



Het kan beter met minder,  
bewust gebruik van  
psychofarmaca.

Voortgangsrapportage 2017- mei 2018

vilans

Het kan beter met minder,  
bewust gebruik van  
psychofarmaca  
Voortgangsrapportage  
2017-mei 2018

Anne-Mieke den Ouden, MSc.  
Jeroen Schumacher, MSc.  
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht  
Website: [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

Utrecht, mei 2018



Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG

Centrum  
Verstandelijke Beperking  
en Psychiatrie



# Inhoud

Vooraf .....	5
1. Actieprogramma .....	6
1.1 De intensieve variant in de VVT-sector .....	6
1.2 De doe-het-zelf-variant in de VVT-sector .....	8
1.3 De intensieve variant in de VG-sector .....	9
2. Overige resultaten .....	11
2.1 Landelijke publiciteit .....	11
2.2 Kennis delen .....	11
2.3 Deelproject 10 uitgangspunten .....	13
2.4 Ontwikkeling psychofarmaca toetsinstrument .....	14
3. Geleerde lessen en Hoe verder .....	15
3.1 Geleerde lessen .....	15
3.2 Hoe verder .....	16
Bijlage 1: Cijfers intensieve variant VVT .....	17
Bijlage 2: Cijfers doe-het-zelf-variant VVT .....	32
Bijlage 3: Cijfers onderzoek VG .....	34
Bijlage 4: Psychofarmaca toetsinstrument PFTI in VV en VG .....	36
4.1 VVT .....	36
4.2 VG .....	38
Bijlage 5: Deelproject 10 uitgangspunten .....	40

# Vooraf

Psychofarmaca - of gedragsmedicatie - worden vaak voorgeschreven bij slaapproblemen, depressies en psychoses. Maar ook mensen met dementie of een verstandelijke beperking die probleemgedrag vertonen, krijgen die middelen vaak toegediend. De werkzaamheid is beperkt (slechts 1 op de 5 mensen heeft er baat bij), de bijwerkingen zijn aanzienlijk. Sufheid, slecht lopen, moeite met slikken en risico's op beroerte, longontsteking en overlijden komen regelmatig voor. Alle binnen- en buitenlandse richtlijnen geven de voorkeur aan mildere alternatieven, zoals psychosociale interventies. Zowel voor de VVT als voor de VG is er een richtlijn<sup>1</sup>. Toch constateerden zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS, de IGZ en onderzoekers in 2015 dat psychofarmaca nog te vaak werden voorgeschreven bij probleemgedrag van mensen met een verstandelijke beperking of dementie.

Dat was de reden dat Vilans - in opdracht van VWS - in 2016 startte met het landelijke programma '*Het kan beter met minder, bewust gebruik van psychofarmaca*'. Ons doel: de bewustwording over het gebruik van psychofarmaca vergroten en oneigenlijk gebruik terugdringen, bijvoorbeeld door alternatieven aan te reiken en betrokkenen bewust te maken dat psychofarmaca alleen als uiterste middel mag worden gebruikt bij ernstig onbegrepen gedrag waarbij iemand een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.

In deze voortgangsrapportage leest u achtereenvolgens:

- Activiteiten en opbrengsten uit het actieprogramma, inclusief monitoring en onderzoek;
- Resultaat van landelijke campagne, kennisverspreiding;
- Het deelproject 10 uitgangspunten;
- Ontwikkeling van een psychofarmaca toetsinstrument;
- Geleerde lessen en hoe verder, aanpak 2018-2019;
- Cijfers die ons verhaal onderbouwen; (in bijlagen).

---

<sup>1</sup> Er zijn twee professionele richtlijnen van toepassing op het voorschrijven van psychofarmaca, de VVT richtlijn van Verenso en de VG richtlijn van de NVAVG. De richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie (Verenso, 2018)' en de richtlijn 'Voorschrijven van psychofarmaca (NVAVG, 2016)'

# 1. Actieprogramma

De afgelopen anderhalf jaar hebben we zorgorganisaties op twee manieren ondersteund bij het verminderen van oneigenlijk gebruik van psychofarmaca:

- ***De intensieve variant met coaching***

Bewustwording over en terugdringen van oneigenlijk gebruik van psychofarmaca staan voorop. De aanpak is bedoeld voor professionals, steeds betrekken we de cliënt en zijn netwerk daarbij. 16 organisaties in de VVT en 6 in de VG hebben gekozen voor deze variant.

- ***De doe-het-zelf-variant***

Zorgaanbieders krijgen de beschikking over de ontwikkelde materialen en kennisproducten om zelf met de tools een verbeterprogramma op maat te maken en te implementeren. 16 organisaties in de VVT maken gebruik van deze variant. In de VG-sector bleek alleen belangstelling voor de intensieve variant.

De twee varianten in de VVT zijn beide bedoeld om zicht krijgen op de effectiviteit van de inzet van coaching en de resultaten rondom het terugdringen van psychofarmaca. In de doe-het-zelf-variant is het onderzoek beperkt tot een voor- en nameting. In de intensieve variant vindt een uitgebreider onderzoek plaats.

## 1.1 De intensieve variant in de VVT-sector

De werving van verpleeghuizen ging snel. Binnen een zeer korte periode waren 16 verpleeghuizen bereid deel te nemen aan de intensieve variant. Al deze organisaties zijn inmiddels gestart.

Oorspronkelijk zijn voor het onderzoek en de monitoring alle 16 verpleeghuizen geïnccludeerd en gerandomiseerd (cluster randomized). In de eerste acht maanden vormen 8 verpleeghuizen de interventiegroep met coaching en 8 verpleeghuizen de controlegroep. In de tweede periode (ook acht maanden) gaan de verpleeghuizen die gestart zijn als interventiegroep door met hun verbetertraject - zonder de coaching. De verpleeghuizen die gestart zijn als controlegroep gaan na de tweede meting over naar de interventiegroep, waar ook zij starten met de coaching en het verbetertraject.

Na randomisatie is één verpleeghuis uitgevallen, hiervoor is een ander verpleeghuis in de plaats gekomen. Dit verpleeghuis heeft door deze verlate instroom de eindmeting pas in november 2018. De overige 15 verpleeghuizen zijn op 1 augustus 2018 klaar met de metingen. Bij alle 16 verpleeghuizen zijn de eerste en de tweede meting inmiddels afgerond. Ook heeft een groot gedeelte van deze verpleeghuizen de eindmeting inmiddels gehad (zie tabel 1 voor de resultaten). De coach ondersteunt tijdens het traject en de onderzoekers kijken mee of de doelen in het verbeterplan leiden tot reductie van oneigenlijk psychofarmacagebruik en wat het effect is van de mate van implementatie van de interventies.

Inmiddels hebben 12 verpleeghuizen de coaching afgerond - zij gaan op eigen kracht door met het borgen van de ingezette acties. De overige 4 verpleeghuizen zijn momenteel ook allemaal gestart met de coaching.

Bevindingen tot nu toe:

- Het verbetertraject is langdurig en intensief voor alle betrokkenen. Er zijn voorlichting bijeenkomsten in de organisatie voor medewerkers en mantelzorgers/ cliënten. Er moet toestemming gevraagd worden bij cliënt en/of familie. Dataverzameling vindt plaats bij verzorgenden, artsen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en psychologen. Het is dus belangrijk dat er

instellingsbreed draagvlak is. Een goede meting, een succesvolle aanpak en een duurzame implementatie is grotendeels afhankelijk van een brede multidisciplinaire samenwerking en een betrokken interne projectleider die voldoende tijd krijgt.

- De tijd tussen de terugkoppeling van de resultaten en de implementatie van interventies is (te) kort. In de planning staat hier één maand voor terwijl verpleeghuizen langer de tijd nodig lijken te hebben, omdat de opstartfase meer tijd nodig heeft. De noodzakelijke betrokkenheid van veel mensen is van invloed op snelheid van besluitvorming en de slagvaardigheid. Ook het daadwerkelijk omzetten van de onderzoeksresultaten naar heldere acties vergt tijd en draagvlak. De coaches merken dat het in sommige gevallen belangrijk is om extra in te zetten op het creëren van 'eigenaarschap', een essentiële voorwaarde voor succesvolle implementatie.
- Voor het plan van aanpak is een format opgesteld met SMART-doelen (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden). De praktijk wijst echter uit dat deze plannen per verpleeghuis erg wisselen in opzet en uitwerking. Dit maakt het lastig de resultaten te vergelijken.
- Regelmatig krijgen de onderzoekers door de vertraagde besluitvorming pas na 3 of 4 maanden voor het eerst een plan onder ogen en komt hun feedback later terecht bij het multidisciplinaire projectteam en de coach. Of de feedback dan ook daadwerkelijk wordt opgepakt is niet duidelijk. De interventieduur (moment waarop daadwerkelijk gestart wordt met de interventies) zal dus enigszins verschillen per verpleeghuis.
- Er waren veel wisselingen van de interne projectleiders en ook onder de coaches hebben de nodige wijzigingen plaatsgevonden.

## Resultaten

Voor cijfers over de intensieve variant in de VVT: zie tabel 1 pagina 30.

### *Resultaten totale psychofarmaca gebruik*

Precieze duiding van de cijfers kan pas plaatsvinden als de uitgebreide analyses hebben plaatsgevonden. Afgaande op de resultaten uit tabel 1 laten de voorlopige resultaten een wisselend beeld zien:

- Van de negen verpleeghuizen die de eindmeting al hebben gehad zien we dat 3 verpleeghuizen een daling in het totale psychofarmaca gebruik laten zien, vier verpleeghuizen laten een stijging zien en bij twee verpleeghuizen is geen duidelijk verschil waarneembaar.
- Drie verpleeghuizen hebben de eerste en tweede meting gehad (intensief gestart), zij moeten de eindmeting nog krijgen maar de tussentijdse resultaten t.a.v. totale psychofarmaca gebruik laten tevens een wisselend beeld zien; één verpleeghuis toont een daling, één verpleeghuis een stijging en bij één verpleeghuis was geen duidelijk verschil waarneembaar in psychofarmaca gebruik.
- De overige vier verpleeghuizen moeten de eindmeting eerst krijgen om te kunnen duiden of er sprake is van verschil in psychofarmaca gebruik.

### *Juistheid van voorschrijven - gebaseerd op aantal middelen volledig juist voorgeschreven*

- In tegenstelling tot het terugdringen van het psychofarmaca gebruik zijn de meeste verpleeghuizen wel in staat gebleken om meer volgens de richtlijn te gaan voorschrijven - waardoor het oneigenlijk gebruik is verminderd.
- Van de negen verpleeghuizen die de eindmeting al hebben gehad zien we dat zeven verpleeghuizen een stijging laten zien van het aantal middelen dat volledig juist wordt voorgeschreven (hoewel bij enkele sprake is van een minimale verbetering). Twee verpleeghuizen laten een daling zien van het aantal middelen dat volledig juist wordt voorgeschreven.
- Van de drie verpleeghuizen die de eindmeting nog moeten krijgen, maar die wel een eerste en tweede meting hebben gehad laten de tussentijdse resultaten zien dat twee verpleeghuizen een stijging hebben van het aantal middelen dat volledig juist wordt voorgeschreven en één verpleeghuis laat een daling zien - bij laatstgenoemde zorgorganisatie is dus sprake van een toename van het oneigenlijk gebruik.
- De overige vier verpleeghuizen moeten de eindmeting eerst krijgen om te kunnen duiden of er sprake is van een verschil in de mate van het (on)eigenlijk gebruik.

Momenteel wordt er gestart met de procesevaluatie: zowel de coach als de intern projectleider van het verpleeghuis vullen een vragenlijst in - gevolgd door een telefonisch interview. Doel is om de gekozen interventies in kaart te brengen, de mate waarin deze zijn geïmplementeerd en het in kaart brengen van barriers en faciliterende factoren die van invloed zijn geweest op het verbetertraject. Zodoende hopen we inzicht te krijgen in de redenen waarom het sommige verpleeghuizen wel lukt om een verandering te bewerkstelligen - en andere verpleeghuizen niet.

## 1.2 De doe-het-zelf-variant in de VVT-sector

Van de 20 organisaties die zich aanmeldden voor de doe-het-zelf-variant hebben er 4 besloten van deelname af te zien. Soms bleek de belasting te zwaar, soms kregen andere - lopende - projecten prioriteit en soms werd het vragen van toestemming aan cliënt/ mantelzorgers als te tijdsintensief ervaren.

De interventies die zijn ingezet door de 16 overige organisaties variëren van deskundigheidsbevordering, meer multidisciplinaire overlegmomenten, vergroten van familieparticipatie tot het in huis halen van meer expertise en het aanpassen van beleid en richtlijnen. Voorbeelden van zulke interventies:

- consultatie van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE);
- gebruik van video-opnames bij onbegrepen gedrag om gedrag (en gevolgen van eigen gedrag medewerkers beter te begrijpen ;
- gebruik van alternatieven, zoals een ballendecken, GPS, nachtverlichting, robotpoezen en het meten van geluid.
- multidisciplinaire gedragsvisites;
- aanpassingen in de fysieke woonomgeving; rustgevende videobeelden in een apart hoekje op de afdeling;
- implementatie van de STA-OP methode of de methode GRIP;
- implementeren van de levensgeschiedenis van een bewoner;
- scholing over het signaleren van onbegrepen gedrag en de werking van psychofarmaca;
- het aannemen van personeel met veel ervaring in onbegrepen gedrag;
- medewerkers opleiden tot gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric (GVP-er);
- aandacht voor bejegening;
- reguleren van de ‘zo nodig’-medicatie door aanpassen van beleid: inplannen van afspraken met de arts voor evaluatie en afbouw; precies beschrijven bij welk gedrag en wanneer de medicatie gegeven mag worden; en terugkoppeling van de zorgmedewerkers van het effect van psychofarmaca bij de cliënt.
- Opzet of aanpassen van het protocol ‘onbegrepen gedrag’.

De verbetertrajecten zijn in de meeste gevallen vakkundig opgezet. De meeste organisaties hebben een plan van aanpak gemaakt, ze hebben een projectleider, er zijn mede- ‘kartrekkers’ aangewezen en er is een multidisciplinair team samengesteld dat betrokken is geweest bij de vormgeving en implementatie van de interventies.

### **Resultaten:**

Voor cijfers over de doe het zelf variant in de VVT: zie tabel 2 pagina 32.

Over de deelname aan deze variant zijn tot nu toe alle 16 verpleeghuizen positief. De grootste winst lijkt te zitten in ‘zachte’ factoren zoals verbetering van deskundigheid en houding en meer bewustwording. Dit leidt onder meer tot een verminderde druk vanuit de zorgverleners op het voorschrijven van psychofarmaca en een minder ‘paniekerige’ sfeer doordat men weet dat er een heel team achter het besluit staat. Al met al lijkt er sprake te zijn van een cultuuromslag waardoor de vanzelfsprekendheid van de inzet van ‘een rustgevend pilletje’ verminderd is.

De resultaten laten zien dat een meerderheid van de verpleeghuizen (7/16) erin is geslaagd om het percentage psychofarmaca gebruik terug te dringen. Ook zijn er drie verpleeghuizen waarbij een toename in psychofarmagebruik te constateren valt - en bij 2 verpleeghuizen is er geen verschil tussen de voor- en nameting. Zoals te zien in tabel 2 moeten twee verpleeghuizen de nameting nog aanleveren - hierover kunnen nog geen uitspraken worden gedaan.

Met alle verpleeghuizen wordt een afsluitend telefonisch interview gehouden ter evaluatie. Hierin worden mogelijke verklaringen genoemd voor de soms tegenvallende resultaten - zaken die de implementatie van de interventies heeft bemoeilijkt. Factoren die genoemd worden betreffen onder meer:

- Bezuinigingen: een afname van het aantal FTE's wat op een woning wordt ingezet;
- Door onderbezetting van personeel;
- Artsen merken vooral in het weekend en de avonden dat ze vaker worden gebeld door personeel dat minder bekend is op de woning of minder deskundig is;
- Cliënten zijn zieker bij opname; vaak gaat het thuis niet langer en dan blijkt de huisarts of specialist al behoorlijk wat medicatie te hebben voorgeschreven die de specialist ouderengeneeskunde kan afbouwen in de veilige setting van het verpleeghuis.

Andere, meer algemene barrières die werden waargenomen gedurende het verbetertraject hadden betrekking op veranderende teamsamenstellingen, personeelsverloop, 'kartrekkers' die juist weg gingen, weerstand / angst t.a.v. het onderwerp, beperkte communicatie (rondom project, doelen, acties), complexiteit van de zorg voor bewoners; forse progressieve dementie wat de tijdelijke inzet van psychofarmaca noodzakelijk maakt, spanningsvelden die ten grondslag liggen aan de omgang met onbegrepen gedrag, verlies van de focus over verloop van tijd en artsen die niet op 1 lijn zitten (ene arts doet voortvarend mee en de ander vaart zijn eigen koers).

Tot nu toe heeft ieder verpleeghuis in de doe het zelf variant zijn/haar tevredenheid uitgesproken over deelname. Een enkeling gaf aan dat de beslissing om aan de doe het zelf variant deel te nemen goed bleek te zijn omdat ze al acties en ideeën hadden lopen. De overige huizen hebben aangegeven dat ze achteraf gezien wellicht beter aan de intensieve variant hadden kunnen deelnemen omdat de externe inmenging fungeert als 'stok achter de deur' en meer vaart achter het project zet. De meerderheid van de verpleeghuizen hebben geen aanvullend contact gezocht met Vilans, terwijl één verpleeghuis juist veelvuldig contact heeft gehad en er zelf een inspiratie dag is georganiseerd op de desbetreffende locatie. De tot nu toe geïnterviewde verpleeghuizen geven allen aan door te gaan met de ingeslagen weg. Er wordt goed nagedacht over borging van de ingezette acties. Er wordt beleid geschreven op het 'zo nodig' voorschrijven. Een enkel verpleeghuis heeft dit al verwerkt tot doelstellingen binnen een meerjaren plan. Kenmerkend voor het feit dat bewust gebruik van psychofarmaca zoveel meer is dan alleen een zichtbare daling van psychofarmaca is het citaat van één van de deelnemers: 'het proces was veel bevredigender dan het resultaat dat je in cijfers terugziet'.

### 1.3 De intensieve variant in de VG-sector

In de VG-sector zijn er geen aanmeldingen geweest voor de Doe-het-zelf variant. De reden daarvoor is het ontbreken van de online leerinterventie in deze variant. Als gevolg daarvan is er in de VG alleen een intensieve variant waar 6 organisaties aan meedoen.

In de voortgangsrapportage van 2016 hebben we al vermeld dat het aantal aanmeldingen voor deelname aan het onderzoek 'Kennis van begeleiders, verzorgers en behandelaars ten aanzien van psychofarmagebruik door mensen met een verstandelijke beperking' niet volgens planning verliep. Eind 2016 hebben we een werksessie georganiseerd om input te halen voor een hernieuwde/verlengde wervingsronde. In de eerste helft van 2017 is nogmaals ingezet om deelnemers te werven voor de studie, waarbij organisaties zich aan konden melden tot 1 juni 2017. Helaas heeft ook deze wervingsronde geen nieuwe aanmeldingen opgeleverd. Organisaties geven aan dat er veel projecten lopen, er onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn en dat de tijdsinvestering fors is bij een al hoge werkdruk.



Ondanks deelname van een beperkt aantal organisaties is het beoogde aantal deelnemers aan het onderzoek ruim gehaald. Bij de 6 organisaties doen in totaal ongeveer 250 cliënten en ongeveer 350 begeleiders mee.

De online leerinterventie is ontwikkeld in opdracht van het Centrum verstandelijke beperking en psychiatrie (CVBP) in een samenwerking met Vilans. De online leerinterventie komt na het publiceren van de onderzoeksresultaten ter beschikking op de website van Vilans tegen een geringe vergoeding. Deze vergoeding wordt gebruikt om deze module actueel te houden. Voor organisaties die meegedaan hebben aan het wetenschappelijk onderzoek is de leerinterventie vrij beschikbaar. De inhoud is tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van het CVBP. De inhoudelijke input kwam van een gedragskundige en begeleiders van diverse organisaties. Het product is opgebouwd uit 4 modules met praktijksimulaties, oefenmateriaal en verwijzingen over bewustwording, inzicht in het gebruik, algemene basiskennis, het proces rond het voorschrijven, evalueren van het gebruik en de rol van de verschillende disciplines, in het bijzonder de begeleider. Het eindproduct is opgeleverd, inclusief een handleiding.

De komende maanden wordt de focus bij de verschillende organisaties gelegd op het volgen van de online leerinterventie en het per organisatie inzetten van verschillende interventies. Deze interventies lopen uiteen van het ontwikkelen en verbeteren van signaleringsplannen tot het gericht afbouwen van psychofarmaca gebruik bij cliënten. De laatste metingen van het onderzoek zullen plaatsvinden in juni 2018. In het derde kwartaal van 2018 hopen we de resultaten beschikbaar te hebben. We verwachten dan meer zicht te hebben op het effect van de leerinterventie op de kennis van begeleiders wat betreft psychofarmacagebruik door cliënten en in hoeverre de leerinterventie en overige interventies hebben geleid tot meer passend psychofarmacagebruik.

In bijlage 3 staat het resultaat van de eerste meting, met een overzicht van psychofarmaca-gebruik per organisatie. Resultaten van afbouw psychofarmaca als gevolg van de leerinterventie zijn pas te rapporteren na de metingen in 2018.

## 2. Overige resultaten

Naast de resultaten in het actieprogramma en het onderzoek dat daarin plaats vindt, is er veel aandacht besteed aan benodigde bewustwording (2.1) en kennisverspreiding (2.2).

### 2.1 Landelijke publiciteit

We streven er in het programma naar om een beweging in gang te zetten naar landelijk bewustzijn voor het terugdringen van oneigenlijk psychofarmacagebruik. We zijn daarover in gesprek met belangrijke stakeholders, zoals IGZ, LOC, Alzheimer Nederland, VGN en ActiZ. Verder hebben we ons vooral gericht op bewustwording en informeren.

#### Activiteiten die we daarvoor in gang gezet hebben:

- Startcongres in januari 2016: groot succes, volle zaal, een als uitstekend beoordeeld programma, veel animo om mee te doen met het actieprogramma.
- Bijeenkomsten van de klankbordgroep in maart en oktober 2016.
- Bijeenkomst Waardigheid & Trots met themacoördinatoren en tranchemanagers, in juli 2016.
- Bijeenkomst met apothekers en huisartsen in Lieshout, december 2016.
- Regiobijeenkomst met psychologen in Doorn, november 2017.
- Vanwege een tekort aan aanmeldingen in de VG een wervingscampagne gestart op 9 december 2016 met als opzet:
  - Verwanten vinden het programma ‘Het kan beter met minder, bewust gebruik van psychofarmaca’ spannend, zijn bang voor oud gedrag dat kan terugkeren. Hierop meer uitleg geven en casuïstiek van wat dan te doen;
  - Campagne-achtig aan de slag met ervaringen/ verhalen van medewerkers en verwanten en dat nader uitwerken;
  - Minder benaderen als een nieuw project en meer als proces wat al in de organisatie aanwezig is;
  - Cultuur- en bewustzijnsverandering centraal stellen, proces van de gehele organisatie, niet alleen van behandelaren of persoonlijk begeleiders. Vergroten van het eigenaarschap - van projectgroep naar de woningen;
  - Bijwerkingen gebruik psychofarmaca meer uitlichten en onder de aandacht brengen.
- Artikelen:
  - Skipr blog
  - Tijdschrift voor verzorgenden 2 x een artikel
  - NRC
  - Volkskrant
  - Interview Sytse Zuidema gegeven aan Music and Memory Ipod.
  - Stentor artikel nov 2016
  - Verbinding met programma Leven in vrijheid
  - Filmpje bij één vandaag Amerpoort - YouTube - juli 2016
  - Tijdschrift artsen VB (NVAVG): resultaten Amerpoort; in 1 jaar!

### 2.2 Kennis delen

Op onze kennispleinen hebben we telkens opnieuw aandacht gevraagd voor het programma:

[www.kennispleingehandicaptensector.nl/psychofarmaca](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/psychofarmaca) en [www.zorgvoorbeter.nl/psychofarmaca](http://www.zorgvoorbeter.nl/psychofarmaca)

Kennisproducten van het programma op het Kennisplein Gehandicaptensector, inclusief bezoekcijfers (tot en met november 2017):

- Bezoek van de pagina's over psychofarmaca in totaal: 5152
- Top 5 bezoek algemeen:
  1. [Toolkit Bewust gebruik van psychofarmaca - Omgaan met probleemgedrag](#) (1027)
  2. [Toolkit psychofarmaca](#) (842)
  3. [Toolkit psychofarmaca - Overzicht zes groepen psychofarmaca](#) (530)
  4. [Toolbox psychofarmaca - kennis en tips over gebruik](#) (426)
  5. [Zelftest psychofarmaca](#) (190)
- Top 5 nieuwsberichten:
  1. [Interview 'Psychofarmaca: Zonder diagnose is het 'mis'handeling'](#) (1103)
  2. [Verhalenbundel 'Een pil tegen roepen, Feiten en fabels rond psychofarmaca'](#) (270)
  3. [Actieprogramma: gebruik psychofarmaca terugbrengen](#) (92)
  4. [10 tips om psychofarmaca te verminderen](#) (66)
  5. [Tips en tools voor bewust psychofarmacagebruik](#) (45)

Kennisproducten van het programma op Zorg voor Beter inclusief bezoekcijfers (tot en met november 2017):

- Bezoek van de pagina's over psychofarmaca: 11.573
- Top 5 bezoek algemene pagina's:
  1. Psychofarmaca (overzichtspagina) (4.848)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/psychofarmaca>
  2. Psychofarmaca verminderen (257)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-psychofarmaca-afbouwen.html>
  3. Methoden probleemgedrag en depressie (162)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-medicijnen-methoden.html>
  4. Folders, tips en uitleg (136)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-psychofarmaca-folders.html>
  5. Goede voorbeelden: verminderen psychofarmaca (41)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/72004-vrijheidsbeperking-goede-voorbeelden-psychofarmaca.html>
- Top 5 nieuwsberichten over psychofarmaca:
  1. Download verhalenbundel 'Een pil tegen roepen' (3.559)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/verhalenbundel-psychofarmaca-pil-tegen-roepen.html>
  2. Persiflages: psychofarmaca bij probleemgedrag (1439)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/videos-persiflages-psychofarmaca-probleemgedrag.html>
  3. Inspiratiesessie over terugdringen gebruik psychofarmaca (343)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/inspiratiesesses-verminderen-psychofarmaca.html>
  4. 10 tips om psychofarmaca te verminderen (bericht uit december 2015) (277)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/psychofarmaca-verpleeghuizen-ouderen.html>
  5. Tips en tools voor terugdringen psychofarmaca (bericht uit december 2016) (57)  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/tips-psychofarmaca-terugdringen-zorgorganisaties.html>

Andere manieren waarop we kennis delen:

- FAQ's op de website van Vilans  
<http://www.vilans.nl/onze-projecten-psychofarmaca-verminderen-faq.html>
- Zelftest psychofarmaca op Kennisplein Gehandicaptensector  
(<http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/test-psychofarmaca.html>)
- Toolkits, fysiek en online zowel voor de VVT- als voor de VG-sector voor alle deelnemers aan het actieprogramma en via de kennispleinen ter beschikking gesteld aan het hele werkveld met onderdelen als:
  - GRIP, een gevalideerde interventie op probleemgedrag;
  - analyselijst probleemgedrag;

- overzicht groepen psychofarmaca;
- tips en tools voor projectsturing.
- Drie leer- en inspiratiesessies met onderdelen als:
  - verhalen van verwanten/cliëntenraden;
  - accent op de kracht van teamwork: van ‘de pil is van de dokter’ naar ‘de pil is van ons allemaal’;
  - Inbedding en verspreiding via portretten en filmpjes, laagdrempelig.
  - voorop in de regioessies staat bewustzijn vergroten, bijvangst is aanmelden voor het traject.

## 2.3 Deelproject 10 uitgangspunten

Om de bewustwording hierover in beide sectoren (ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg) te vergroten, zijn met een groep experts *10 Uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag* ontwikkeld (bijlage 5).

Met deze uitgangspunten bieden we het veld een soort ‘gouden’ standaard waaraan professionals hun eigen proces rondom het inzetten van psychofarmaca kunnen spiegelen. Dit hebben we gedaan naar voorbeeld van de *Veilige principes in de medicatieketen*, die in het veld in het veld van de ouderenzorg, en later ook de gehandicaptenzorg, een geaccepteerde standaard zijn geworden. De *Veilige principes in de medicatieketen* zijn uitgewerkt in rollen en verantwoordelijkheden van betrokken zorgprofessionals.

Tijdens het startcongres begin 2016 zijn deze 10 uitgangspunten aangeboden aan Anja Jonkers, hoofdinspecteur Ouderenzorg van de Inspectie voor de gezondheidszorg. Daarmee zijn de 10 uitgangspunten overgedragen aan een vertegenwoordiger van het veld en vormen een richtlijn voor de zorgprofessionals. Dat betekent niet dat de uitgangspunten al gebruikt worden in de praktijk. De *10 uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag* zijn verspreid in dit deelproject met de volgende resultaten:

- Filmpjes 3 x: 3 hilarisch en inspirerende filmpjes van Tosca Niterink en Anita Janssen met een parodie-met-serieuze-knipoog over omgaan met probleemgedrag: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/videos-persiflages-psychofarmaca-probleemgedrag.html>
- Publicatie *Een pil tegen roepen*. In hardcopy en digitaal; 1<sup>e</sup> druk 1500x en maand later de 2<sup>e</sup> druk 700x. Publicatie wordt goed ontvangen en naar verwachting gaan er meer drukken volgen, vooral om de deelnemers in het actieprogramma te bedienen. Ook in België is belangstelling voor deze uitgave. <http://www.vilans.nl/publicatie-verhalenbundel-een-pil-tegen-roepen-feiten-en-fabels-rond-psychofarmaca.html>
- Verspreiding onder deelnemers actieprogramma, twee voorbeelden:
  - Artsengroep in zorgorganisatie die dankbaar gebruik maakt van de publicatie om bewustwording van juist gebruik psychofarmaca bij medewerkers en familie te verhogen
  - Zorgorganisatie uit Waardigheid & Trots waarbij zorgteams op basis van de publicatie het goede gesprek aangaan over omgaan met probleemgedrag en psychofarmaca
- Benutten van het materiaal in regionale leer-inspiratiesessies - drie in 2017 - waarin de gast-locatie samenwerkende hen bekende zorg-collega's uitnodigen om omgaan met probleemgedrag te bespreken en expertise uit te wisselen
- Verspreiding op van materiaal op kennispleinen Zorg voor Beter en Gehandicaptenzorg
- Implementatiepakket samengesteld voor onderwijs met toolkit, filmpjes en publicatie *Een pil tegen roepen*
- Consultatie en werksessie met docenten ROC t.b.v. gebruik/benutten van het materiaal.

## 2.4 Ontwikkeling psychofarmaca toetsinstrument

Om vat te krijgen op onjuist gebruik is de behoefte ontstaan aan een meetinstrument om het niet passend psychofarmacagebruik op een eenvoudige, maar ook een betrouwbare en gevalideerde manier te meten. Binnen dit onderzoek wordt een instrument ontwikkeld dat door een voorschrijvend arts of verpleegkundig specialist kan worden ingevuld. Het instrument heeft een drieledig doel: (1) interne kwaliteitscontrole (zorgverbetering), (2) het meten van effecten van interventies en innovaties voor wetenschappelijk onderzoek en (3) externe kwaliteitscontrole / benchmark. Het instrument wordt ontwikkeld en vervolgens in de praktijk getest worden op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid.

### Voortgang in de VVT

De resultaten van dit onderzoek staan uitgebreid beschreven in bijlage 4. De toetsing op significantie van de verschillen vind nog plaats. De uitleg gegeven bij de resultaten is gebaseerd op wat we op het oog kunnen zien en moeten dus nog verder wetenschappelijk onderzocht worden. De resultaten zullen eind 2018 beschikbaar zijn.

De artsen gaven, na het invullen van de psychofarmaca, aan dat zij hier meestal tussen de 5 tot 10 minuten mee bezig waren. Het instrument is vrij simpel en makkelijk in te vullen. Indien een cliënt veel verschillende ziektebeelden heeft (een psychiatrische aandoening in combinatie met dementie) is het instrument wat lastiger in te vullen en neemt het ook meer tijd in beslag. Over het algemeen was iedereen zeer positief over het instrument en zouden ze dit vaker willen gebruiken in de praktijk, ook als praktisch naslagwerk.

Concluderend wordt de psychofarmacamonitor goed ontvangen door de artsen die werkzaam zijn in de verpleeghuissector. De resultaten lijken veelbelovend, al zullen de statistische toetsen moeten uitwijzen of de overeenkomsten die we vinden significant zijn. De inclusie voor het onderzoek liep minder goed dan gedacht, maar zeker is het mogelijk om de validiteit en betrouwbaarheid van de psychofarmacamonitor te bepalen.

### Voortgang in de VG

De ontwikkeling van het instrument vindt plaats aan de hand van een zogenaamde Delphi-procedure. Vanuit het veld vernamen wij kritische geluiden ten aanzien van de ontwikkeling van het instrument.

Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om na de ontwikkeling van het concept instrument middels een informatieronde potentiële gebruikers van het instrument mee te nemen. Aldus hopen we dat het instrument beter aansluit bij de dagelijkse praktijk en mogelijk weerstand tegen het instrument weg te nemen. De ontwikkeling van het conceptinstrument en het invoegen van een tussenronde heeft veel extra tijd gekost. Deze tijd is geïnvesteerd om het instrument goed aan te passen aan de praktijk van voorschrijvers voor mensen met een verstandelijke beperking. Doordat het onderzoek hierdoor gaat uitlopen, is verlenging aangevraagd en inmiddels toegekend.

Het instrument zal in het voorjaar van 2018 in de praktijk onderzocht worden op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Resultaat van deze meting wordt in de loop van 2018 verwacht.

## 3. Geleerde lessen en Hoe verder

### 3.1 Geleerde lessen

Inmiddels is een start gemaakte met bijna alle intensieve trajecten in de VVT- en VG-sector. De trajecten lopen uiteen van uiterst moeizaam tot zeer voortvarend. In beide gevallen levert dat input op om een beeld te krijgen van wat werkt en wat niet werkt. De waarnemingen en interventies van de coaches in de praktijk zijn onderwerp van gesprek in tweemaandelijks intervisie-sessies onder externe begeleiding. De coaches hopen zo een rode draad te ontdekken in opzet en aanpak van de verandertrajecten. In deze paragraaf een overzicht van bepalende factoren voor het slagen van de projectaanpak.

#### Wat werkt?

- Support van de interne projectleider in het uitvoeren van projectleiderstaken. Praktische handvatten en een format voor een plan van aanpak helpen keuzes te maken, zowel inhoudelijk als organisatorisch.
- De start kan op twee manieren. Afhankelijk van de organisatieontwikkeling helpt het te starten met een inspiratiesessie c.q. *kick off* of juist klein en praktisch beginnen om al werkende weg enthousiasme te organiseren vanuit kleine succesjes.
- Bepalend voor succes is of er al een doorleefde visie bestaat in de organisatie op inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen, omgaan met probleemgedrag en de inzet van gedrags-beïnvloedende medicatie. Is die er niet dan kan moet de aanpak beginnen met de opbouw van zo'n visie; niet alleen op papier maar ook/juist als handvat en richtlijn voor het handelen in de praktijk.
- De wetenschappelijke onderzoeklijn wordt in een strak ritme uitgezet. Dat is zeer behulpzaam, bijvoorbeeld als er veel ruis is op meerdere fronten van de organisatie. De resultaten van de evaluaties in het onderzoek geven een harde ondergrond aan het effect van gehanteerde interventies en initiatieven. Niemand kan om de resultaten heen in de zin dat lage scores niet te ontkennen zijn.
- De input van de coach is gericht op multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast kan de coach verbanden leggen met landelijke ontwikkelingen zoals de ontwikkeling van toezicht van de inspectie en richtlijnen. Deze informatie en de ervaringen van andere organisaties in het programma maken het repertoire van de coach breed en veelzijdig en geeft richting aan de coaching.
- Het vermogen van projectleider of andere leden van het projectteam om gestructureerd de aanpak en acties bij te houden heeft soms support nodig. Aanscherping van acties en plannen door de coach kan soms net het zetje geven waardoor de aanpak effectiever verloopt.
- Er is vaak weinig ruimte voor reflectie en overleg breder dan alleen een cliëntencasus, terwijl bijvoorbeeld de onderlinge samenwerking ook de nodige aandacht verdient. Helpend is als de coach bijdraagt aan de kwaliteit van de gesprekken. Zo heeft de discipline en kwaliteit van het gedragsprekeuur met arts, psycholoog en zorgmedewerker vaak een verbeteringslag nodig. Het op niveau houden van dit gesprek is een kwetsbaar punt dat aandacht behoeft.
- Coaching gaat vaak op processen: bijdragen aan structurele veranderingen en niet ad hoc interventies. Tegelijk is inhoudelijke kennis vereist om door te kunnen vragen en tot de kern te komen.
- De coach heeft ook functie als kennisbron: toegang bieden tot bestaande tools en werkwijzen en goede voorbeelden in andere organisaties. De coach is bekend met de landelijke ontwikkelingen en wijst organisaties daarop, bijvoorbeeld beleid rond 'zo nodig' medicatie en werken met een stappenplan voor vrijheidsbeperking.
- Bevordering van bewustzijn op dit thema over aanpak van probleemgedrag en inzet van pillen is een belangrijke factor.
- De coach kan helpen positief en niet te belerend in te steken en de organisatie in beweging te laten komen op enthousiasme en gedrevenheid, de input van een externe heeft hierop een positief effect.

## Wat werkt niet?

- Organisaties hebben het ongelofelijk druk. Een eerste stap is vaak om het beeld op orde te krijgen van wat er al loopt op onderwerpen als onbegrepen gedrag, dementie en medicatie. Wat is al succesvol, wat is vastgelopen en wat is het daadwerkelijke effect van de inspanningen? Maakt het projectteam deze stap niet, dan bestaat de kans dat er onvoldoende) wordt aangesloten bij projecten en speerpunten die al lopen binnen de organisatie. Dan wordt het ervaren als een 'extra ding'.
- Voor effectief werken zijn de thema's eigenaarschap en coachend leiderschap van groot belang. Vooral leiderschap van artsen is cruciaal op motivatie voor en consequenties van terugdringen van psychofarmaca. Zij zijn immers verantwoordelijk voor het voorschrijven van medicatie. Maar het gaat ook om eigenaarschap: het actief deelnemen aan acties en de discipline opbrengen om afspraken na te komen, dan wel deze constructief aan de orde te stellen.
- Het niet goed doordenken van deelname aan het project. De *contracting* moet plaatsvinden op basis van onderzochte en besproken aannames over motivatie, tijdsinvestering van medewerkers, behandelaars en management. Ontbreekt dit type *contracting* aan de voorkant of kan er niet bijgesteld worden dan loopt het verder in het traject spaak.
- Bovenstroom en onderstroom. Organisaties bouwen een web van patronen op samenwerken, afspraken maken, elkaar aanspreken, macht en invloed, vriendelijkheid en positief denken. Deze patronen kunnen ten dienste staan van het project en tegelijkertijd ook belemmeringen vormen. De reflectie op wat hiervan zichtbaar is in de boven- en onderstroom is altijd onderdeel van het coaching-traject.
- Soms is de coach te veel vriend en te weinig kritische vriend: reflectie op eigen handelen, al dan niet in intervisie, is noodzakelijk om de rol als coach goed te kunnen blijven doen. We vragen van de organisaties reflectie, dat betekent voor de coaches *practice what you preach*. Coaching vereist dus het eigen leren blijven organiseren.
- Obstakel is als een organisatie zich niet houdt of kan houden aan eerder gemaakte afspraken. Meedoen aan dit project vereist een mate van stabiliteit. Geen fusies, reorganisaties of verhuizingen. Dergelijke ingrijpende organisatorische veranderingen kunnen toch ineens aan de orde zijn.

## 3.2 Hoe verder

In 2018 loopt de coaching in VVT en VG ten einde en vinden de eindmetingen plaats in de VG en VVT. Begin 2019 kunnen alle onderzoeksresultaten verwerkt worden in de eindrapportage.

Naast de doorlopende activiteiten van organisaties in het actieprogramma met bijbehorende coaching vanuit Vilans, zetten we de geleerde lessen en verworven bewustzijn op mindering van oneigenlijk gebruik van psychofarmaca om in de volgende activiteiten:

- Werkboek 'hoe ontwikkel ik mijn team op omgaan met onbegrepen gedrag/psychofarmaca?'
- Factsheet en bijbehorende scan om zelf aan de slag te gaan;
- Toolbox op team- en organisatie niveau, inclusief het meetinstrument psychofarmaca dat nu ontwikkeld wordt
- Ervaringsbox met inspirerende voorbeelden en materiaal om ervaring met afbouw op te doen;
- Leermodules op specifieke onderdelen zoals de gevalideerde methodieken GRIP en Sta-Op.

Doorlopend in 2018 in kennisverspreiding is de productie/verspreiding van publicaties, organisatie van de succesvolle leer-inspiratiesessies en bijdragen aan symposia.

## Bijlage 1: Cijfers intensieve variant VVT

Organisatie 1						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Juli 2016	April 2017	Dec 2017	Sept 2016	Mei 2017	49	1

Overzicht	
<b>Introductie</b>	Organisatie 1 is de koploper van het project waarbij gestart is met coaching vanuit Vilans. De uitkomsten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn teruggekoppeld in het projectteam, tijdens een medewerkersbijeenkomst (25 zorgmedewerkers) en een familieavond (25 familieleden). De medewerkers hebben op basis van de top 5 knelpunten een prioritering aangebracht van actiepunten die nodig zijn om te komen tot minder oneigenlijk psychofarmacagebruik. Deze prioritering is de basis van het implementatieplan geworden.
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	53%
<b>Resultaat 2<sup>e</sup> meting</b>	43%
<b>Resultaat 3<sup>e</sup> meting</b>	35%
<b>Gekozen interventies</b>	De artsen en psychologen gaan meer multidisciplinair samenwerken met zorgmedewerkers en familie om te bepalen of en op welke wijze psychofarmaca afgebouwd kan worden bij de bewoners. Er is hiervoor een stappenplan met bijbehorende acties ontwikkeld. De zorgcoördinatoren hebben een cruciale rol in de uitvoer van dit stappenplan. Organisatie 1 heeft een laagdrempelig multidisciplinair kernteam dat wekelijks bij elkaar komt en waarbij familie uitgenodigd wordt indien nodig. Dit is een ideale Ausgangssituatie om het oneigenlijk psychofarmacagebruik verder aan te pakken.
<b>Resultaat</b>	Inmiddels is dit traject zeer succesvol afgerond. Het psychofarmacagebruik is gedaald en de multidisciplinaire samenwerking is goed geborgd. Het stappenplan in het kader van probleemgedrag en psychofarmacagebruik is succesvol geïmplementeerd. Ook ligt er een werkbeschrijving hoe omgegaan wordt bij het inzetten van 'zo nodig' medicatie.

Organisatie 2						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Sept 2016	Mei 2017	Jan 2018	Sept 2016	Juni 2017	24	2

Overzicht	
<b>Introductie</b>	De interne werving van cliënten voor het onderzoek is wat achter gebleven vanwege een lage opkomst bij familiebijeenkomsten en een lage opkomst bij medewerkersbijeenkomsten. Dit is te wijten aan een te late informatievoorziening



	en het vrijblijvende karakter van de bijeenkomsten voor medewerkers. De onderzoekers hebben een nulmeting gedaan en hebben een knelpuntenanalyse gemaakt. Deze knelpunten zijn besproken met de projectgroep en er is over mogelijke oplossingen voor deze knelpunten gesproken. Medewerkers hebben zelf de mogelijke interventies/oplossingen geprioriteerd.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	50%
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	41%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	41%
Gekozen interventies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visie op dementiezorg officieel vaststellen en verder implementeren</li> <li>▪ GRIP verder implementeren als stappenplan voor onbegrepen gedrag</li> <li>▪ Een psycholoog aanstellen voor 24 uur in de week</li> <li>▪ Per team wordt een aandachtsvelder kwaliteit benoemd die toeziet op de kwaliteitsplannen. Zij worden 'on the job' gecoacht door een niveau 5 verpleegkundige</li> <li>▪ Medewerkers worden gestimuleerd de GVP opleiding te gaan volgen. In het verleden is gebleken dat de GVP opleiding leidt tot meer deskundigheid bij medewerkers over dementie en onbegrepen gedrag. De zorgmanager stimuleert verzorgenden die affiniteit hebben met de PG doelgroep om de GVP opleiding te volgen</li> <li>▪ Er is een HBO verpleegkundige aangesteld die deels meewerkt en deels coacht op de werkvloer</li> <li>▪ Alle medewerkers, inclusief huishouding, facilitair en receptie, krijgen een scholing over dementie. Alle zorgmedewerkers, niveau 2 t/m 5, krijgen daarnaast nog een scholing over het omgaan met onbegrepen gedrag</li> </ul>
Resultaat	<p>Het traject is wat moeizaam verlopen. Dit komt onder andere doordat er veel wisselingen zijn geweest in personeel gedurende het project. Hierdoor is de samenstelling van het verbetersteam vier keer gewisseld. Wel is bij de 2<sup>e</sup> meting te zien dat het psychofarmaca gebruik licht gedaald is.</p> <p>De afgelopen tijd is de organisatie bezig geweest met de implementatie van het nieuwe dementiebeleid dat het afgelopen jaar is ontwikkeld. Daar wordt veel in geïnvesteerd door management en bestuur. Verder is een aantal punten uit het implementatieplan nog niet gereed. De implementatie van het GRIP stappenplan en de samenwerking met de behandelaren verbeteren zijn nog niet in gang gezet vanwege een ontbrekende behandeldienst tot juli 2017. Sinds juli 2017 heeft de organisatie een nieuw samenwerkingsverband met de behandelaren van een andere zorginstelling in de buurt.</p>

Organisatie 3						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Okt 2016	Juni 2017	Feb 2018	Juni 2016	Juli 2017	38	10

Overzicht	
Introductie	Na de 1 <sup>e</sup> meting was de conclusie dat er op drie aspecten winst viel te behalen: Signaleren, Indiceren, Evalueren. In de aanpak zijn er 5 werksessies geweest met vertegenwoordigers van alle woningen, psychologen en een enkele keer een arts.

	Er zijn aparte sessies geweest met behandelaars, psychologen en het multidisciplinaire behandelteam.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	71%
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	71%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	73%
Gekozen interventies	<p>Acties zijn ingezet op leef-woonklimaat c.q. omgaan met onbegrepen gedrag op de woningen; de methode van omgaan met onbegrepen gedrag; kwaliteit van de gedragsvisite en voorschrijfgedrag van de artsen.</p> <p>Grootste pijnpunt is de gering betrokkenheid van de artsen bij dit project. Weinig daadkracht binnen en in aansturing van deze groep; in vergelijking met andere verpleeghuizen een te hoog voorschrijfgedrag van psychofarmaca - en overigens ook van antibiotica. Verder heerst een managementfilosofie dat men stevig ingrijpen ziet als destructief voor de ontwikkeling van zelfsturing. Niet verwonderlijk dat er in de 2<sup>e</sup> meting nauwelijks vooruitgang is geboekt. Tal van initiatieven zijn genomen om de artsen tot actie uit te nodigen en of ze onder druk te zetten, maar het leiderschap vanuit deze cruciale beroepsgroep is vooralsnog uitgebleven.</p> <p>Interventies vanuit de coach op het proces: advies en hulp bij uitvoering van de werksessies met teams, behandelaren en multidisciplinaire sessie; aanscherping rollen interne projectleider en 1<sup>e</sup> geneeskundige; attendering van vastlopen met artsen bij locatiedirecteur.</p>
Resultaat	<p>De onderstreping van het nut van begeleidend wetenschappelijk onderzoek wordt goed zichtbaar bij het actieprogramma; de metingen maken resultaat of het uitblijven daarvan zeer duidelijk met harde cijfers.</p> <p>Onderstreping van het feit dat als de artsengroep op het thema psychofarmaca geen leidende rol inneemt, het voor de andere betrokkenen nauwelijks te doen is om voortgang te boeken.</p> <p>Bewustzijn over wat er nog niet goed gaat in deze organisatie is nu zo alom erkend, dat de noodzaak van tot actie overgaan met de arts(en) voorop mogelijk op een later moment leidt tot substantiële verbeteringen.</p>

## Organisatie 4

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Nov 2016	Juli 2017	Maart 2018	Aug 2016	Aug 2017	43	1

## Overzicht

Introductie	<p>In oktober 2016 is er een Kick-off-bijeenkomst georganiseerd, waar het gehele verbeterteam bij aanwezig was. Daar heeft de directeur Zorg nogmaals voor het voetlicht gebracht waarom zij het terugdringen van PF zo van belang vindt, en waarom het verpleeghuis dus meedoet met het onderzoek. De voorzitter van de cliëntenraad is vertegenwoordigd in het verbeterteam, waar naast enkele EVV-ers ook een SO en psycholoog zitting hebben.</p> <p>De organisatie heeft behoefte aan meer inzicht in de APID meting die is gedaan om de juistheid van psychofarmaca voorschrijven te bepalen. Er is behoefte aan een versimpeld meetinstrument. Daarnaast zijn de verschillende subgroepen goed aan de slag gegaan met het implementatieplan.</p>
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	51%

Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	61%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	61%
Gekozen interventies	<p>Het vergroten van familieparticipatie. Dit om zo sneller te kunnen schakelen met familie wanneer er veranderingen in het gedrag van de bewoner worden gesignaleerd.</p> <p>Vergroten van kennis over onbegrepen gedrag om zo beter vroegtijdig te kunnen signaleren. Dit gebeurt d.m.v. een tweedaagse cursus.</p> <p>Meer multidisciplinair handelen op het gebied van onbegrepen gedrag door het stappenplan expliciet naar voren te laten komen tijdens de omgangsoverleggen</p>
Resultaat	Resultaat van de 2 <sup>e</sup> meting is dat er juist is voorgeschreven maar dat het psychofarmacagebruik is gestegen. De organisaties gaat door met juist voorschrijven en is benieuwd naar de derde meting.

Organisatie 5						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Dec 2016	Aug 2017	April 2018	Sept 2016	Okt 2017	26	2

Overzicht	
Introductie	<p>2 andere locaties volgen op afstand en worden betrokken op hoofdlijnen. De doelstelling van deze organisatie is het voldoen aan het landelijke gemiddelde qua psychofarmacagebruik.</p> <p>Bij de start van het traject was er wat weerstand bij het presenteren van de knelpuntenanalyse. Die weerstand kwam met name van de zorgmanager en betrof de personele bezetting die al maanden onder druk stond. De voorzitter van de artsenvakgroep verdedigde de knelpunten en de onderzoekers die kwamen presenteren. Vervolgens heeft er een brede medewerkersbijeenkomst plaatsgevonden om acties op te halen voor in het plan van aanpak. Daarna is aan de slag gegaan met het verbetersteam, wat bestond uit; de overall projectleider, de projectleider van de onderzoekslocatie, 2 teamleiders van de andere locaties en een kwaliteitsverpleegkundige. Vervolgens hebben er twee wisselingen plaatsgevonden van projectleiders. Hierdoor verliep de communicatie met andere disciplines en het management binnen deze organisatie niet goed. De arts heeft vervolgens samen met de coach ingegrepen en het project weer onder de aandacht gebracht.</p>
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	52,5%
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	43%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	45%
Gekozen interventies	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De Sta Op methodiek herintroduceren</li> <li>▪ Familiebijeenkomsten organiseren</li> <li>▪ De bezetting op orde krijgen</li> <li>▪ Werken aan het sociaal-therapeutisch klimaat op de huiskamers</li> </ul>
Resultaat	De derde overall projectleider voelde zich geen eigenaar van het project dus de gedragsdeskundige nam die rol op zich en werd de informele projectleider. Dit gaf

veel onduidelijkheid. De coach heeft hierop het verbetersteam bij elkaar geroepen met de desbetreffende manager om opnieuw taken en verantwoordelijkheden af te stemmen. Het lijkt nu beter te gaan. De rolverdeling is helder en de projectleider voelt zich eigenaar. De tweede meting had een positieve uitkomst. Er wordt zorgvuldiger voorgeschreven en het psychofarmaca gebruik is gedaald. Wel wordt er meer 'zo nodig' medicatie toegepast. De coach heeft geadviseerd een goede naast een duidelijke werkbeschrijving ook beleid te maken omtrent het voorschrijven van 'zo nodig' medicatie. De coach heeft het 'zo nodig' beleid van een andere (doe het zelf) organisatie toegestuurd als voorbeeld. Na het beëindigen van de coaching is afgesproken dat de projectleider en de coach per mail contact houden over de voortgang van het project. Helaas is bij vertrek van de coach de personele bezetting nog steeds niet op orde. De verwachting is dat de situatie vanaf januari 2018 weer beter wordt omdat er nieuw personeel is aangenomen.

## Organisatie 6

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Jan 2017	Sept 2017	Mei 2018	Okt 2016	kt 2017	55	1

### Overzicht

<b>Introductie</b>	De doelstelling uit het plan van aanpak is: Het verhogen van de kwaliteit van leven van de bewoners van deze organisatie en het verminderen gebruik onrustmedicatie en beter om kunnen gaan met onbegrepen gedrag. Begin februari 2017 zijn de resultaten van de eerste meting gedeeld met de projectgroep. Op basis van de eerste meting concluderen de onderzoekers dat deze organisatie behoorlijk goed scoort ten opzichte van het landelijk gemiddelde in Nederland. Waar landelijk 61% van de bewoners van verpleeghuizen gebruik maakt van psychofarmaca is dat binnen deze organisatie 30,6%.
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	31%
<b>Resultaat 2<sup>e</sup> meting</b>	33%
<b>Resultaat 3<sup>e</sup> meting</b>	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
<b>Gekozen interventies</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Communicatie; algemene info ontwikkelen, communiceren over de voortgang van het project, filmpjes maken, vragen vanuit familie beantwoorden op bijeenkomsten, flyers ontwikkelen</li> <li>2. Educatie; modulaire kennisoverdracht d.m.v. werkgroepen en casuïstiek bespreken</li> <li>3. Familie als informatiebron; vooraf aan opname familie benutten, mogelijke andere instrumenten inzetten</li> </ol>
<b>Resultaat</b>	De tweede meting van november 2017 liet een lichte stijging van het gebruik zien (33%). Dit was te verwachten omdat de effecten van de interventies nu pas voelbaar zijn en ook een lange aanlooptijd hebben gehad. De projectgroepen zijn nu op stoom en de verwachting is dat men bij de 3 <sup>e</sup> meting er een daling van het oneigenlijk voorschrijven van psychofarmaca is ingezet. Het bewustzijn rondom de nadelen van PF was al redelijk bekend binnen de zorgteams, en dat is de afgelopen maanden toegenomen.

## Organisatie 7

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Feb 2017	Okt 2017	Juni 2018	Nov 2016	Nov 2017	30	1

Overzicht	
<b>Introductie</b>	<p>De doelstelling die deze organisatie heeft vastgesteld zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juist voorschrijven</li> <li>• Familieparticipatie</li> <li>• Kennis vergroten</li> <li>• Leefklimaat verbeteren (m.n. minder prikkels door geluidsreductie)</li> </ul> <p>Het projectteam bestaat uit: coach Vilans, medewerker kwaliteit en beleid (projectleider), SOG, 2 psychologen, 2 leidinggevenden zorg, 2 EVV'ers</p>
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	52%
<b>Resultaat 2<sup>e</sup> meting</b>	46%
<b>Resultaat 3<sup>e</sup> meting</b>	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
<b>Gekozen interventies</b>	<p>Juist voorschrijven: wekelijkse visite van arts, psycholoog en EVV'er samen.            Familieparticipatie: levensboek voor alle bewoners maken, familiebijeenkomsten organiseren, in elke woning een verbeteragenda maken en een wensen &amp; talentenbord ophangen.            Kennis vergroten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 6-wekelijks overleg o.l.v. van de psycholoog met Gedrags- en kwaliteitsverpleegkundigen,</li> <li>○ elke 14 dagen samen gedrag evalueren tijdens de gezamenlijke visite en de zin en onzin van medicatie bespreken met de dienstdoende verzorger</li> <li>○ Themabijeenkomst "omgangsadviezen bespreken en levendig houden"</li> </ul> <p>Leefklimaat verbeteren: Project om omgevingsgeluid te verminderen, aandacht voorkomen van overprikkeling.</p>
<b>Resultaat</b>	<p>De eerste resultaten zijn positief. Onlangs was de tweede meting, die laat zien dat er een afname is van psychofarmaca gebruik (52%→45%), met name door minder gebruik van Anxiolytica. Bovendien is de hoeveelheid juist voorgeschreven medicatie verdubbeld (9%→22%)</p> <p>Het was voor het projectteam in eerste instantie lastig om het focus aan te brengen in de doelstellingen en in het aantal interventies. Het merendeel van de interventies wordt nu wel goed ingezet. De interventies voor Familieparticipatie komen langzamer op gang en hebben een veel latere deadline.</p>

Organisatie 8						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Maart 2017	Nov 2017	Juli 2018	Dec 2016	Dec 2017	30	3

Overzicht	
<b>Introductie</b>	<p>Het projectteam bestaat uit 3 GVP-ers van de afdelingen, de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde, een ondersteuner teamcoach, praktijk verpleegkundige en verpleegkundige. Clientvertegenwoordiger heeft er voor gekozen op afstand te volgen.</p> <p>De hoofddoelstellingen van het traject, voortgekomen uit de knelpuntenanalyse, zijn:</p> <p>1 Reductie van oneigenlijk psychofarmaca gebruik na afloop interventie periode</p>

	<p>project: na afloop van de interventieperiode wordt 35% van de psychofarmaca juist voorgeschreven.</p> <p>2 Eenduidige methodische multidisciplinaire werkwijze (stappenplan probleemgedrag/onbegrepen gedrag/) na afloop interventieperiode (behandelaren en zorgteams) van het project.</p> <p>3 Familieparticipatie: betrekken familie bij analyseren gedrag, doel bepalen, interventies (psychosociaal en medicamenteus) en evaluatie.</p>
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	42%
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	57%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
Gekozen interventies	<p>1. Belangrijk hierbij is dat de artsen psychofarmaca voorschrijven conform de richtlijn probleemgedrag (Verenso) met specifieke aandacht voor de duur, indicatie/ doelstelling en evaluatie. Belangrijke actiepunten waren; het aanscherpen van afspraken in het protocol artsen, met name duur/evaluatie en handelen in weekenddiensten en de overdracht daarvan; bij voorschrijven psychofarmaca wordt direct een evaluatiemoment ingepland in dossier EN agenda zorgteam.</p> <p>2. Belangrijk hierbij is dat het zorgteam gaat leren om volgens het stappenplan probleemgedrag te gaan werken. Scholing voor teams vindt plaats in november. Hierbij is ook van belang dat het zorgteam een probleemanalyse kan uitvoeren (onder begeleiding van de psycholoog). Om deze handelwijze te bewerkstelligen is een structureel overleg gepland tussen artsen en psychologen.</p> <p>3. Afsproken is dat de familie meer betrokken gaat worden. Het gaat niet alleen om het informeren maar vooral om het samen beslissen. De artsen zullen de risico's en nadelen van psychofarmaca bij probleemgedrag bespreken met de familie, evenals inzet, afbouw en essentiële wijzigingen in dosering. Het project is besproken in de cliëntenraad en bij familiebijeenkomsten.</p>
Resultaat	<p>Een groot knelpunt is de organisatorische onrust. Bij aanvang van het project bleek dat de zorgmanager niet meer werkzaam was bij de organisatie. In de loop van het project is vrijwel het totale behandelteam gewijzigd. Zowel wat betreft de artsen als de psychologen. Hierdoor is er ook 4 maal een wijziging geweest wat betreft projectleiderschap. Ondanks deze onrust heeft het projectteam wel erg hard gewerkt om voortgang te behouden en activiteiten te ondernemen. Wat betreft de zorgteams is een knelpunt de aansturing: er wordt gewerkt met zelfsturende teams maar dat is nog sterk in ontwikkeling.</p> <p>De terugkoppeling van de tweede meting vindt plaats op 14 december 2017.</p>

## Organisatie 9

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Aug 2016	April 2017	Dec 2017	Mei 2017	Jan 2018	46	4

## Overzicht

Introductie	<p>Het projectteam bestaat uit 4 GVP-ers/EVV-ers van de afdelingen, teamleider, de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde die bij de afdelingen betrokken zijn. Tevens is er secretariële ondersteuning.</p> <p>De hoofddoelstellingen van het traject, voortgekomen uit de knelpuntenanalyse, zijn:</p> <p>1 Reductie van oneigenlijk psychofarmaca gebruik na afloop interventie periode project: na afloop van de interventieperiode wordt 35% van de psychofarmaca juist voorgeschreven (was 20%)</p> <p>2 Eenduidige methodische multidisciplinaire werkwijze (waaronder onderdelen van GRIP en stappenplan probleemgedrag/onbegrepen gedrag/) na afloop interventieperiode (behandelaren en zorgteams)</p> <p>3 Familieparticipatie: betrekken familie bij analyseren gedrag, doel bepalen,</p>
-------------	---



	interventies (psychosociaal en medicamenteus) en evaluatie
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	38,5%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	42%
Gekozen interventies	<p>1. Belangrijk hierbij is dat de artsen psychofarmaca voorschrijven conform de richtlijn. Vooral het evalueren bleek een punt van aandacht, hierop zijn de afspraken binnen het artsenteam aangescherpt in samenhang met de activiteiten van het zorgteam. Extra aandacht is er voor het voorschrijven in weekenddiensten en vakantieperiodes en bij waarnemingen. Extra aandacht is er voor de inzet van 'zo nodig' medicatie: hierbij is er altijd een signaleringsplan aanwezig. Voorts zijn binnen het artsenteam afspraken gemaakt over eenduidige instructie aan het zorgteam (signaallijst psychofarmaca) . Zorgteam handelt conform afspraken rond monitoring en evaluatie van psychofarmaca.</p> <p>2. Belangrijk hierbij is dat het zorgteam gaat leren om volgens het stappenplan probleemgedrag te gaan werken. Er worden voor de teams workshops georganiseerd om met het stappenplan te gaan werken. Hierbij is ook van belang dat het zorgteam een probleemanalyse kan uitvoeren (onder begeleiding van de psycholoog). Het Zorganalyse formulier van GRIP wordt gebruikt als checklist voor het zorgteam. Extra aandacht wordt besteed aan het werken volgens het behandelplan en benaderingsadvies: afspraken over werkwijze, behandelplan en benaderingsadvies zijn terug te vinden op de afdeling; zorgmedewerkers weten deze te vinden. Benaderingsadvies is ook bekend bij woonzorgassistenten. Ingesteld is de werkafpraak dat medewerkers bij aanvang van de dienst eerst 10 minuten achter de computer gaan lezen i.v.m. de overdracht. Voorts is er aandacht voor het signaleren en rapporteren door het zorgteam: zij gaan probleemgedrag structureel rapporteren in hun rapportage systeem QIC. Als hulpmiddel wordt een Lijst met indeling soorten gedrag (verbale agressie, apathie etc.) uit handreiking Multidisciplinair omgaan met probleemgedrag (Verenso) opgehangen bij dossiers om een eenduidige interpretatie en benoeming van gedrag te bevorderen.</p> <p>3. Afsproken is dat de familie meer betrokken gaat worden bij de zorg. Het gaat niet alleen om het informeren maar vooral om het samen beslissen. De artsen zullen de risico's en nadelen van psychofarmaca bij probleemgedrag bespreken met de familie, evenals inzet, evaluatie, afbouw en essentiële wijzigingen in dosering. Levensloopformulier van patiënt wordt opgenomen in QIC. Zorgteam bespreekt psychosociale interventies met de familie. Familie kan meelezen in het cliënt portaal en hebben zo zicht op het zorgdossier en afspraken die er zijn gemaakt. Het project is besproken in de cliëntenraad en bij familiebijeenkomsten. In januari zullen de resultaten besproken worden in familiebijeenkomsten.</p>
Resultaat	Tijd is een algemeen knelpunt. Vooral voor de zorgmedewerkers en de artsen (formatie). In het begin van het traject was er weerstand: 'weer een project dat er bij komt'. Toen bleek dat dit project juist aansluit bij de praktijk van alledag en ondersteunend en stimulerend werkt voor de onderlinge samenwerking werd iedereen enthousiast.

## Organisatie 10

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Sept 2016	Mei 2017	Jan 2018	Juni 2017	Feb 2018	36	3

Overzicht	
<b>Introductie</b>	<p>Ter voorbereiding op de eerste meetweek hebben onderzoeker, coach en projectteam medio november onderling kennisgemaakt, in het bijzijn van de bestuurder. De bewoners en familie zullen nadrukkelijk geïnformeerd worden over het waarom en hoe van het onderzoek en verandertraject.</p> <p>Het projectteam bestaat uit de projectleider (tevens arts) en drie afdelingsleiders. Naar wens schuiven zorgverleners aan die verantwoordelijk zijn voor een onderdeel uit het verbeterplan.</p> <p>Het psychofarmacagebruik binnen deze organisatie ligt lager dan gemiddeld. Toch ontstond er tijdens het terugkoppelen van de knelpuntenanalyse weerstand. De coach heeft dit na afloop van de bijeenkomst verder uitgevraagd. De verwachtingen van de knelpuntenanalyse bleken anders te zijn. Een aantal medewerkers had gehoopt dat het onderzoek zich meer zou focussen op onbegrepen gedrag en niet alleen op het juist voorschrijven van psychofarmaca gebruik. De coach heeft aangegeven dat het verbetertraject vooral in het teken staat van het thema 'onbegrepen gedrag' en dat de inzet van psychofarmaca daar een uitkomst van is. Het probleemgedrag zorgt voor het voorschrijven van psychofarmaca.</p>
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
<b>Resultaat 2<sup>e</sup> meting</b>	58%
<b>Resultaat 3<sup>e</sup> meting</b>	78%
<b>Gekozen interventies</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het uitbreiden van kennis over de werking en bijwerkingen van psychofarmaca d.m.v. de ontwikkeling van een kort en bondig overzicht van de verschillende psychofarmaca</li> <li>2. Het uitbreiden van kennis over psychiatrische beelden en inbegrepen gedrag d.m.v. een nascholing door het Radboud ziekenhuis</li> <li>3. Het uitbreiden van kennis over de gedragsmatige aanpak van probleemgedrag en psychofarmaca d.m.v. een klinische les voor de 3 afdelingen</li> <li>4. De manier van documenteren en rapporteren omtrent onbegrepen gedrag verbeteren door alle betrokken disciplines d.m.v. een klinische les</li> <li>5. Alle niet-medicamenteuze interventies worden goed ingezet voordat er psychofarmaca worden gegeven d.m.v. het ontwikkelen van een stappenplan wat aansluit bij de huidige werkwijze van de organisatie</li> <li>6. Er wordt gebruik gemaakt van de aanwezige kennis over prikkelverwerking en sensorische informatieverwerking door een scholingsactie vanuit de desbetreffende werkgroep</li> </ol>
<b>Resultaat</b>	Het projectteam functioneert goed en komt op regelmatige basis bij elkaar. Het verbeterplan wordt daarbij altijd als handleiding gebruikt. Er is een zeer duidelijke taakverdeling waar iedereen zich aan houdt. De verwachting is dat bovenstaande interventies succesvol geïmplementeerd gaan worden.

Organisatie 11						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Okt 2016	Juni 2017	Feb 2018	Juli 2017	Maart 2018	48	4



Overzicht	
<b>Introductie</b>	Resultaat meting 2 is de eerste keer dat bij deze organisatie de meetresultaten zijn gepresenteerd. Na de presentatie van de onderzoeker is een projectgroep samengesteld. Bij de eerstvolgende bijeenkomst met projectgroep bleek alleen de projectleider en de bestuurder aan tafel te zitten. Er bleek onduidelijkheid op meerdere onderdelen van het project. De aard van het onderzoek, de insteek van het project en het grootste punt van verwarring was dat het project door de arts-vertegenwoordiger in het MT is gepresenteerd als een wetenschappelijk project door de artsen in plaats van zoals het ineens gepresenteerd werd; een samenspel van inspanningen met alle disciplines. Nog een bijkomend punt is dat er al heel veel initiatieven op het thema lopen vanuit bestaande werkgroep Probleemgedrag en werkgroep Dementie. Vervolgens is er een afspraak gemaakt om eerst de inventarisatie van 'wat er al is' uitgezet en het effect daarvan met elkaar door te nemen. Dit heeft inmiddels plaatsgevonden.
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
<b>Resultaat 2<sup>e</sup> meting</b>	59,5%
<b>Resultaat 3<sup>e</sup> meting</b>	59,5%
<b>Gekozen interventies</b>	<p>De gedragsvisite staat centraal, met er omheen aandacht voor 5 punten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kwaliteit van de signalering van onbegrepen gedrag en effecten van psychofarmaca</li> <li>2. Kwaliteit van de gedragsvisite zelf (Randvoorwaarden: de juiste medewerkers uit zorg, behandelaar, psycholoog aanwezig - kwaliteit en discipline in het uitvoeren en monitoren van gemaakte afspraken vanuit gedragsvisite</li> <li>3. Kwaliteit van de onderlinge multidisciplinaire afstemming</li> </ol> <p>De aanpak wordt werkendeweg, met de psychologen voorop als aanjagers en de directe kring er omheen van artsen en GVP's als medestanders. Geen lancering van weer een groots actieplan dat bij voorbaat, medewerkers in de weerstand zet. In november uitwerking van deze aanpak en de check bij psychologen, artsen en GVP's of zij deze rol kunnen waarmaken. Naar verwachting zal met deze drie disciplines een projectgroep worden ingericht, aangestuurd door een interne projectleider vanuit opleiding.</p>
<b>Resultaat</b>	Het plan van aanpak is naar verwachting gereed per november 2017. Dit kan echter ook december worden, draagvlak is belangrijker dan snelheid. De agenda's en het werkprogramma van de betrokkenen zit veel te vol.

Organisatie 12						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Juli 2017	Maart 2018	Nov 2018	April 2018	Dec 2018	38	3

Overzicht	
<b>Introductie</b>	<p>Deze organisatie is later pas gerandomiseerd omdat we te maken hadden met een organisatie die plotseling uitgevallen was. Zij starten in april 2018 met de knelpuntenanalyse en het coachingstraject. Het is nog onbekend hoeveel afdelingen gaan deelnemen aan het project.</p> <p>Deze organisatie is erg actief op het gebied van dementie en onbegrepen gedrag.</p>
<b>Resultaat 1<sup>e</sup> meting</b>	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de

	1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	63%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
Gekozen interventies	
Resultaat	

Organisatie						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Dec 2016	Aug 2017	April 2018	Sept 2017	Mei 2018	44	8 KSW

Overzicht	
Introductie	Resultaat meting 2 is de eerste keer dat bij deze organisatie (uit de controle groep) de meetresultaten zijn gepresenteerd. Score is op alle fronten hoger dan gemiddeld. Het niveau van denken en doen bij de artsengroep, zorg en psychologen is evenredig hoog. Voorbeeld van de professionele aanpak in deze organisatie in vergelijking met een organisatie uit de eerste groep. Bij de eerste is er 1x per jaar FTO (farmacotherapeutisch overleg) met alle artsen en de apotheker; bij deze organisatie is dat 1 x per maand. In twee sessies worden de meetresultaten en verbeterlagen besproken in het projectteam samengesteld uit: arts, psycholoog, EVV-ers, manager, 2 CR leden.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	63%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	72%
Gekozen interventies	Het plan van aanpak is in november 2017 te verwachten. Het zal gaan om aanscherping op onderdelen maar geen spectaculaire ingrepen. De invulling van de coaching wordt samen met het projectteam vastgesteld.
Resultaat	

Organisatie 14						
1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Jan 2017	Sept 2017	Mei 2018	Okt 2017	Juni 2018	44	4

Overzicht	
Introductie	De doelstelling binnen deze organisatie is het zo juist mogelijk voorschrijven van psychofarmaca. Er doen 4 afdelingen mee, op 2 verschillende locaties. Het projectteam bestaat uit ca. 15 personen: coach Vilans, arts (projectleider), psycholoog, geestelijk verzorger, leidinggevende zorg, EVV'ers, verzorgenden, voorzitter cliëntenraad

	Deze organisatie gaat nu van start, na de 2 <sup>e</sup> meting. Het projectteam is gevormd en heeft de eerste presentatie van de onderzoeker gehad. De bijeenkomsten voor de knelpuntenanalyse en het maken van het Verbeterplan staan gepland voor november. Daarna wordt waarschijnlijk in een kleiner kernteam verder gewerkt.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	57%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
Gekozen interventies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbetering voorschrijfgedrag mogelijk qua indicatie, evaluatie, therapieduur</li> <li>• Alert op rapporteren: waarom inzet van PF, veranderingen in PF gebruik, (onbegrepen) gedrag: vaststellen wat het effect van interventies is geweest</li> <li>• Meer kennis &amp; handvatten voor de verzorging om mee te kunnen gaan in de keuze voor afbouw, m.n. bij de nachtdienst</li> <li>• Familie van de cliënt meer betrekken</li> </ul>
Resultaat	De start van het traject was heel voortvarend. Het projectteam was al samengesteld vóór het eerste overleg met de projectleider, de projectleider is enthousiast over zijn deelname aan de UNO en vertelde dat 'omgaan met onbegrepen gedrag' een speerpunt is in hun beleid. De projectleider (arts) is betrokken, de eerste projectbijeenkomst was positief. De deelnemers herkennen de uitkomsten en denken al na over mogelijke oorzaken en oplossingen.

## Organisatie 15

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïncludeerd	Aantal afdelingen
Feb 2017	Okt 2017	Juni 2018	Okt 2017	Juli 2018	44	2

### Overzicht

Introductie	In september 2017 heeft een eerste kennismakingsgesprek plaatsgevonden tussen de coach en het projectteam. Dit was een heel positief gesprek. De aanwezigen waren enthousiast om met het thema aan de slag te gaan. Het project vormt een mooie aanvulling op de projecten waar zij al mee bezig zijn in het kader van vrijheidsvergroting. In november 2017 vindt de terugkoppeling van de knelpuntenanalyse plaats. In december 2017 zijn 2 bijeenkomsten gepland met medewerkers om tot een gedragen plan van aanpak te komen.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	59%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
Gekozen interventies	Lopende projecten vanuit de organisatie op het gebied van vrijheidsvergroting
Resultaat	De opkomst tijdens de 2 medewerkersbijeenkomst was hoog. Medewerkers zijn enthousiast om met het thema aan te slag te gaan en hebben zelf veel verbetervoorstellen.

### Totaaloverzicht

**Tabel 1: Intensieve variant % psychofarmacagebruik totaal en per ATC groep, inclusief percentage middelen volledig juist voorgeschreven**

#### Organisatie 16

1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting	3 <sup>e</sup> meting	Start coaching	Einde coaching	Aantal bewoners geïnccludeerd	Aantal afdelingen
Maart 2017	Nov 2017	Juli 2018	Dec 2017	Aug 2018	49	1

#### Overzicht

Introductie	De projectleider is een verpleegkundig specialist. De coach krijgt binnenkort de samenstelling van het projectteam doorgestuurd maar er is al aangegeven dat dit team is gewijzigd (medewerkers hebben de organisatie verlaten). Men is in de tweede helft van 2017 begonnen met het implementeren van het programma GRIP. Daar kan dit project op aansluiten. In december 2017 is de eerste bijeenkomst gepland. Dan worden de knelpunten van de 0 meting teruggekoppeld aan de organisatie.
Resultaat 1 <sup>e</sup> meting	In periode 1 was deze zorgorganisatie slechts een controlegroep (care as usual). Zij zijn pas in de 2 <sup>e</sup> periode gestart met het verbetertraject - de resultaten van de 1 <sup>e</sup> meting zijn om die reden dan ook niet teruggekoppeld.
Resultaat 2 <sup>e</sup> meting	41%
Resultaat 3 <sup>e</sup> meting	De laatste meting moet nog plaatsvinden.
Gekozen interventies	GRIP
Resultaat	

	Meting	% middelen volledig juist voorgeschreven <sup>1</sup>	Totaal PF gebruik	Anti-psycho-tica	Anti-depres-siva	Anxio-lytica	Hypno-tica	Anti-epilep-tica	M.b.D <sup>2</sup>
<b>Referentie</b>		<b>10%</b>	<b>61%</b>	<b>28%</b>	<b>26%</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>-</b>	<b>9%</b>
<b>Verpleeghuis 1</b>	1	14%	53%	31%	33%	22%	12%	0%	4%
	2	21%	43%	23%	23%	14%	11%	0%	4,5%
	3	31%	35%	12,5	22,5%	10%	12,5%	0%	5%
<b>Verpleeghuis 2</b>	1	4,5%	50%	12,5%	21%	8%	29%	0%	12,5%
	2	5%	41%	22%	22%	7%	11%	0%	7%
	3	9%	41%	28%	17%	10%	17%	0%	7%
<b>Verpleeghuis 3</b>	1	6%	71%	29%	34%	21%	24%	3%	10,5%
	2	7%	71%	33%	33%	26%	14%	2%	9,5%
	3	9%	73%	36%	42,5%	21%	9%	3%	9%
<b>Verpleeghuis 4</b>	1	0%	51%	33%	19%	19%	21%	0%	2%
	2	8%	61%	26%	24%	17%	30,5%	0%	0%
	3	7%	61%	33%	33%	22%	28%	0%	0%
<b>Verpleeghuis 5</b>	1	2%	52,5%	24%	9%	28%	11%	2%	9%
	2	17%	43%	15%	13%	17%	6%	2%	4%
	3	10%	45%	16%	10%	20%	6%	2%	4%
<b>Verpleeghuis 6</b>	1	7%	31%	14%	14%	3%	6%	0%	6%
	2	13%	33%	15%	9%	3%	18%	0%	0%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 7</b>	1	9%	52%	23%	15%	19%	8%	0%	2%
	2	22%	46%	25%	19%	10%	6%	0%	4%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 8</b>	1	19%	42%	19%	19%	4%	0%	4%	15%
	2	4,5%	57%	18%	21%	14%	7%	0%	18%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 9</b>	1	Controlegroep							
	2	20%	38,5%	8%	23%	8%	11,5%	0%	8%
	3	4,5%	42%	10%	29%	10%	13%	0%	6,5%

Vervolg tabel 1	Meting	% middelen volledig juist voorgeschreven <sup>1</sup>	Totaal PF gebruik	Anti-psycho-tica	Anti-depres-siva	Anxio-lytica	Hypno-tica	Anti-epilep-tica	M.b.D <sup>2</sup>
<b>Referentie</b>		<b>10%</b>	<b>61%</b>	<b>28%</b>	<b>26%</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>-</b>	<b>9%</b>
<b>Verpleeghuis 10</b>	1	Controlegroep							
	2	10%	58%	25%	33%	23,5%	15%	1%	9%
	3	7%	78%	32%	42%	37%	19%	5%	10%
<b>Verpleeghuis 11</b>	1	Controlegroep							
	2	10%	59,5%	13,5%	27%	24%	11%	5%	5%
	3	12,5%	59,5%	12,5%	34%	22%	19%	3%	3%
<b>Verpleeghuis 12</b>	1	Controlegroep							
	2	6%	63%	26%	10,5%	34%	3%	5%	10,5%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 13</b>	1	Controlegroep							
	2	14%	63%	26%	31,5%	20%	19%	0%	6%
	3	16%	72%	26%	46,5%	23%	14%	0%	14%
<b>Verpleeghuis 14</b>	1	Controlegroep							
	2	16%	57%	32%	23%	20,5%	16%	2%	7%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 15</b>	1	Controlegroep							
	2	6%	59%	39%	20,5%	11%	18%	2%	11%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							
<b>Verpleeghuis 16</b>	1	Controlegroep							
	2	3%	41%	20%	22%	4%	14%	0%	0%
	3	De laatste meting moet nog plaatsvinden.							

<sup>1</sup> Gemeten met APID, voor de items: indicatie, evaluatie, dosering, contra-indicaties, duplicaties, duur en interacties. Het percentage 10% bijvoorbeeld betekent dat 10 procent van alle psychofarmaca binnen dit verpleeghuis volledig volgens de richtlijnen is voorgeschreven op de bovenstaande gebieden.

<sup>2</sup> Middelen bij dementie

Zwart = geen duidelijke verandering

Groen = positieve verandering (minder PF-gebruik/verbetering in voorschrijfgedrag)

Rood = negatieve verandering (toename PF-gebruik/verslechtering in voorschrijfgedrag)

## Bijlage 2: Cijfers doe-het-zelf-variant VVT

In deze paragraaf is informatie te vinden over de 'light' variant van het onderzoek waarin verpleeghuizen een voormeting aanleveren - vervolgens gedurende acht maanden interventies inzetten gericht op het verminderen van (oneigenlijk) psychofarmacagebruik - gevolgd door een nameting.

In deze tabel zijn de voorlopige resultaten verwerkt (zie ook de volgende pagina).

Tabel 2: Doe het zelf variant: % PF-gebruik totaal en per ATC-groep								
Resultaten verbetertraject met begeleiding op afstand: VM = voormeting NM = nameting								
		Totaal PF gebruik	Anti-psychotica	Anti-depressiva	Anxiolytica	Hypnotica	Anti-epileptica	M.b.D <sup>1</sup>
<b>Referentie</b>		61%	28%	26%	20%	16%	-	9%
<b>Verpleeghuis 1</b> n = 17	VM	59%	29%	18%	0%	29%	0%	12%
n = 17	NM	65%	29%	23,5%	0%	29%	0%	12%
<b>Verpleeghuis 2</b> n = 27	VM	59%	33%	26%	7%	30%	0%	11%
n = 27	NM	55,5%	30%	26%	11%	22%	0%	7%
<b>Verpleeghuis 3<sup>2</sup></b> n = 161	VM	53,5%	17%	28%	24%	21%	10%	N.A.
n = 122	NM	47%	14%	26%	16%	15%	9%	N.A.
<b>Verpleeghuis 4</b> n = 37	VM	65%	22%	32%	27%	8%	0%	3%
n = 37	NM	54%	13,5%	30%	24%	5%	0%	3%
<b>Verpleeghuis 5</b> n = 16	VM	44%	6%	25%	37,5%	0%	0%	0%
n = 16	NM	44%	6%	37,5%	25%	0%	0%	0%
<b>Verpleeghuis 6</b> n = 16	VM	69%	6%	56%	25%	12,5%	12,5%	6%
n = 17	NM	70,5%	6%	59%	18%	6%	18%	0%
<b>Verpleeghuis 7</b> n = 33	VM	64%	21%	21%	15%	0%	0%	39%
	NM	Nog geen gegevens beschikbaar; meting verwacht mei 2018.						
<i>Vervolg tabel 2</i>		Totaal PF gebruik	Anti-psychotica	Anti-depressiva	Anxiolytica	Hypnotica	Anti-epileptica	M.b.D <sup>1</sup>
<b>Referentie</b>		61%	28%	26%	20%	16%	-	9%
<b>Verpleeghuis 8</b> n = 20	VM	65%	40%	40%	10%	25%	0%	20%
n = 28	NM	71%	36%	39%	11%	18%	0%	14%
<b>Verpleeghuis 9</b>	VM	50%	0%	33%	17%	0%	0%	8%

n = 24								
n = 31	NM	48%	3%	29%	16%	6%	0%	10%
<b>Verpleeghuis 10</b> n = 31	VM	74%	35%	42%	29%	10%	10%	16%
n = 35	NM	68,5%	34%	31%	17%	8,5%	11%	11%
<b>Verpleeghuis 11</b> n = 59	VM	66%	29%	24%	3%	8%	3%	10%
n = 62	NM	58%	26%	21%	6%	8%	3%	11%
<b>Verpleeghuis 12</b> n = 29	VM	55%	34%	14%	24%	3%	7%	14%
n = 29	NM	52%	38%	10%	21%	3%	3%	14%
<b>Verpleeghuis 13</b> n=30	VM	67%	30%	20%	27%	0%	17%	10%
n=40	NM	50%	15%	15%	12,5%	5%	10%	12,5
<b>Verpleeghuis 14</b> n = 61	VM	41%	10%	23%	10%	5%	6,5%	0%
n = 61	NM	43%	16%	24,5%	6,5%	5%	6,5%	3%
<b>Verpleeghuis 15</b> <sup>2</sup> n = 63	VM	68%	25%	49%	28,5%	21%	5%	5%
n = 63	NM	62%	25%	41%	25%	13%	3%	5%
<b>Verpleeghuis 16</b> <sup>2</sup>	VM	Nog geen gegevens beschikbaar: 'versimpelde meting' verwacht mei 2018						
	NM							

<sup>1</sup> Middelen bij dementie

<sup>2</sup> Deze verpleeghuizen hebben een 'versimpelde' meting aangeleverd. Zij hebben gekeken op afdelingsniveau i.p.v. op bewonersniveau door problemen met het verkrijgen van informed consent of tijdsgebrek.



## Bijlage 3: Cijfers onderzoek VG

### Voortgangsrapportage ‘Het kan beter met minder? Bewust gebruik psychofarmaca’

Kennis van begeleiders, verzorgers en behandelaars ten aanzien van psychofarmacagebruik door mensen met een verstandelijke beperking

#### Voorlopige resultaten

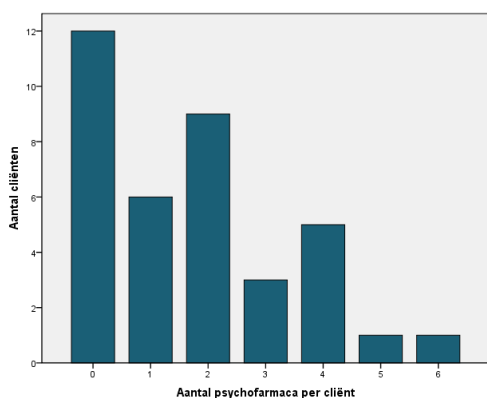
In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het aantal gebruikte psychofarmaca per organisatie bij baseline (nulmeting), onderverdeeld in verschillende groepen.

Organisatie	Psychofarmaca totaal <sup>*</sup>	Antipsychotica <sup>§</sup>	Antidepressiva <sup>§</sup>	Anxiolytica <sup>§</sup>	Hypnotica <sup>§</sup>	Stemmingsstabilisatoren / anti-epileptica <sup>§</sup>	ADHD middelen <sup>§</sup>
Organisatie 1 (n=38, gegevens 1 locatie ontbreken)	64	40,6%	14,1%	21,9%	0,0%	21,9%	1,6%
Organisatie 2 (n=30)	45	11,1%	8,9%	20,0%	4,4%	55,6%	0,0%
Organisatie 3 (n=89)	114	55,3%	13,2%	78,9%	0,0%	23,7%	0,0%
Organisatie 4 (n=30)	83	30,1%	13,3%	24,1%	8,4%	24,1%	0,0%
Organisatie 5	gegevens nog niet compleet						
Organisatie 6	gegevens nog niet compleet						

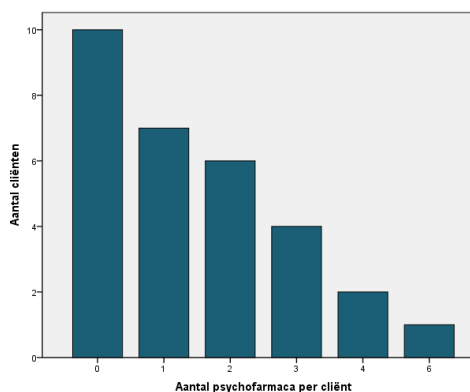
\* aantal voorschriften

§ percentage van aantal voorschriften

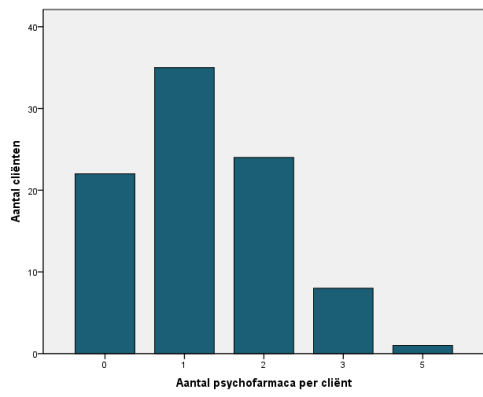
Gemiddeld worden per cliënt 1,57 psychofarmaca voorgeschreven. Het gemiddelde aantal voorschriften varieert van 1,24 tot 2,4 per organisatie met uitersten van 0 en 6. In figuren 1 t/m 4 wordt per organisatie het aantal middelen psychofarmaca per cliënt weergegeven.



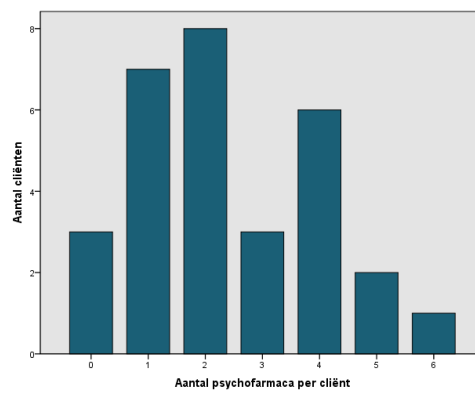
Figuur 1 Aantal psychofarmaca per cliënt organisatie 4 (n=37)



Figuur 2 Aantal psychofarmaca per cliënt organisatie 2 (n=30)



Figuur 3 Aantal psychofarmaca per cliënt organisatie 3 (n=90)



Figuur 4 Aantal psychofarmaca per cliënt organisatie 1 (n=30)

## Bijlage 4: Psychofarmaca toetsinstrument PFTI in VV en VG

### 4.1 VVT

*In dit onderzoek over de psychofarmacamonitor kijken we naar de validiteit ten opzichte van de reeds gevalideerde uitkomsten van de APID-index, oftewel meet het instrument wat we willen dat het meet? Daarnaast kijken we naar de inter- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de psychofarmacamonitor, in andere woorden hoe goed is de overeenstemming tussen verschillende beoordelaars en tussen twee meetmomenten van dezelfde beoordelaar. Het onderzoek valt in het kader van het programma 'Het kan beter met minder': een landelijk programma in opdracht van het ministerie van VWS, uitgevoerd in samenwerking met Vilans, met als doelstelling psychofarmacagebruik bij mensen met dementie in verpleeghuizen te beperken.*

In de periode mei tot november 2017 hebben er metingen plaatsgevonden voor de psychofarmacamonitor in zeven verschillende verpleeghuizen. In twee verpleeghuizen loopt de inclusie op het moment van schrijven. In totaal leverde dit een inclusie van 98 bewoners op, met waarschijnlijk een eindtotaal van 130-140 inclusies. Op dit moment is voor 130 middelen de psychofarmacamonitor ingevuld. Het doel was 150 inclusies en 200 psychofarmaca, om alle medicatiegroepen (hypnotica, antidepressiva, antipsychotica en anxiolytica) afzonderlijk te kunnen valideren. Met de huidige inclusies zullen we hoogstwaarschijnlijk het doel niet behalen. Echter zijn er voldoende inclusies om de psychofarmacamonitor als instrument te kunnen valideren. Wellicht dat we geen validatie kunnen uitvoeren voor alle medicijn groepen apart. We hebben reeds extra wervingsacties ingezet om het aantal inclusies te verhogen. We wachten nog op de resultaten hiervan.

Factoren die de inclusie van verpleeghuizen bemoeilijken zijn onder andere de noodzaak van een artsenkoppel op een afdeling (Specialist Ouderengeneeskunde in combinatie met een AIOS/basisarts/verpleegkundig specialist), waardoor veel afdelingen in verpleeghuizen wegvallen. Daarnaast wordt er wel enige tijdsinvestering in specifieke periodes gevraagd aan de artsen, wat niet altijd haalbaar is met de bezetting. Als laatste kunnen alleen cliënten geïnccludeerd worden met diagnose dementie, die psychofarmacagebruiken in verband met dementie (niet voor een andere psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, psychose, depressie), deze aantallen wisselden sterk tussen de verschillende verpleeghuizen.

Zo nodig medicatie	1 psychofarmakon	2 psychofarmaca	3 psychofarmaca
15 cliënten	44 cliënten	31 cliënten	3 cliënten.

In het onderzoek wordt onder andere gekeken naar de (on)juistheid van het voorschrijven van psychofarmaca middels scoring via de APID. Hierbij wordt er gekeken naar de continu voorgeschreven psychofarmaca op 7 domeinen: Indicatie, evaluatie, dosering, drug-drug interacties, contra-indicaties, duplicaties en therapieduur van het middel. Er kan voor elk domein een score 0 (volledig juist), 1 (deels juist) en 2 (volledig oneigenlijk) worden behaald. Indien een middel op alle domeinen 0 scoort is het middel dus volledig juist voorgeschreven. In tabel 1 wordt weergegeven in hoeveel procent van de gevallen er volledig juist wordt voorgeschreven.

**Tabel 1 Percentages juist voorgeschreven voor continu voorgeschreven middelen volgens APID**

	Indicatie	Evaluatie	Dosis	Medicijn interacties	Contra-indicaties	Duplicaties	Duur	Somscore
N=130 PF	46,4%	51,2%	76,8%	92,0%	84,8%	87,2%	47,2%	5,6%
Referentie	-	-	-	-	-	-	-	9,4 %

(2016)							
--------	--	--	--	--	--	--	--

NB. Somscore: **volledig juist voorgeschreven** score 0 (Geen enkel strafpunt behaald op de 7 domeinen bij het voorschrijven van dit middel)

**Tabel 2 Percentages juist voorgeschreven voor continu voorgeschreven middelen volgens psychofarmacamonitor**

n = 94 - 123 PF	Indicatie	Evaluatie	Dosis	Duur
Specialist Ouderengeneeskunde	63,2%	63,8%	78,3%	24,7%
SO/Basisarts/AIOS/Verpleegkundig Specialist	58,7%	62,7%	80,2%	28%
Onderzoeker	55,1%	44,7%	73,2%	40,4%

**Tabel 3 Percentages juist voorgeschreven voor zo nodig voorgeschreven middelen volgens psychofarmacamonitor**

n = 27 PF	Indicatie	Evaluatie	Instructie
Specialist Ouderengeneeskunde (SO)	74,1%	59,3%	74,1%
SO/basisarts/AIOS/Verpleegkundig Specialist	86,7%	58,1%	72,4%
Onderzoeker	58,3%	54,1%	58,3%

De hierboven gepresenteerde resultaten geven een positieve weergave van de betrouwbaarheid van de psychofarmacamonitor. De artsen lijken goed op één lijn te zitten qua resultaten en ook de onderzoekers komen over het algemeen overeen met de artsen als we kijken naar de resultaten. Verschillen tussen onderzoeker en arts kunnen verklaard worden doordat onderzoekers gebruik maken van de statussen, de dossiers, van cliënten. Artsen zullen naast de dossiervoering ook gebruik maken van hun achtergrondkennis over de cliënt. Als laatste valt op dat het aantal psychofarmaca waarvoor het instrument is ingevuld tussen de verschillende invullers verschilt. Dit kan verklaard worden doordat uitsluitend medicatie voorgeschreven voor probleemgedrag bij dementie wordt meegenomen in het instrument. Wanneer een arts twijfelt over de indicatie bij dementie, heeft elke arts individueel de afweging gemaakt of dit middel was voorgeschreven voor probleemgedrag bij dementie of voor een andere psychische stoornis. Indien het middel niet voor probleemgedrag bij dementie werd voorgeschreven, werd het dan ook niet gescoord met de psychofarmacamonitor.

Daarnaast lijken resultaten van de onderzoekers van de psychofarmacamonitor en de APID overeen te komen. Wanneer deze resultaten overeenkomen, kunnen we spreken van een valide instrument; het instrument meet wat we willen dat het meet.

Alle resultaten zoals hier gepresenteerd zullen middels statistische testen getoetst moeten worden op de significantie van de verschillen. De uitleg gegeven bij de resultaten is gebaseerd op wat we op het oog kunnen zien en moeten dus nog verder onderzocht worden. De resultaten zullen eind 2018 beschikbaar zijn.

De artsen gaven, na het invullen van de psychofarmaca, aan dat zij hier meestal tussen de 5 tot 10 minuten mee bezig waren. Het instrument is vrij simpel en makkelijk in te vullen. Indien een cliënt veel verschillende ziektebeelden heeft (een psychiatrische aandoening in combinatie met dementie) is het instrument wat lastiger in te vullen en neemt het ook meer tijd in beslag. Over het algemeen was iedereen zeer positief over het instrument en zouden ze dit vaker willen gebruiken in de praktijk, ook als praktisch naslagwerk.

Concluderend wordt de psychofarmacamonitor goed ontvangen door de artsen die werkzaam zijn in de verpleeghuissector. De resultaten lijken veelbelovend, al zullen de statistische toetsen moeten uitwijzen of de overeenkomsten die we vinden significant zijn. De inclusie voor het onderzoek liep minder goed dan

gedacht, maar zeker is het mogelijk om de validiteit en betrouwbaarheid van de psychofarmacamonitor te bepalen.

## 4.2 VG

### Inleiding

Het percentage psychofarmacagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking varieert tussen de 20 en 50%, afhankelijk van de onderzoekspopulatie. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de afgelopen jaren aandacht geweest voor het gebruik van psychofarmaca en heeft bewustwording plaatsgevonden voor een passend gebruik hiervan. De professionele richtlijnen geven aan zorgvuldig te zijn bij de indicatiestelling en terughoudend te zijn met het voorschrijven van psychofarmaca bij probleemgedrag. Waar mogelijk dient te worden volstaan met psychosociale interventies. Desondanks worden in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking nog te vaak, te lang en soms om oneigenlijke redenen psychofarmaca voorgeschreven.

Binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn de afgelopen jaren ontwikkelingen in gang gezet om het niet passend psychofarmacagebruik te verminderen. Waar eerder het percentage absoluut psychofarmacagebruik werd genomen als uitgangspunt, is dit de afgelopen jaren verschoven naar het percentage niet passend psychofarmacagebruik. Het percentage absoluut gebruik is namelijk geen goede afspiegeling van de kwaliteit van zorg. Met niet passend psychofarmacagebruik wordt bedoeld te lang, verkeerd gedoseerd, met een verkeerde indicatie voorgeschreven.

Vanuit deze ontwikkeling is de behoefte ontstaan aan een meetinstrument om het niet passend psychofarmacagebruik op een eenvoudige, maar ook een betrouwbare en gevalideerde manier te meten. Binnen dit onderzoek wordt een instrument ontwikkeld dat door een voorschrijvend arts of verpleegkundig specialist kan worden ingevuld. Het instrument heeft een drieledig doel: (1) interne kwaliteitscontrole (zorgverbetering), (2) het meten van effecten van interventies en innovaties voor wetenschappelijk onderzoek en (3) externe kwaliteitscontrole / benchmark. Na de ontwikkeling zal het instrument in de praktijk getest worden op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid.

### Voortgang

De ontwikkeling van het instrument vindt plaats aan de hand van een zogenaamde Delphi-procedure. De procedure bestaat uit drie panels.

- Panel 1: dit panel wordt gevormd door de projectgroep; prof. dr. S. U. Zuidema (specialist ouderengeneeskunde), dr. G.M. de Kuijper (eindverantwoordelijk onderzoeker voor het onderdeel VB zorg en AVG), dr. H. Mulder (ziekenhuisapotheker) en J. Jonker MSc., psychiatrisch verpleegkundige en uitvoerend onderzoeker. Het panel heeft aan de hand van instrumenten beschikbaar binnen de ouderenzorg en met behulp van gegevens, criteria en instrumenten uit buitenlandse studies beoordeeld welke domeinen genoemd in de NVAVG richtlijn 'Voorschrijven psychofarmaca' relevant worden geacht voor het instrument. Vervolgens is een concept instrument ontwikkeld, dat voorgelegd wordt aan betrokken professionals in de VB zorg.
- Panel 2: dit panel bestaat uit 15 artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG), 5 psychiaters VB en 5 apothekers VB. Het panel maakt een definitieve keuze uit de lijst van mogelijke domeinen voor het instrument. Dit gebeurt digitaal via consensus, gebruik makend van een Delphi-procedure. Een procedure waarin elk van de panelleden kan aangeven in welke mate deze het eens is met een opname van een bepaald domein. Hierbij bestaat nog de mogelijkheid aan te geven welke domeinen worden gemist. In een volgende ronde worden uitkomsten teruggekoppeld aan de groep en wordt aan individuele leden gevraagd of ze bereid zijn hun mening te wijzigen, totdat er consensus is bereikt om een bepaald item wel of niet op te nemen. Meestal lukt dit na 3 of 4 rondes.
- Panel 3: dit panel bestaat uit 10 artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG), 2 psychiaters VB en 3 apothekers VB. Dit zijn andere panelleden dan de leden van panel 2. Door panel 3 worden de

aangegeven domeinen van panel 2 gewogen naar relevantie. Dat gebeurt eenmalig, zonder consensus. Elk panellid weegt de items op een tienpuntsschaal en deze wordt gemiddeld over alle deelnemers.

Vanuit het veld vernamen wij kritische geluiden ten aanzien van de ontwikkeling van het instrument. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om na de ontwikkeling van het concept instrument (in panel 1) een voorronde bij panel 2 te doen, alvorens te starten met de daadwerkelijke Delphi-procedure. Door de potentiële gebruikers in een eerder stadium van de ontwikkeling van het instrument mee te nemen, hopen we dat het instrument beter aansluit bij de dagelijkse praktijk en mogelijk weerstand tegen het instrument weg te nemen.

De ontwikkeling van het conceptinstrument door panel 1 en het invoegen van een tussenronde heeft veel extra tijd gekost. Deze tijd is geïnvesteerd om het instrument goed aan te passen aan de praktijk van voorschrijvers voor mensen met een verstandelijke beperking. Doordat het onderzoek hierdoor gaat uitlopen, is verlenging aangevraagd en inmiddels toegekend.

Op dit moment worden de gegevens vanuit de tussenronde verwerkt en wordt de vragenlijst voor de Delphironde bij panel 2 opgesteld.

### **Planning; blik op de toekomst**

In het vierde kwartaal van 2017 en in januari 2018 zullen panel 2 en 3 het instrument beoordelen. Aansluitend zal het instrument in het voorjaar van 2018 in de praktijk onderzocht worden op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Resultaat van deze meting wordt in de loop van 2018 verwacht.

## Bijlage 5: Deelproject 10 uitgangspunten

Verantwoording aanvullende subsidie ‘tien uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag’ op het hoofdproject ‘het kan beter met minder’

Het deelproject is afgesloten in mei 2017; de formele verantwoording is onderdeel van de verantwoording van ‘Het kan beter met minder’ dat in mei 2019 wordt afgesloten.

---

### Inhoudelijke verantwoording

Om de bewustwording hierover in beide sectoren (ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg) te vergroten, zijn met een groep experts *10 Uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag* ontwikkeld.

Met deze uitgangspunten bieden we het veld een soort ‘gouden’ standaard waaraan professionals hun eigen proces rondom het inzetten van psychofarmaca kunnen spiegelen. Dit hebben we gedaan naar voorbeeld van de *Veilige principes in de medicatieketen*, die in het veld in het veld van de ouderenzorg, en later ook de gehandicaptenzorg, een geaccepteerde standaard zijn geworden. De *Veilige principes in de medicatieketen* zijn uitgewerkt in rollen en verantwoordelijkheden van betrokken zorgprofessionals.

Tijdens het startcongres begin 2016 zijn deze 10 uitgangspunten aangeboden aan Anja Jonkers, hoofdinspecteur Ouderenzorg van de Inspectie voor de gezondheidszorg. Daarmee zijn de 10 uitgangspunten overgedragen aan een vertegenwoordiger van het veld en vormen een richtlijn voor de zorgprofessionals. Dat betekent niet dat de uitgangspunten al gebruikt worden in de praktijk. De *10 uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag* vragen echter om een verdere uitwerking.

### Project-opzet

In de projectaanpak waren drie type uitkomsten geformuleerd:

1. Handvatten/tools om de uitgangspunten te verspreiden. Vanuit de blended leren-aanpak een serie samenhangende producten:
  - Bord & Stift-filmpje; het verhaal verteld met tekening die je ziet ontstaan en voice-over van de verteller
  - bijpassende werkinstructie/lesbrief voor praktijk en onderwijs;
  - Visual van learning journey van teams gericht op bestendig leren in praktijk
  - (aanpassing bestaande) cliëntbrochure.
2. Zicht op de belangen van de diverse actoren en dilemma's die met het gebruik van de uitgangspunten zichtbaar worden, en hoe daar mee om te gaan
3. Bestendiging/borging van het gebruik van de uitgangspunten, bv door opnemen van deze materialen in inwerkprogramma van nieuw personeel zorgaanbieders en onderwijsprogramma's voor HBO'ROC's, en natuurlijk in lopend actieprogramma.

### Resultaten

In nauw overleg met de vertegenwoordiger van opdrachtgever VWS zijn op basis van voortschrijdend inzicht de volgende resultaten ontstaan:

#### Ad 1 Handvatten / tools voor verspreiding van de 10 uitgangspunten

- Filmpjes 3 x: 3 hilarisch en inspirerende filmpjes van Tosca Niterink en Anita Janssen met een parodie-met-serieuze-knipoog over omgaan met probleemgedrag:  
<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/videos-persiflages-psychofarmaca-probleemgedrag.html>
- Publicatie **Een pil tegen roepen**. In hardcopy en digitaal; 1<sup>e</sup> druk 1500x en maand later de 2<sup>e</sup> druk 700x. Publicatie wordt goed ontvangen en naar verwachting gaan er meer drukken volgen, vooral om de deelnemers in het actieprogramma te bedienen. Ook in België is belangstelling voor deze uitgave.
- <http://www.vilans.nl/publicatie-verhalenbundel-een-pil-tegen-roepen-feiten-en-fabels-rond-psychofarmaca.html>

## Ad 2 Dilemma's in toepassing van de uitgangspunten, en hoe daar mee om te gaan

- Verspreiding onder deelnemers actieprogramma, twee voorbeelden:
  - o Voorbeeld; artsengroep in zorgorganisatie die dankbaar gebruik maakt van de publicatie om bewustwording van juist gebruik psychofarmaca bij medewerkers en familie te verhogen
  - o Voorbeeld; zorgorganisatie Waardigheid & Trots waarbij zorgteams op basis van de publicatie het goede gesprek aangaan over omgaan met probleemgedrag en psychofarmaca
- Benutten van het materiaal in regionale leer-inspiratiesessies - drie in 2017 - waarin de gastlocatie samenwerkende hen bekende zorg-collega's uitnodigen om omgaan met probleemgedrag te bespreken en expertise uit te wisselen
- Verspreiding op kennispleinen Zorg voor Beter en Gehandicaptenzorg :
  - o Filmpjes Tosca Niterink & Anita Jansen:
    - 1.894 weergaven (= veel)
    - Gemiddelde tijd op pagina is 5:22 minuten (= hoog, ze bekijken de video's)
    - Video 1) heeft 975, video 2) heeft 573 en video 3) heeft 610 weergaven op YouTube (dat is redelijk veel)
  - o Publicatie verhalenbundel **Een pil tegen roepen**:
    - 3.393 weergaven (= top)
    - Aantal downloads meer dan 1.000 (= veel)

(bron cijfermateriaal met comment: Siem Valk, content marketeer Vilans)

## Ad 3 Bestendinging / borging

- Implementatiepakket samengesteld voor onderwijs met toolkit, filmpjes en publicatie **Een pil tegen roepen**
- Consultatie en werksessie met docenten ROC t.b.v. gebruik/benutten van het materiaal.