatuuronderzoek werden gebruikt als inhoudelijke basis voor de ontwikkeling van de onderzoeksvragen en de vragenlijsten. Het was niet onze ambitie om een systematisch overzicht van de bestaande literatuur te bieden; de literatuur diende ter onderbouwing van de introductie en de bespreking van dit artikel.

Studieopzet

Dit onderzoek werd opgezet als een gemengd kwalitatief en kwantitatief onderzoek op basis van gestructureerde vragenlijsten. De studie had als doel de betrokkenheid, kennis en tevredenheid van Vlaamse WZC-bewoners en hun naasten met betrekking tot het medicatiebeleid te exploreren.

Ethische goedkeuring

Het studieprotocol werd beoordeeld en goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Vragenlijsten

In het onderzoek werden twee verschillende, maar inhoudelijk grotendeels overlappende vragenlijsten gebruikt: één vragenlijst op maat van de bewoner van een Vlaams WZC en één vragenlijst voor een naaste van de bewoner. Beide vragenlijsten zijn in het Nederlands opgenomen in de bijlagen van dit artikel.

Elke vragenlijst bestond uit vier delen. In het eerste deel werden algemene sociodemografische gegevens van de bewoner of de naaste bevraagd (zoals leeftijd, behaalde diploma en beroep). In het tweede deel werd aan de hand van schaalvragen (Likertschaal van 1 tot 5, waarbij 1 overeenkomt met 'volledig niet akkoord' en 5 met 'volledig akkoord') de betrokkenheid, kennis en tevredenheid met betrekking tot het medicatiebeleid bevraagd. In het derde deel werd de kennis over de actuele medicatie-inname nagegaan via ja/nee-vragen per medicatieklasse. Het vierde deel bestond uit open vragen waarin deelnemers verder konden toelichten hoe zij het medicatiebeleid ervaarden en suggesties tot verbetering konden formuleren.

Studiepopulatie en inclusiecriteria

De studiepopulatie bestond uit bewoners zonder dementie van Vlaamse WZC en hun naasten. Inclusiecriteria waren: verblijf in (of naaste van een bewoner van) één van de deelnemende WZC tussen november 2024 en juli 2025; voldoende beheersing van het Nederlands, Frans of Engels; en het ondertekenen van een schriftelijke geïnformeerde toestemming voorafgaand aan de deelname.

De deelnemende woonzorgcentra waren WZC Sint-Jozef (Pelt), WZC Sint-Barbara (Herselt) en WZC Dijlehof (Leuven).

Exclusiecriteria waren: een diagnose van dementie, een Mini-Mental State Examination (MMSE)-score <24/30, deelname aan een traject van palliatieve sedatie, of onvoldoende communicatiemogelijkheden (bijvoorbeeld door een taalbarrière of ernstige presbyacusis).

Hoewel bewoners van WZC per definitie tot een kwetsbare populatie behoren, werd bewust voor deze doelgroep gekozen om hun ervaringen met beslissingen rond medicatie expliciet te kunnen capteren.

Steekproef en rekrutering

Er werd gestreefd naar een deelname van ongeveer 100 personen, bestaande uit +/- 50 bewoners en 50 naasten, verspreid over drie WZC. Dit komt overeen met ongeveer 5-10% van het totale aantal bewoners van de geselecteerde WZC.

Voor de rekrutering werden bewoners van niet-gesloten afdelingen geselecteerd en toegewezen door de directie van elk WZC. De onderzoekers introduceerden het onderzoek persoonlijk bij potentiële deelnemers op de afdelingen om een zo hoog mogelijke responsgraad te bekomen.

Dataverzameling

De vragenlijsten werden opgesteld in het Nederlands, Frans en Engels. De vragenlijst voor bewoners werd individueel en mondeling afgenomen door één van de drie onderzoekers, in een geprivatiseerde ruimte binnen het WZC. De vragenlijst voor naasten werd schriftelijk ingevuld.

Dataverzameling vond plaats tussen 1 november 2024 en 30 juni 2025. Na deze periode werden geen nieuwe gegevens meer verzameld.

Procedure en geïnformeerde toestemming

Potentiële deelnemers werden persoonlijk uitgenodigd tot deelname. Na toelichting van het doel en de methoden van het onderzoek werd minimaal 24 uur bedenktijd voorzien alvorens toestemming te vragen. Bij de start van de vragenlijst werd de geïnformeerde toestemming (Informed Consent Form, ICF) overlopen, waarin onder meer de doelstelling, methodologie, mogelijke voordelen en risico's, verwerking van persoonsgegevens en bewaartermijnen werden toegelicht. Deelname was volledig vrijwillig en kon op elk moment zonder negatieve gevolgen worden stopgezet.

Anonimiteit en pseudonimisatie

Alle gegevens werden uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. De onderzoekers beschikten niet over rechtstreeks identificerende gegevens van de deelnemers. Pseudonimisatie gebeurde door een verpleegkundige van de betrokken afdeling, die aan elke deelnemer (en bijhorende naaste) een uniek participatienummer toekende en de koppeling beheerde.

De codering van de vragenlijsten bestond uit: (1) een code voor het WZC, (2) een nummer voor de deelnemer en (3) de respondentcategorie. Bij toestemming tot deelname ontvingen de onderzoekers een geanonimiseerde medicatielijst gekoppeld aan het participatienummer.

Gegevensverwerking en -analyse

De verzamelde gegevens werden gepseudonimiseerd verwerkt en zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd. Enkel sociodemografische informatie die relevant was voor de onderzoeksvraag, zoals leeftijd, opleidingsniveau en reden van verhuis naar het woonzorgcentrum, werd verzameld.

Voor de analyse van het concept 'betrokkenheid' werden volgende stellingen gebruikt: "Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over mijn/de bewoner zijn/haar medicatie" en "Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik/de bewoner neem(t)".

Voor de analyse van het concept 'tevredenheid' werden volgende stellingen gebruikt: "Ik ben tevreden over de informatie die ik ontvang over mijn/de bewoner zijn/haar medicatie".

Voor de analyse van het overkoepelend concept 'betrokkenheid/tevredenheid' werden volgende stellingen gebruikt: "Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik/de bewoner neem(t)", "Ik ben tevreden over de informatie die ik ontvang over mijn/de bewoner zijn/haar medicatie", "Ik word naar mijn mening voldoende betrokken bij beslissingen over mijn/de bewoner zijn/haar medicatie", "Ik heb voldoende gelegenheid om vragen te stellen over mijn/de bewoner zijn/haar medicatie aan de huisarts", "Er wordt voldoende gecommuniceerd over wijzigingen van de medicatie".

Voor de analyse van het concept 'kennis' werd een totaalscore berekend waarbij de gegeven antwoorden op vragen zoals "ik denk medicatie te krijgen voor mijn hartritme" werden vergeleken met de werkelijke medicatielijsten.

Voor de analyse van het concept 'betrokkenheid in thuissetting vergeleken met WZC' werd de volgende stelling gebruikt "Voor verhuis naar het WZC werd ik meer betrokken bij beslissingen omtrent de medicatie-inname (van de bewoner)".

De 'zelfinschatting van de kennis' werd getoetst met de stelling "ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik/de bewoner neem(t)".

Voor de interpretatie van de Pearsoncorrelatie werd gebruik gemaakt van de Cohen's criteria (23). Voor de statistische analyse bij het luik 'opleidingsgraad versus kennis' werd de Kruskal-Wallis test toegepast. Bij alle analyses werd een significantieniveau van $p < 0,05$ gehanteerd.

Gegevensbescherming en bewaring

Alle data werden vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld. Papieren vragenlijsten werden gescand en digitaal opgeslagen op een beveiligde teamgebonden opslaglocatie (KU Leuven-server, OneDrive for Business). De nodige bestanden werden bewaard op een met wachtwoord beveiligde computer. Papieren versies werden tijdens de studie bewaard in een afgesloten kast op de afdelingen en na afloop versnipperd.

Resultaten

Beschrijvend overzicht deelnemers

Een beschrijvend overzicht van de kenmerken (respons, geslacht, leeftijd, diploma, ...) bij de bewoners en naasten wordt respectievelijk weergegeven in tabel 1 en tabel 2. Bij de bewoners was er een responspercentage van 88% (n = 42/48), bij de naasten bedroeg dit 64% (n = 27/42). Bij de bewoners waren de redenen om niet deel te nemen: tijdsgebrek (n = 3) en geen interesse in het onderzoek (n = 3). Bij de naasten was de voornaamste reden om niet deel te nemen het feit dat “ze er geen zaken mee hadden” (n = 12) en in mindere mate wegens tijdsgebrek (n = 2) en wegens het te moeilijk zijn van de vragenlijst (n = 1). Bij de naasten valt het op dat er duidelijk meer vrouwen (n = 19) dan mannen (n = 8) deelnamen.

Tabel 1. Beschrijvend overzicht bewoners

Kenmerk	Categorie	Waarde
Respons (%)		88
Geslacht	Man	14
	Vrouw	28
Leeftijd (jaar)	Gemiddelde leeftijd	86,64
	Mediane leeftijd	88,50
Diploma	Geen	4
	Secundair	28
	Hogeschool	5
	Universitair	5
Woonsituatie voor WZC	Alleenwonend	14
	Met partner	20
	Met familie/vrienden	1
	Serviceflat of andere georganiseerde samenwoonst	7

Tabel 2. Beschrijvend overzicht naasten

Kenmerk	Categorie	Waarde
Respons (%)		64
Geslacht	Man	8
	Vrouw	19
Leeftijd (jaar)	Gemiddelde leeftijd	60,63
	Mediane leeftijd	61
Diploma	Geen	0
	Secundair	9
	Hogeschool	13
	Universitair	3
Relatie tot bewoner	Partner	4
	(Schoon)kind of kleinkind	22
	Broer of zus	1
Contact met bewoner	Wekelijks	7
	Meermaals per week	10
	Dagelijks	9
	Meermaals per dag	1

Analyse

Ervaren betrokkenheid

Bij de bewoners antwoordde 45% (n = 19) akkoord of volledig akkoord op de vraag of zij voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun medicatie. 36% (n = 15) was hiermee niet akkoord of volledig niet akkoord, terwijl 19% (n = 8) neutraal antwoordde (Figuur 1.a.1). Op de stelling "ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik neem" antwoordde 50% (n = 21) akkoord of volledig akkoord, 40% (n = 17) niet akkoord of volledig niet akkoord, en 10% (n = 4) neutraal (Figuur 1.a.2).

Bij de naasten antwoordde 37% (n = 10) akkoord of volledig akkoord op de vraag of zij voldoende betrokken worden bij beslissingen over de medicatie van de bewoner. 41% (n = 11) was hiermee niet akkoord of volledig niet akkoord, en 22% (n = 6) antwoordde neutraal (Figuur 1.b.1). Op de stelling "ik ben goed op de hoogte van welke medicatie de bewoner neemt" antwoordde 52% (n = 14) akkoord of volledig akkoord, 30% (n = 8) niet akkoord of volledig niet akkoord, en 19% (n = 5) neutraal (Figuur 1.b.2).

Betrokkenheid versus tevredenheid

Bij de bewoners was de ervaren betrokkenheid sterk positief gecorreleerd met de tevredenheid (Pearsoncorrelatie $r = 0{,}58$; $p < 0{,}001$). Bewoners die zich meer betrokken voelden bij beslissingen over hun medicatie, waren gemiddeld ook meer tevreden over de informatie die zij ontvingen over hun medicatiegebruik (Figuur 2.a.1). Wanneer de stelling "ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik neem" als indicator voor betrokkenheid werd geanalyseerd, werd een gelijkaardige en statistisch significante correlatie gevonden met tevredenheid ($r = 0{,}63$; $p < 0{,}001$) (Figuur 2.a.2).

Ook bij de naasten was de ervaren betrokkenheid sterk positief gecorreleerd met de tevredenheid ($r = 0{,}80$; $p < 0{,}001$) (Figuur 2.b.1). Wanneer de stelling "ik ben goed op de hoogte van welke medicatie de bewoner neemt" werd beschouwd als maat voor betrokkenheid, werd eveneens een statistisch significante positieve correlatie gevonden met tevredenheid ($r = 0{,}68$; $p < 0{,}001$) (Figuur 2.b.2).

Betrokkenheid/tevredenheid versus kennis

Bij de bewoners bleek de totaalscore van tevredenheid en betrokkenheid matig positief gecorreleerd met de kennis over de ingenomen medicatieklassen ($r = 0{,}40$; $p = 0{,}010$) (Figuur 3.a).

Bij de naasten werd een sterk positieve correlatie gevonden tussen de totaalscore voor tevredenheid en betrokkenheid en de kennis over de ingenomen medicatieklassen ($r = 0{,}59$; $p = 0{,}001$) (Figuur 3.b).

Kennis medicatieklassen

Bewoners bleken het best op de hoogte van het al dan niet innemen van geheugenmedicatie (95%), slaapmedicatie (90%) en glycemie-, bloedverdunnende- en pijnmedicatie (elk 86%). Hartritmemedicatie (50%), cholesterolmedicatie (67%) en bloeddrukmedicatie (69%) werden het minst correct gerapporteerd (Figuur 4.a).

Naasten bleken het best op de hoogte van slaap- en geheugenmedicatie (elk 93%), geneesmiddelen om rustig te worden (89%) en antibiotica (89%). Hartritmemedicatie (56%), cholesterolmedicatie (63%) en botversterkende medicatie (67%) werden het minst correct gerapporteerd (Figuur 4.b).

Opleidingsgraad versus kennis

Bij de bewoners werd een stijgende trend vastgesteld waarbij bewoners met een hoger diploma gemiddeld een hogere kennisscore behaalden over de ingenomen medicatie. Dit verschil was statistisch significant volgens de Kruskal-Wallis-test (χ^2 = 8,85; p = 0,031) (Figuur 5.a).

Bij de naasten werd eveneens een discrete stijgende trend gezien, maar die was niet statistisch significant (χ^2 = 2,14; p = 0,343) (Figuur 5.b).

Betrokkenheid thuissetting versus WZC

Bij de bewoners nam de grootste groep een neutrale houding aan ten aanzien van de stelling dat zij vóór hun verblijf in het WZC meer betrokken werden bij medicamenteuze beslissingen dan tijdens hun verblijf in het WZC (48%; n = 20). 26% (n = 11) was akkoord of volledig akkoord met die stelling, terwijl een even grote groep niet akkoord of volledig niet akkoord antwoordde (Figuur 6.a).

Bij de naasten was 37% neutraal (n = 10), 52% (n = 14) gaf aan niet akkoord of volledig niet akkoord te zijn met de stelling. Slechts 11% (n = 3) antwoordde akkoord of volledig akkoord (Figuur 6.b).

Aantal geneesmiddelen versus totaalscore tevredenheid/betrokkenheid (bewoners)

Bij de bewoners was het aantal geneesmiddelen zwak negatief gecorreleerd met de totaalscore voor tevredenheid en betrokkenheid (r = -0,23), maar deze correlatie was niet statistisch significant (p = 0,152) (Figuur 7).

Zelfinschatting kennis versus effectieve kennisscore (bewoners)

Bij de bewoners was de zelfinschatting van de kennis zwak positief gecorreleerd met de effectieve kennisscore (r = 0,30), maar deze correlatie bereikte geen statistische significantie (p = 0,054) (Figuur 8).

Open vragen

Bewoners gaven in de open vragen aan in sterke mate vertrouwen te hebben in hun huisarts. Tegelijk gaven sommigen aan niet altijd te weten of een geneesmiddel werkzaam is of welke nevenwerkingen mogelijk zijn. Enkele bewoners hechtten belang aan deprescribing en aan een vlotte medicatie-inname, bijvoorbeeld via kleine tabletten. De tevredenheid over de communicatie bij medicamenteuze beslissingen en de wens om naasten daarbij te informeren bleek gevarieerd. Belemmerende factoren die werden genoemd, zijn onder meer het toenemende personeelstekort in WZC, gebrek aan medicamenteuze kennis bij zorgverleners en lange wachttijden om een zorgverlener, bijvoorbeeld de huisarts, te kunnen raadplegen. Als verbeterpunten suggereerden bewoners dat zij graag een actueel medicatieschema op hun kamer zouden hebben en meer, bij voorkeur schriftelijke, informatie over hun medicatie (bv. bij klaargezette medicatiepotjes). Daarnaast wensen bewoners meer aandacht voor de communicatie bij medicatiewijzigingen.

Naasten gaven gelijkaardige suggesties. Zij stelden voor om medicatieschema's op de kamer achter te laten of te delen met een vertrouwenspersoon, en om beter te communiceren over medicamenteuze beslissingen en wijzigingen, bijvoorbeeld per e-mail, telefonisch of op papier. Daarnaast werd voorgesteld om een regelmatig overlegmoment te voorzien waarop medicatievragen kunnen worden gesteld aan een (hoofd)verpleegkundige of andere zorgverlener. Eén naaste suggereerde bovendien om medicatie in eigen beheer online aan te kopen wegens de lagere kostprijs.

Verder gaven naasten aan tevreden te zijn wanneer enkel noodzakelijke medicatie wordt toegediend, wanneer medicatie telkens na advies van een arts gegeven wordt en wanneer toediening op correcte tijdstippen gebeurt, bijvoorbeeld bij parkinsonmedicatie. Ook bij de naasten kwam naar voren dat communicatie idealiter verder reikt dan louter medicamenteuze informatie en ook ruimte laat om ziektebeelden te bespreken. Net als bewoners gaven ook naasten blijk van veel vertrouwen in de huisarts, terwijl de wens om op de hoogte te blijven van het medicatiebeleid sterk varieerde.

Discussie

Deze studie onderzocht in welke mate bewoners van Vlaamse WZC en hun naasten betrokken worden bij het medicatiebeleid, hoe tevreden zij hierover zijn en in welke mate zij op de hoogte zijn van de ingenomen medicatie. De resultaten tonen dat ongeveer de helft van de bewoners en een kleinere groep naasten aangeeft zich voldoende betrokken te voelen bij medicatiegerelateerde beslissingen. Tegelijk blijkt de ervaren betrokkenheid zowel bij bewoners als bij naasten sterk en significant samen te hangen met de tevredenheid over de ontvangen informatie. Daarnaast gaat een hogere betrokkenheid en tevredenheid gepaard met een betere kennis van de ingenomen medicatieklassen.

Globaal gezien wijzen deze bevindingen erop dat betrokkenheid een multidimensionaal concept is dat zich moeilijk laat objectiveren en kwantificeren (24). Het hangt samen met hoe bewoners en hun naasten het medicatiebeleid concreet ervaren. In onze studie werd de mate van betrokkenheid voornamelijk gemeten aan de hand van de stellingen ‘Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik neem’ en ‘Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over mijn medicatie’. Hoewel deze stellingen een indicatie van betrokkenheid kunnen weergeven, omvatten zij ook andere aspecten zoals bijvoorbeeld tevredenheid. Er werd niet kwantitatief gekeken naar hoe betrokken ze effectief zijn, maar eerder kwalitatief naar de ervaring van de betrokkenheid. Met name de respons op bovenstaande stellingen kan beïnvloed worden door factoren zoals het geheugen, de cognitieve verwerking van informatie maar ook opleidingsniveau. Een bewoner kan immers actief betrokken zijn geweest bij medicatiebeslissingen en hierin hebben meegedacht, maar zich op een later moment niet meer exact herinneren welke beslissingen werden genomen of het toch niet volledig hebben begrepen. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de daadwerkelijke mate van betrokkenheid.

In de hedendaagse gezondheidszorg wordt het belang van ‘shared decision making’ (SDM) steeds sterker benadrukt, waarbij de actieve betrokkenheid van patiënten en hun naasten centraal staat (7,8). Binnen WZC wordt doorgaans gestreefd naar een goede communicatie tussen artsen, verpleegkundigen, bewoners en hun naasten. Rekening houdend met de huidige toenemende werkdruk van artsen, maar ook van andere zorgdisciplines (verpleegkundigen, zorgkundigen, …) vormt dit vandaag de dag een uitdaging. Ook merken we als HAIO in Vlaanderen dat er een grote variatie bestaat in de manier waarop SDM geïnterpreteerd en toegepast wordt, zowel tussen artsen als tussen verschillende WZC. Hoewel het belang van SDM in theorie als zeer groot wordt beschouwd, is er nog relatief weinig literatuur beschikbaar over hoe goed deze effectief wordt toegepast en dus de daadwerkelijke mate van betrokkenheid van bewoners en hun familieleden binnen Vlaamse WZC.

Een van de belangrijkste bevindingen is dat een grotere ervaren betrokkenheid samenhangt met een hogere tevredenheid. Dat verband was aanwezig bij zowel bewoners als naasten, maar was sterker bij de naasten. Dit kan erop wijzen dat naasten betrokkenheid meer expliciet beschouwen

als voorwaarde voor een goed medicatiebeleid, terwijl bewoners hun tevredenheid mogelijk ook laten bepalen door andere factoren, zoals een vlotte medicatie-inname, vertrouwen in de huisarts of het gevoel dat de zorg correct verloopt. De open antwoorden ondersteunen die interpretatie: bewoners verwezen vaak naar vertrouwen in hun arts, terwijl naasten vaker concrete wensen formuleerden rond informatieoverdracht en communicatie. Deze bevinding sluit aan bij de literatuur waaruit blijkt dat familieleden in WZC vaak meer nadruk leggen op informatie, overleg en expliciete participatie, terwijl bewoners ook tevreden kunnen zijn met beperktere participatie zolang respect, vertrouwen en continuïteit van zorg gewaarborgd zijn (12,25). Deze bevinding ondersteunt het belang om oog te hebben voor het kwaliteitsvol betrekken van naasten bij het medicatiebeleid als partner in de zorg.

Ondanks de bevinding dat een grotere betrokkenheid significant gecorreleerd lijkt te zijn met een hogere tevredenheid, blijft het ook belangrijk om rekening te houden met de wens van de bewoners, zoals ook al werd aangehaald door Damiaens et al. (12). Bepaalde bewoners kiezen er namelijk bewust voor niet actief betrokken te worden bij het medicatiebeleid. Persoonsgerichte zorg houdt dus niet alleen in dat bewoners kansen krijgen om betrokken te worden, maar ook dat hun gewenste niveau van betrokkenheid expliciet wordt bevraagd en gerespecteerd. Duidelijke communicatie over de mogelijkheid tot inspraak is daarbij minstens even belangrijk als de inspraak zelf (26,27).

We zien dat een grotere betrokkenheid en tevredenheid samengaan met een betere kennis van de ingenomen medicatie. Opnieuw was er een sterker verband bij de naasten dan bij de bewoners. Deze bevinding is klinisch relevant gezien een betere kennis van medicatie kan leiden tot een zinvollere deelname aan SDM. Bewoners die beter weten welke medicatie ze innemen, kunnen gerichter vragen stellen, voor- en nadelen afwegen en voorkeuren formuleren.

Wat de herkenning van medicatieklassen betreft, valt het op dat zowel bewoners als naasten slaap- en geheugenmedicatie relatief goed konden identificeren, terwijl hartritme- en cholesterolmedicatie minder goed herkend werden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat slaap en cognitief functioneren concrete, zichtbare en subjectief ervaarbare aspecten van het dagelijks leven zijn. Patiënten worden op deze domeinen rechtstreeks geconfronteerd met beperkingen en verwachten ook een merkbaar effect van de behandeling. Cholesterolwaarden en hartritmestoornissen daarentegen zijn abstracter voor de gemiddelde patiënt, aangezien zij doorgaans geen onmiddellijk waarneembare of dagelijks voelbare symptomen veroorzaken. Dit geeft een mogelijke verklaring voor het foutief inschatten van deze medicatie. Deze bevindingen komen overeen met voorgaand onderzoek waaruit blijkt dat ouderen, zelfs zonder bekende cognitieve stoornissen, vaak niet in staat zijn hun medicatie en medische aandoeningen correct te herinneren (28).

Bijkomend vonden we een positieve correlatie tussen de opleidingsgraad van de bewoner en de medicatiekennis. Opvallend is dat dit verband statisch significant blijkt, ondanks het relatief lage aantal deelnemers, wat vermoedelijk wijst op een sterk verband. Dit suggereert dat zorgverleners hun communicatie moeten afstemmen op het begripsniveau van bewoners, met bijzondere aandacht voor bewoners met een lager opleidingsniveau. Daarnaast zagen we bij de bewoners dat de zelfinschatting over de medicatiekennis geen betrouwbare indicator is voor de effectieve kennis hierover. Zorgverleners kunnen er dus niet zomaar van uitgaan dat bewoners die aangeven goed geïnformeerd te zijn, ook daadwerkelijk over correcte en voldoende kennis beschikken. Vanuit het *universal precaution principle* is het daarom aangewezen om essentiële informatie systematisch aan alle bewoners aan te bieden, maar tegelijk de vorm, taal en diepgang van die informatie af te stemmen op het individu volgens het *equity-principe* (29).

Opvallend is dat de correlatie tussen de opleidingsgraad en de medicatiekennis niet als significant wordt beschouwd bij de naasten. Het is mogelijk dat naasten vaak informatie op een meer gestructureerde wijze ontvangen. Ook kunnen ervaringen met mantelzorgtaken bij de naasten een belangrijkere rol spelen dan het opleidingsniveau.

Bij de vergelijking tussen de thuissetting en het WZC viel op dat bewoners gemiddeld geen duidelijk verschil rapporteerden in hun ervaren betrokkenheid, terwijl naasten zich in het WZC eerder meer betrokken voelden dan thuis. Deze bevinding komt overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat familieleden in het woonzorgcentrum meer participatiebehoefte en betrokkenheid ervaren bij medicatiebeslissingen dan in de thuissituatie, waarschijnlijk door een meer terughoudende houding van de bewoners zelf (12). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een opname in een woonzorgcentrum vaak gepaard gaat met een (impliciete) verschuiving in autonomie en verantwoordelijkheden. Hoewel een cognitieve oorzaak voor deze verminderde autonomie in deze studie werd uitgesloten op basis van de exclusiecriteria (MMSE < 24), tonen eerdere studies aan dat ook niet-cognitieve factoren bijdragen aan een veranderde besluitvorming na institutionalisering. Studies tonen dat autonomie significant beïnvloed wordt door institutionalisering, onafhankelijk van cognitieve status, en dat psychosociale factoren zoals meer externe controle door personeel en het krijgen van al dan niet gewenste hulp een rol spelen (11).
Zo wordt beschreven dat zorg in een residentiële setting vaker multidisciplinair en volgens protocol verloopt, waardoor familieleden explicieter worden betrokken als gesprekspartner bij medische en medicamenteuze beslissingen (15). Daarnaast wijst literatuur erop dat zorgverleners in woonzorgcentra naasten vaker beschouwen als vertegenwoordigers of ondersteuners van de patiënt, zelfs wanneer deze wilsbekwaam is. Dit kan leiden tot een verhoogde communicatie met familieleden, met name bij complexe medicatievraagstukken (16,27). Ten slotte suggereren studies rond gedeelde besluitvorming bij ouderen dat familieleden in een institutionele context vaker een actieve rol opnemen, zowel uit bezorgdheid als door een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel, wat hun ervaren betrokkenheid verder kan versterken (30,31).

Opvallend was ten slotte dat het aantal ingenomen geneesmiddelen niet significant samenhing met tevredenheid of betrokkenheid, hoewel we dit zouden verwachten. Dit suggereert dat de ervaren kwaliteit van het medicatiebeleid niet louter bepaald wordt door het aantal geneesmiddelen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er bij de deelnemers al aan deprescribing werd gedaan voor de start van ons onderzoek door de respectievelijke huisartsen, waardoor de bewoners enkel de noodzakelijke medicatie innamen. De open antwoorden, waarin enkele bewoners expliciet verwezen naar een blindelings vertrouwen in de huisarts en het belang van deprescribing, ondersteunen die interpretatie.

Deze studie kent verschillende beperkingen. Het baseert zich op een steekproef die slechts een kleine fractie van de populatie omvat, deze resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Daarnaast kunnen diverse vormen van bias de resultaten hebben beïnvloed. Ten eerste vormt non-response bias een substantieel probleem: bewoners en naasten die niet deelnamen, kunnen systematisch verschillen van respondenten, bijvoorbeeld door een slechtere gezondheid, lagere cognitieve functie, of juist lagere betrokkenheid bij hun medicatiebeleid. Tevreden respondenten zijn vaak het meest geneigd om deel te nemen aan tevredenheidsenquêtes, wat leidt tot een overschatting van de tevredenheidscores (32). Ten tweede beperkt selection bias de generaliseerbaarheid naar de totale WZC-populatie. Door bewoners met een MMSE-score lager dan 24 uit te sluiten, werd een belangrijk deel van de WZC-

populatie niet meegenomen. De deelnemers vormen mogelijk een relatief gezonde, gemotiveerde en communicatief vaardige groep, wat in geriatrisch onderzoek ook beschreven wordt als survivor bias (32). Ten derde kan sociale wenselijkheid de antwoorden op vragen over betrokkenheid en tevredenheid beïnvloed hebben. Bewoners kunnen geneigd zijn hier positiever over te rapporteren uit loyaliteit naar zorgverleners, of omdat zij afhankelijk zijn van de zorg in het WZC (33). Ten slotte bevatten de stellingen over betrokkenheid ook elementen van tevredenheid, waardoor beide concepten in deze studie niet volledig van elkaar losgekoppeld kunnen worden. Toekomstig onderzoek zou daarom baat hebben bij meer gevalideerde instrumenten die betrokkenheid specifieker en objectiever meten.

Ondanks deze beperkingen heeft de studie ook belangrijke sterke punten. Ten eerste hanteerden we een inclusieve opzet waarbij zowel bewoners als naasten bevraagd werden, wat een ruimer en klinisch relevanter beeld geeft van de betrokkenheid bij medicatiebeslissingen. De vergelijking tussen beide perspectieven onthult verschillen in verwachtingen en ervaringen. De literatuur toont aan dat bewoners en naasten vaak uiteenlopende verwachtingen, behoeften en percepties hebben ten aanzien van hun rol in het medicatiebeleid. Bewoners hechten doorgaans meer waarde aan persoonlijke relaties, respect en het gevoel van autonomie bij medicatiebeslissingen, terwijl naasten vaker focussen op informatievoorziening, communicatie en het actief betrokken worden bij het proces. Dit leidt tot discrepanties: naasten beschouwen betrokkenheid als belangrijke factor voor tevredenheid, terwijl bewoners ook tevreden kunnen zijn met beperktere participatie, zolang er vertrouwen is in de arts of het zorgteam (12,25). Een tweede sterkte is de focus op een actueel en klinisch relevant onderwerp: de toenemende aandacht voor een gedeelde besluitvorming bij kwetsbare ouderen. Het onderzoek draagt bij aan het beperkte bewijs over SDM-implementatie in Vlaamse WZC, een setting die ondervertegenwoordigd is in de literatuur. Ten derde wordt in deze thesis, in tegenstelling tot voorgaand onderzoek dat vooral focust op medicatiefouten of andere klinische uitkomstindicatoren, expliciet aandacht besteed aan de perspectieven en subjectieve ervaringen van bewoners en naasten (15,31).

De bevindingen laten ook enkele praktische aanbevelingen toe. Ten eerste lijkt het zinvol om systematisch te bespreken hoeveel informatie en inspraak bewoners en naasten wensen bij het medicatiebeleid. Ten tweede wijzen de open antwoorden op de meerwaarde van concrete en laagdrempelige hulpmiddelen, zoals een actueel medicatieschema op de kamer, schriftelijke toelichting bij medicatiewijzigingen en vaste overlegmomenten waarop vragen kunnen worden gesteld. Ten derde lijkt het aangewezen om zorgverleners te ondersteunen en bij te scholen in heldere, op maat gemaakte communicatie over medicatie, met bijzondere aandacht voor bewoners met een lager opleidingsniveau en voor situaties waarin kennis wordt overschat. Hierbij zou de verdere implementatie van een CAA als geneesmiddelenexpert een relevante bijdrage kunnen betekenen (21). Dit is des te belangrijker gezien het toenemende personeelstekort en de langere wachttijden die door bewoners worden aangegeven om een zorgverlener, waaronder een huisarts, te kunnen raadplegen (10). Samen kunnen dergelijke maatregelen bijdragen aan een meer transparant, persoonsgericht en consistent medicatiebeleid binnen woonzorgcentra.

Conclusie

In Vlaamse WZC gaf 45% van de bewoners (n = 42) aan voldoende betrokken te worden bij beslissingen over hun medicatie, bij de naasten (n = 27) bedroeg dit 37%. Deze studie toont bovendien aan dat de betrokkenheid bij medicatiebeslissingen samenhangt met de tevredenheid over de ontvangen informatie. Dit verband is aanwezig bij zowel bewoners als naasten, maar is duidelijk sterker bij de naasten. Daar waar naasten betrokkenheid bij het beleid als een belangrijkere parameter beschouwen, kunnen bewoners mogelijks factoren zoals een vlotte medicatie-inname en de vertrouwensrelatie met de arts als belangrijker ervaren. Tenslotte blijkt dat grotere betrokkenheid en tevredenheid samengaan met een betere kennis van de ingenomen medicatieklassen.

Deze studie biedt waardevolle inzichten voor de klinische praktijk: kwaliteitsvol medicatiebeleid omvat meer dan correct voorschrijfgedrag en medicatieveiligheid, een verdere implementatie van SDM is hierbij essentieel. Dit vereist een multifacettaire aanpak, met aandacht voor communicatievaardigheden van zorgverleners, het respecteren van individuele voorkeuren voor betrokkenheid, het opleiden van zorgverleners over het medicatieproces en het creëren van een organisatiecultuur die persoonsgerichte zorg faciliteert. Implementeren van gestructureerde interventies, zou kunnen bijdragen aan een hogere kwaliteit van medicatiebeheer en grotere tevredenheid bij alle betrokkenen. Voorbeelden hiervan zijn het beschikbaar maken van actuele medicatieschema's, het schriftelijk toelichten van medicatiewijzigingen en het voorzien van vaste overlegmomenten voor bewoners en naasten.

Toekomstig onderzoek met meer gevalideerde meetinstrumenten is nodig om betrokkenheid beter te onderscheiden van tevredenheid en om een accurater beeld te krijgen van de werkelijke participatie van bewoners in het medicatiebeleid.

Referenties

1. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. Journal of the American Medical Directors Association. 2020 Feb;21(2):181–7. doi:10.1016/j.jamda.2019.10.022

2. Intermutualistisch Agentschap [Internet]. IMA-AIM Atlas; [cited 2026 Apr 21]. Available from: https://aim-ima.be/

3. Geneesmiddelen bij ouderen [webcontent] [Internet]. Zorginstituut Nederland; [cited 2026 Jan 20]. Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/farmacologie/ouderen#section-5-bijwerkingen

4. Strauven G. Strategies for optimization of medication use in nursing homes (in Belgium). 2018 Aug 6.

5. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017 Sep;390(10100):1211–59. doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2

6. Mortensen AH, Nåden D, Karterud D, Lohne V. Residents' experiences of paternalism in nursing homes. Nurs Ethics. 2024 May;31(2–3):176–88. doi:10.1177/09697330231166085

7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J GEN INTERN MED. 2012 Oct;27(10):1361–7. doi:10.1007/s11606-012-2077-6

8. Shay LA, Lafata JE. Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. Med Decis Making. 2015 Jan;35(1):114–31. doi:10.1177/0272989X14551638

9. Conn VS, Ruppar TM, Maithe Enriquez R, Cooper PS. Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. Value in Health. 2016 Mar;19(2):277–85. doi:10.1016/j.jval.2015.12.001

10. Personeelstekort dwingt Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra om zorgaanbod af te bouwen | Zorgnet-Icuro [Internet]. [cited 2026 Mar 24]. Available from: https://www.zorgneticuro.be/nieuws/personeelstekort-dwingt-vlaamse-ziekenhuizen-en-woonzorgcentra-om-zorgaanbod-af-te-bouwen

11. Bradshaw EL, Anderson JR, Banday MAJ, Basarkod G, Daliri-Ngametua R, Ferber KA, et al. A Quantitative Meta-Analysis and Qualitative Meta-Synthesis of Aged Care Residents' Experiences of Autonomy, Being Controlled, and Optimal Functioning. Heyn PC, editor. The Gerontologist. 2024 May 1;64(5):gnad135. doi:10.1093/geront/gnad135

12. Damiaens A, Van Hecke A, Foulon V. Medication Decision-Making and the Medicines' Pathway in Nursing Homes: Experiences and Expectations of Involvement of Residents and Informal Caregivers. IJERPH. 2023 May 24;20(11):5936. doi:10.3390/ijerph20115936

13. Sawan MJ, Jeon YH, Hilmer SN, Chen TF. Perspectives of residents on shared decision making in medication management: A qualitative study. International Psychogeriatrics. 2022 Oct;34(10):929–39. doi:10.1017/S1041610222000205

14. Wouters H, Foster JM, Ensink A, O'Donnell LK, Zuidema SU, Boersma F, et al. Barriers and Facilitators of Conducting Medication Reviews in Nursing Home Residents: A Qualitative Study. Front Pharmacol. 2019 Sep 18;10:1026. doi:10.3389/fphar.2019.01026

15. Garratt S, Dowling A, Manias E. Medication administration in aged care facilities: A mixed-methods systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2025 Feb;81(2):621–40. doi:10.1111/jan.16318

16. Damiaens A, Van Hecke A, De Lepeleire J, Foulon V. Resident and informal caregiver involvement in medication-related decision-making and the medicines' pathway in nursing homes: experiences and perceived opportunities of healthcare professionals. BMC Geriatr. 2022 Dec;22(1):81. doi:10.1186/s12877-022-02773-6

17. Damiaens A, Van Hecke A, Foulon V. The RESPECT-brochure: Development of a tool to inform and empower residents and informal caregivers on the medicines' pathway in nursing homes. PEC Innovation. 2023 Dec;3:100195. doi:10.1016/j.pecinn.2023.100195

18. Damiaens A, Van Hecke A, Foulon V. The RESPECT-tool as a facilitator for person-centered medication reviews for nursing home residents: tool development and pilot study. Int J Clin Pharm. 2023 Dec;45(6):1434–43. doi:10.1007/s11096-023-01621-w

19. Batten M, Lewis J, Naunton M, Strickland K, Kosari S. Interprofessional collaboration between prescribers, managers, nursing staff and on-site pharmacists within residential aged care facilities: a mixed-methods study. Age Ageing. 2023 Aug 1;52(8):afad143. doi:10.1093/ageing/afad143 PubMed PMID: 37598408.

20. Haider I, Kosari S, Naunton M, Koerner J, Dale M, Nizamani S, et al. The role of on-site pharmacist in residential aged care facilities: findings from the PiRACF study. J Pharm Policy Pract. 2023 Jul 3;16(1):82. doi:10.1186/s40545-023-00587-4 PubMed PMID: 37400921; PubMed Central PMCID: PMC10318737.

21. Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers [Internet]. [cited 2026 Mar 24]. Available from: https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1032439&datum=&geannoteerd=true&print=false

22. Strauven G, Vanhaecht K, Anrys P, De Lepeleire J, Spinewine A, Foulon V. Development of a process-oriented quality improvement strategy for the medicines pathway in nursing homes using the SEIPS model. Res Social Adm Pharm. 2020 Mar;16(3):360–76. doi:10.1016/j.sapharm.2019.06.003 PubMed PMID: 31495661.

23. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 2013. 567 p. doi:10.4324/9780203771587

24. Goossens B, Sevenants A, Declercq A, Van Audenhove C. Shared decision-making in advance care planning for persons with dementia in nursing homes: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2020 Dec;20(1):381. doi:10.1186/s12877-020-01797-0

25. Rayner JA, Fetherstonhaugh D, McAuliffe L. "Kindness, respect and consultation" versus "being kept active and busy": The differences between residents' and families' expectations of high-quality care in nursing homes. J Aging Stud. 2025 Dec;75:101383. doi:10.1016/j.jaging.2025.101383 PubMed PMID: 41352898.

26. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Serv Res. 2023 Aug 22;23(1):886. doi:10.1186/s12913-023-09869-8

27. Lynch B, Ryan AA, O'Neill M, Penney S. The factors that influence care home residents' and families' engagement with decision-making about their care and support: an integrative review of the literature. BMC Geriatr. 2022 Nov 17;22(1):873. doi:10.1186/s12877-022-03503-8

28. Jones G, Tabassum V, Zarow GJ, Ala TA. The Inability of Older Adults to Recall Their Drugs and Medical Conditions. Drugs Aging. 2015 Apr 1;32(4):329–36. doi:10.1007/s40266-015-0255-z

29. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003 Apr;57(4):254–8. doi:10.1136/jech.57.4.254

30. Deery C, Marconi G, Ottosen K, Hwang K, Prasad M, Wong P, et al. Family engagement in the medication management of older adults during transitions of care: A mixed methods systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2026 Feb;174:105305. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105305

31. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, Van Etten-Jamaludin FS, Van Weert JCM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. BMC Geriatr. 2021 Dec;21(1):112. doi:10.1186/s12877-021-02050-y

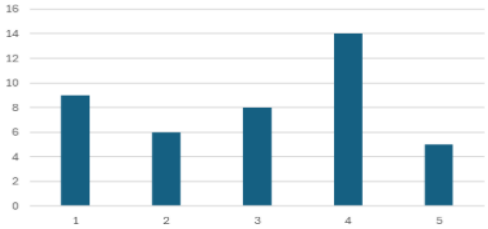
32. Lam HR, Chow S, Taylor K, Chow R, Lam H, Bonin K, et al. Challenges of conducting research in long-term care facilities: a systematic review. BMC Geriatr. 2018 Dec;18(1):242. doi:10.1186/s12877-018-0934-9

33. Sachs GA, Rhymes J, Cassel CK. Biomedical and behavioral research in nursing homes: guidelines for ethical investigations. J Am Geriatr Soc. 1993 Jul;41(7):771–7. doi:10.1111/j.1532-5415.1993.tb07470.x PubMed PMID: 8315190.

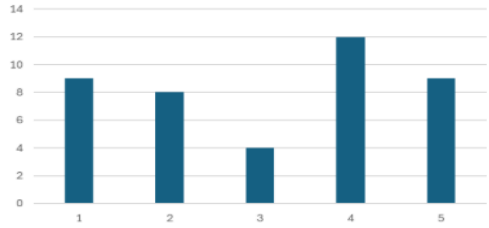
Bijlagen

Tabellen en grafieken

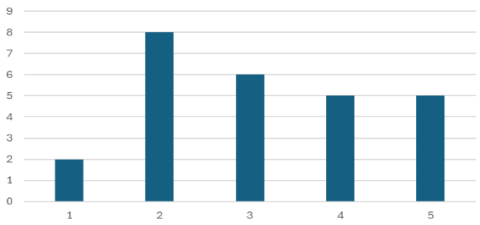
1. Betrokkenheid



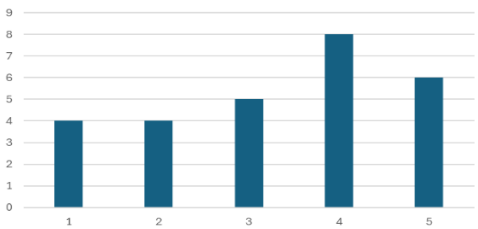
Figuur 1.a.1. Respons op stelling: "Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over mijn medicatie" (bewoners)



Figuur 1.a.2. Respons op stelling: "Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik neem" (bewoners)

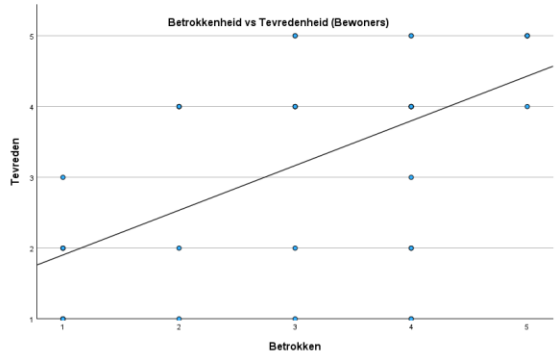


Figuur 1.b.1. Respons op stelling: "Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over de bewoner zijn/haar medicatie" (naasten)



Figuur 1.b.2. Respons op stelling: "Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie de bewoner neemt" (naasten)

2. Betrokkenheid versus tevredenheid

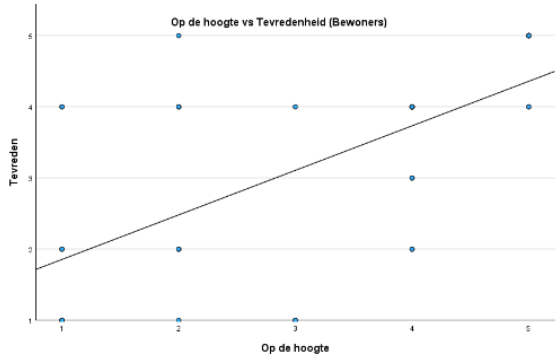


Betrokkenheid vs Tevredenheid (Bewoners)

		Tevreden	Betrokken
Tevreden	Pearson Correlation	1	.581***
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	42	42
Betrokken	Pearson Correlation	.581***	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	42	42

***. Correlation at 0.001 (2-tailed)

Figuur 2.a.1. Betrokkenheid versus tevredenheid (bewoners)

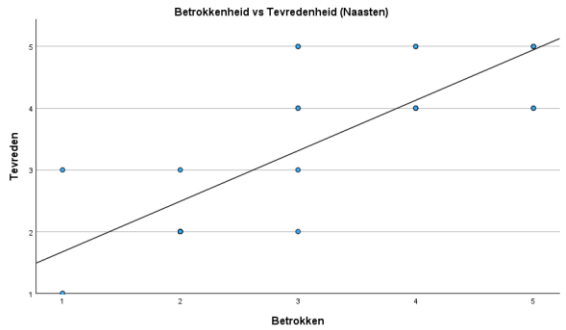


Op de hoogte vs Tevredenheid (Bewoners)

		Tevreden	Op de hoogte
Tevreden	Pearson Correlation	1	.632***
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	42	42
Op de hoogte	Pearson Correlation	.632***	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	42	42

***. Correlation at 0.001 (2-tailed)

Figuur 2.a.2. Op de hoogte versus tevredenheid (bewoners)

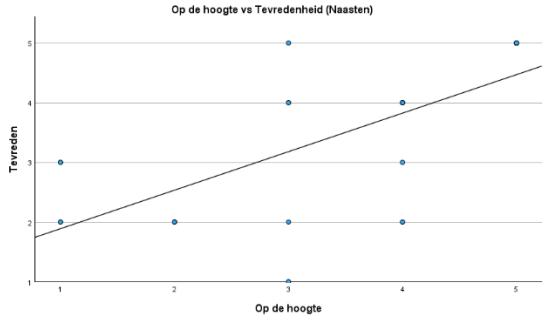


Betrokkenheid vs Tevredenheid (Naasten)

		Tevreden	Betrokken
Tevreden	Pearson Correlation	1	.796***
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	27	27
Betrokken	Pearson Correlation	.796***	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	27	27

***. Correlation at 0.001 (2-tailed)

Figuur 2.b.1. Betrokkenheid versus tevredenheid (naasten)



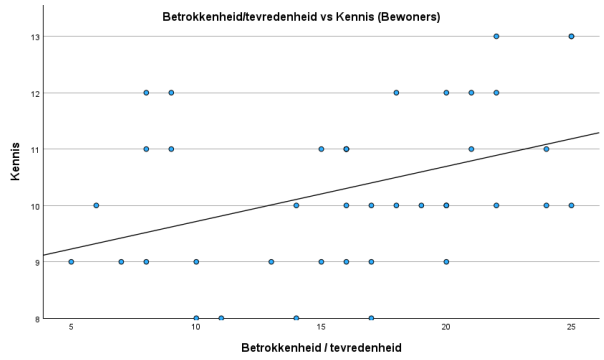
Op de hoogte vs Tevredenheid (Naasten)

		Tevreden	Op de hoogte
Tevreden	Pearson Correlation	1	.683***
	Sig. (2-tailed)		<.001
	N	27	27
Op de hoogte	Pearson Correlation	.683***	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	N	27	27

***. Correlation at 0.001 (2-tailed)

Figuur 2.b.2. Op de hoogte versus tevredenheid (naasten)

3. Betrokkenheid/tevredenheid versus kennis

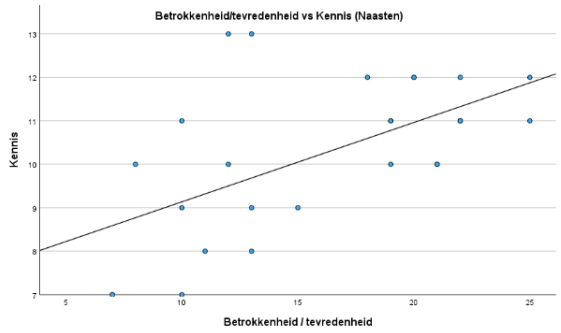


Betrokkenheid/tevredenheid vs Kennis (Bewoners)

		Kennis	Betrokkenheid/ tevredenheid
Kennis	Pearson Correlation	1	.395**
	Sig. (2-tailed)		.010
	N	42	42
Betrokkenheid / tevredenheid	Pearson Correlation	.395**	1
	Sig. (2-tailed)	.010	
	N	42	43

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Figuur 3.a. Betrokkenheid/tevredenheid versus kennis (bewoners)



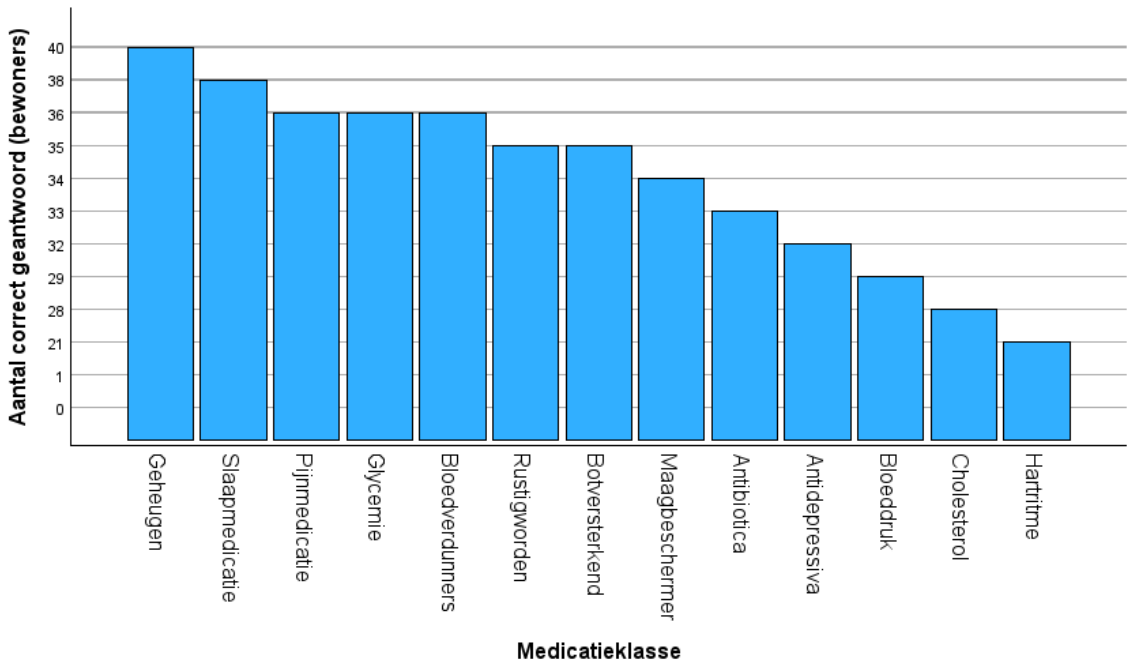
Betrokkenheid/tevredenheid vs Kennis (Naasten)

		Kennis	Betrokkenheid/ tevredenheid
Kennis	Pearson Correlation	1	.587**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	27	27
Betrokkenheid/ tevredenheid	Pearson Correlation	.587**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	27	27

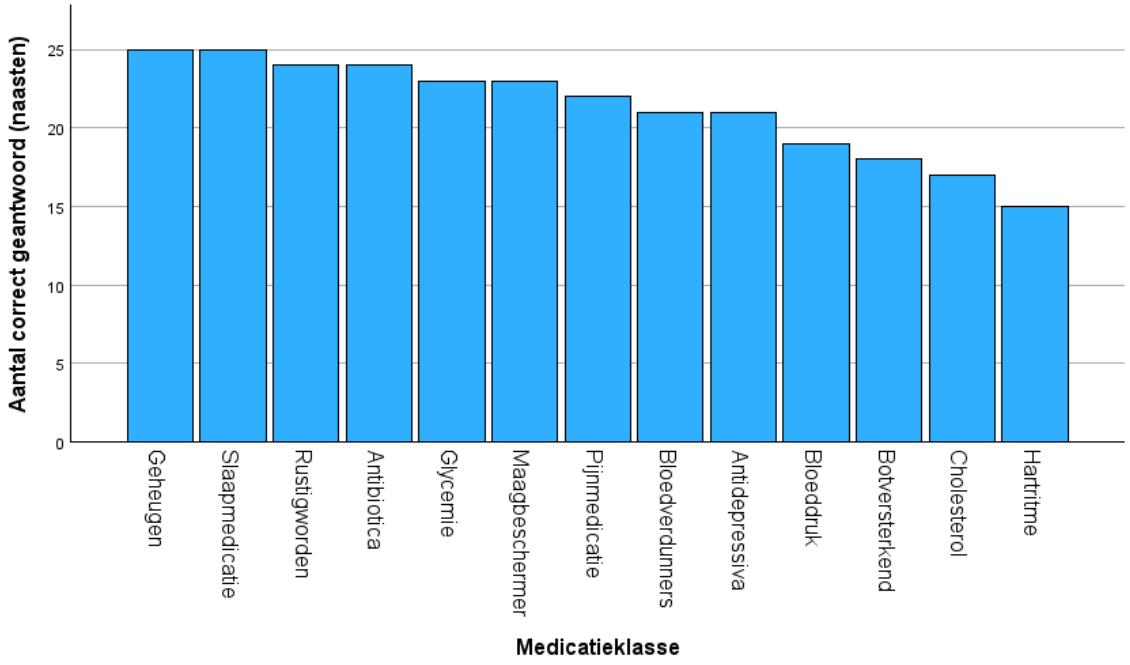
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Figuur 3.b. Betrokkenheid/tevredenheid versus kennis (naasten)

4. Kennis medicatieklassen

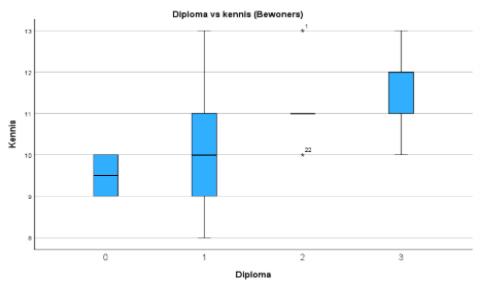


Figuur 4.a. Kennis medicatieklassen (bewoners)



Figuur 4.b. Kennis medicatieklassen (naasten)

5. Opleidingsgraad versus kennis



Ranks

	Diploma	N	Mean Rank
Kennis	0	4	14,00
	1	28	19,21
	2	5	29,40
	3	5	32,40
	Total	42	

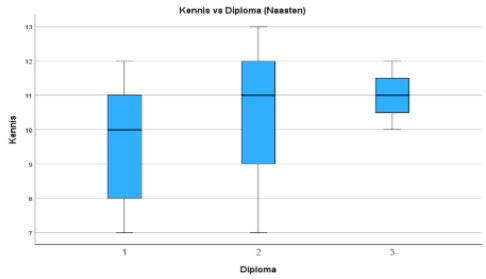
Test Statistics[a,b]

	Kennis
Kruskal-Wallis H	8,853
df	3
Asymp. Sig.	,031

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Diploma

Figuur 5.a. Opleidingsgraad versus kennis (bewoners)



Ranks

	Diploma	N	Mean Rank
Kennis	1	9	10,28
	2	13	14,19
	3	3	16,00
	Total	25	

Test Statistics[a,b]

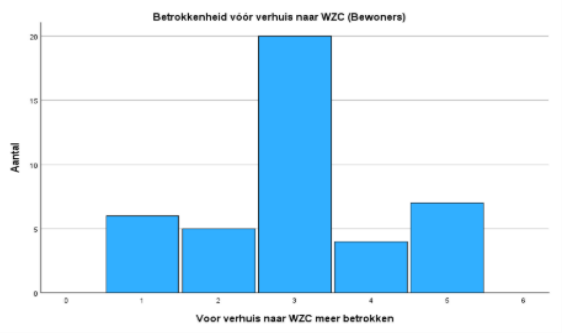
	Totaal (op 13)
Kruskal-Wallis H	2,142
df	2
Asymp. Sig.	,343

a. Kruskal Wallis Test

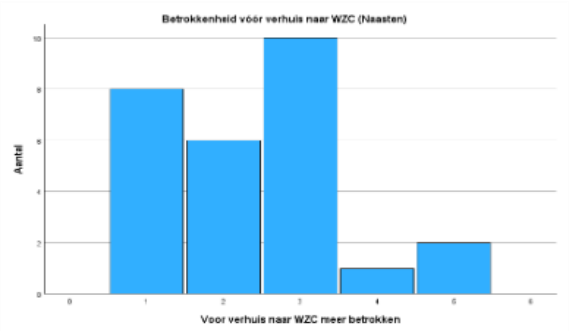
b. Grouping Variable: Diploma

Figuur 5.b. Opleidingsgraad versus kennis (naasten)

6. Betrokkenheid thuissetting versus kennis

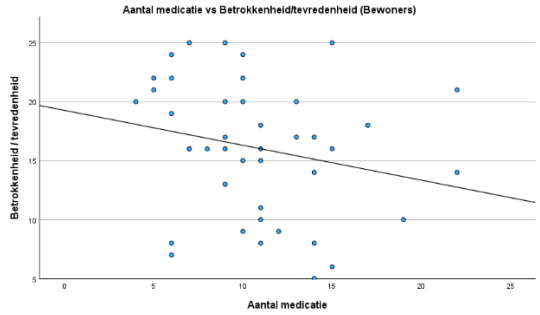


Figuur 6.a. Betrokkenheid thuissetting versus WZC (bewoners)



Figuur 6.b. Betrokkenheid thuissetting versus WZC (naasten)

7. Aantal geneesmiddelen versus totaalscore tevredenheid/betrokkenheid

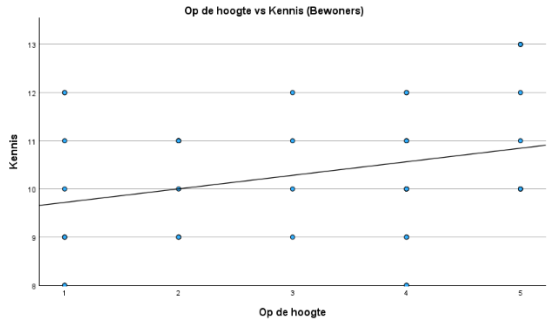


Aantal medicatie vs Betrokkenheid/tevredenheid (Bewoners)

		Aantal medicatie	Betrokkenheid/ tevredenheid
Aantal medicatie	Pearson Correlation	1	-.225
	Sig. (2-tailed)		.152
	N	42	42
Betrokkenheid/ tevredenheid	Pearson Correlation	-.225	1
	Sig. (2-tailed)	.152	
	N	42	43

Figuur 7. Aantal geneesmiddelen versus totaalscore tevredenheid/betrokkenheid (bewoners)

8. Zelfinschatting kennis versus effectieve kennisscore (bewoners)



Op de hoogte vs Kennis (Bewoners)

		Kennis	Op de hoogte
Kennis	Pearson Correlation	1	.299
	Sig. (2-tailed)		.054
	N	42	42
Op de hoogte	Pearson Correlation	.299	1
	Sig. (2-tailed)	.054	
	N	42	42

Figuur 8. Zelfinschatting kennis versus effectieve kennisscore (bewoners)

Vragenlijsten

VRAGENLIJST BEWONER

DEEL 1: Algemene informatie

A. Hoe oud bent u? .....
B. Tot welke leeftijd bent u naar school geweest? .....
C. Heeft u een Hogeschool of Universitair diploma? Zoja, welke?
   .....
D. Welk(e) beroep(en) heeft u uitgeoefend?
   .....
E. Wat was uw woonsituatie vooraleer u naar het Woonzorgcentrum (WZC) verhuisde?
   .....
F. Wat was de reden van uw verhuizing naar het WZC?
   .....

G. Gaf u in het verleden toestemming aan uw arts om contact op te nemen met een naaste? Zo ja, met wie?
   .....

DEEL 2: Beantwoord de vragen naargelang u akkoord gaat met de volgende stellingen.

1 = Volledig niet akkoord

2 = Niet akkoord

3 = Neutraal

4 = Akkoord

5 = Volledig akkoord

	1	2	3	4	5
a. Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie ik neem.	□	□	□	□	□
b. Ik ben tevreden over de informatie die ik ontvang i.v.m. mijn medicatie.	□	□	□	□	□
c. Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over mijn medicatie.	□	□	□	□	□

d. Ik heb voldoende gelegenheid om vragen te stellen over mijn medicatie aan mijn huisarts.	☐	☐	☐	☐	☐
e. Er wordt voldoende aandacht besteed aan het verminderen van het aantal medicijnen dat ik gebruik.	☐	☐	☐	☐	☐
f. Er wordt voldoende gecommuniceerd over wijzigingen van medicatie.	☐	☐	☐	☐	☐
g. Voor mijn verhuis naar het woonzorgcentrum was ik meer op de hoogte van mijn medicatie-inname.	☐	☐	☐	☐	☐
h. Voor mijn verhuis naar het woonzorgcentrum werd ik meer betrokken bij beslissingen omtrent mijn medicatie-inname.	☐	☐	☐	☐	☐

DEEL 3:

Hier willen we uw kennis testen over de verschillende soorten medicatie die u gebruikt. We zijn geïnteresseerd in uw perceptie van uw medicatie-inname. Gelieve deze vragen dus eerlijk in te vullen en dit niet na te vragen bij derden.

Ik denk ...	JA	NEEN
1. ... medicatie te krijgen voor mijn hartritme.	☐	☐
2. ... slaapmedicatie te krijgen.	☐	☐
3. ... antidepressiva te krijgen.	☐	☐
4. ... medicatie te krijgen om rustig te worden.	☐	☐
5. ... een maagbeschermer te krijgen.	☐	☐
6. ... medicatie te krijgen voor mijn bloeddruk.	☐	☐
7. ... in de laatste 2 maanden antibiotica te hebben gehad.	☐	☐
8. ... cholesterolverlagende medicatie te krijgen.	☐	☐
9. ... medicatie te krijgen voor mijn suiker.	☐	☐
10. ... botversterkende medicatie te krijgen.	☐	☐
11. ... bloedverdunnende medicatie te krijgen.	☐	☐
12. ... medicatie te krijgen voor het geheugen.	☐	☐
13. ... pijnmedicatie te krijgen.	☐	☐

DEEL 4: Open vragen

a. Hoeveel pilletjes denkt u gemiddeld te nemen per dag? .....
b. Hoe lang bent u al patiënt bij uw huidige huisarts? .....
c. Bent u tevreden van de medicatie die u nu neemt? Waarom wel/niet?
   .....
   .....
d. Met wie zou u als eerste uw vragen over medicatie bespreken?
   .....
e. Vindt u dat uw naasten voldoende betrokken/geïnformeerd worden bij uw medicatiebeleid?
   .....
f. Heeft u opmerkingen of suggesties m.b.t. de communicatie over medicatiebeleid? Hoe zou dit beter kunnen verlopen?
   .....
   .....

VRAGENLIJST FAMILIE OF ANDERE BETROKKENEN

DEEL 1: Algemene informatie

A. Wat is uw relatie met betrekking tot de bewoner? .....
B. Hoe oud bent u? .....
C. Tot welke leeftijd bent u naar school geweest? .....
D. Heeft u een Hogeschool of Universitair diploma? Zoja, welke?
   .....
E. Welk beroep(en) heeft u uitgeoefend?
   .....
F. Hoe vaak heeft u contact met de bewoner? (bezoek, telefonisch, e-mail, ...)
   .....
G. Heeft u in het verleden contact gehad met de huisarts, met betrekking tot de gezondheid van de bewoner? Zo ja, hoe frequent?
   .....

DEEL 2: Beantwoord de vragen naargelang u akkoord gaat met de volgende stellingen.

1 = Volledig niet akkoord

2 = Niet akkoord

3 = Neutraal

4 = Akkoord

5 = Volledig akkoord

	1	2	3	4	5
a. Ik ben goed op de hoogte van welke medicatie de bewoner neemt.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Ik ben tevreden over de informatie die ik ontvang i.v.m. de medicatie van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Ik vind het belangrijk dat mijn inbreng wordt meegenomen in de besluitvorming over de medicatie van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Ik word, naar mijn mening, voldoende betrokken bij beslissingen over de medicatie van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐
e. Ik heb voldoende gelegenheid om vragen te stellen over de medicatie van de bewoner aan de huisarts.	☐	☐	☐	☐	☐

f. Er wordt voldoende aandacht besteed aan het verminderen van het aantal medicijnen dat de bewoner gebruikt.	☐	☐	☐	☐	☐
g. Er wordt voldoende gecommuniceerd over wijzigingen van medicatie van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐
h. Voor verhuizen naar het woonzorgcentrum was ik meer op de hoogte van de medicatie-inname van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐
i. Voor verhuizen naar het woonzorgcentrum werd ik meer betrokken bij beslissingen omtrent de medicatie-inname van de bewoner.	☐	☐	☐	☐	☐

DEEL 3:

Hier willen we uw kennis testen over de verschillende soorten medicatie die de bewoner gebruikt. We zijn geïnteresseerd in uw perceptie van de medicatie-inname. Gelieve deze vragen dus eerlijk in te vullen en dit niet na te vragen bij derden.

Ik denk dat de bewoner …	JA	NEEN
1. … medicatie krijgt voor het hartritme.	☐	☐
2. … slaapmedicatie krijgt.	☐	☐
3. … antidepressiva krijgt.	☐	☐
4. … medicatie krijgt om rustig te worden.	☐	☐
5. … een maagbeschermer krijgt.	☐	☐
6. … medicatie krijgt voor de bloeddruk.	☐	☐
7. … in de laatste 2 maanden antibiotica heeft gehad.	☐	☐
8. … cholesterolverlagende medicatie krijgt.	☐	☐
9. … medicatie krijgt voor de suiker.	☐	☐
10. … botversterkende medicatie krijgt.	☐	☐
11. … bloedverdunnende medicatie krijgt.	☐	☐
12. … medicatie voor het geheugen krijgt.	☐	☐
13. … pijnmedicatie krijgt.	☐	☐

DEEL 4: Open vragen

a. Hoeveel pilletjes denkt u dat de bewoner per dag gemiddeld inneemt?
   .....

b. Heeft u opmerkingen of suggesties m.b.t. de communicatie over medicatiebeleid? Hoe zou dit beter kunnen verlopen?
   .....
   .....

c. Bent u tevreden van de medicatie die door de bewoner ingenomen wordt? Waarom wel/niet?
   .....
   .....

d. Met wie zou u als eerste vragen over de medicatie van de bewoner bespreken?
   .....
   .....

e. Vindt u dat u voldoende betrokken/geïnformeerd wordt bij het medicatiebeleid van de bewoner?
   .....
   .....

f. Heeft u opmerkingen of suggesties m.b.t. de communicatie over medicatiebeleid? Hoe zou dit beter kunnen verlopen?
   .....
   .....