Vilans

Centrum
Verstandelijke Beperking
en Psychiatrie

umcg

Het kan beter met minder

Voortgangsrapportage 2016

Het kan beter met minder
Voortgangsrapportage 2016

Anne-Mieke den Ouden, MSc.

Jeroen Schumacher, MSc.

Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Website: www.vilans.nl

Utrecht, 15 december 2016

Inhoud

1. Inleiding 4

2. Actieprogramma 5
2.1 Wat is het onderdeel actieprogramma? 5
2.2 Het actieprogramma in de VVT-sector 5
2.2.1 Aantal deelnemende organisaties 5
2.2.2 Overzicht geboden ondersteuning organisaties intensieve variant 5
2.3 Het Actieprogramma in de VG-sector 8
2.3.1 Aantal deelnemende organisaties 8
2.3.2 Overzicht geboden ondersteuning organisaties intensieve variant 8

3. Onderzoek en monitoring 9
3.1 Wat is het onderdeel onderzoek en monitoring? 9
3.2 Overzicht activiteiten rondom onderzoek en monitoring 9
3.2.1 Onderzoek in de VVT-sector 9
3.2.2 Onderzoek in de VG-sector 13

4 Landelijke aandacht 16
4.1 Wat is het onderdeel landelijke aandacht? 16
4.2 Overzicht activiteiten rondom landelijke aandacht 16

5 Kennis delen 17
5.1 Wat is het onderdeel kennis delen? 17
5.2 Overzicht activiteiten rondom kennis delen 17

6. Deelproject 10 uitgangspunten 19

1. Inleiding

In 2016 is het landelijke programma *'Het kan beter met minder'* formeel gestart met een zeer druk bezochte kick-off bijeenkomst in Utrecht. Achtergrond is de constatering van het werkveld, cliëntenorganisaties, het ministerie van VWS, de IGZ en onderzoekers dat er nog steeds *te veel* psychofarmaca worden voorgeschreven bij probleemgedrag van cliënten met een verstandelijke beperking (www.kennispleingehandicaptensector.nl). Ook mensen met dementie in Nederlandse verpleeghuizen krijgen *te vaak en te lang* psychofarmaca voorgeschreven (www.verensotijdschrift.nl, april 2015). Het programma wil binnen de VVT-sector (Verpleging, Verzorging, en Thuiszorg en binnen de VG-sector (Verstandelijk Gehandicapten) het onjuist gebruik van psychofarmaca terugdringen en werken aan bewustwording over het (onjuist) gebruik van psychofarmaca.

Psychofarmaca zijn middelen die worden voorgeschreven bij slaapproblemen, depressie en psychoses, maar ook bij probleemgedrag bij mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking. De werkzaamheid van deze middelen is beperkt (1 op de 5 mensen heeft er baat bij), maar de bijwerkingen zijn aanzienlijk. Vooral antipsychotica geven ernstige bijwerkingen waaronder sufheid, slecht lopen, moeite met slikken en risico's op beroerte, longontsteking en overlijden. Alle binnen- en buitenlandse richtlijnen geven aan dat alternatieve interventies, zoals psychosociale interventies, de voorkeur hebben. Psychofarmaca dienen terughoudend en als tweede keus te worden gebruikt bij ernstig onbegrepen gedrag, bijvoorbeeld bij een psychose of als er sprake is van ernstige agressie en de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.

Het programma bestaat uit verschillende onderdelen:

- Actieprogramma
- Onderzoek en monitoring
- Landelijke aandacht
- Kennis delen
- De 10 uitgangspunten

Deze voortgangsrapportage beschrijft de activiteiten vanuit het programma tot nu toe op deze onderdelen. De rapportage bevat nog weinig kwantitatieve data vanwege de aanloop; werving van organisaties, start met de metingen. In de volgende jaarrapportage zal de mate (%) waarin het psychofarmacagebruik binnen een instelling is teruggedrongen weergegeven worden en welke interventies er ingezet zijn.

2. Actieprogramma

2.1 Wat is het onderdeel actieprogramma?

Binnen het actieprogramma wordt een aantal organisaties in de VVT- en in de VG-sector intensief ondersteund met een op maat gemaakt verbeterprogramma (de zogenaamde intensieve variant). **Terugdringen** van en **bewustwording** over onjuist gebruik van psychofarmaca onder professionals staat hier voorop. De cliënt en zijn netwerk worden hierin betrokken. Daarnaast wordt aan organisaties zorgaanbieders in de VVT- en in de VG-sector de ontwikkelde materialen en kennisproducten aangeboden om zelf met de tools een verbeterprogramma op maat te maken en te implementeren (de zogenaamde doe het zelf variant). Zowel in de intensieve variant als in de doe het zelf variant vindt onderzoek plaats om zicht te krijgen op of onjuist gebruik afneemt. In de doe het zelf variant is het onderzoek beperkt tot een voor- en nameting. In de intensieve variant vindt een uitgebreider onderzoek plaats. Meer over het onderzoek is te vinden in Hoofdstuk 3. In Hoofdstuk 2 beschrijven we het actieprogramma zowel voor de VVT- als voor de VG-sector.

2.2 Het actieprogramma in de VVT-sector

2.2.1 Aantal deelnemende organisaties

Zoals aangegeven zijn er organisatie die intensief ondersteund worden en zijn er organisaties die zelf aan de slag gaan met de ontwikkelde materialen en kennisproducten. In de VVT-sector zijn er op dit moment 16 organisaties die intensief ondersteund (gaan) worden. In 8 van deze organisaties is al gestart met de ondersteuning, 8 organisaties hebben zich aangemeld en zullen binnenkort starten. 19 organisaties in de VVT-sector hebben zich aangemeld voor de doe het zelf variant.

2.2.2 Overzicht geboden ondersteuning organisaties intensieve variant

Organisatie 1:
Organisatie 1 is de koploper van het project waarbij gestart is met coaching vanuit Vilans. In deze organisatie doen drie psycho-geriatrische afdelingen binnen een woonlocatie mee. In totaal zijn 49 bewoners in het onderzoek meegenomen (zie voor meer details over het onderzoek Hoofdstuk 3). De uitkomsten van de 1e meting zijn teruggekoppeld in het projectteam, in een medewerkersbijeenkomst (25 zorgmedewerkers) en tijdens 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. 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 uitgangssituatie om het oneigenlijk psychofarmacagebruik verder aan te pakken. De tijd om te komen tot een definitief implementatieplan waar voldoende informatie naar voren komt voor het onderzoek neemt ongeveer 2 maanden in beslag. Ondertussen is al wel gestart met het uitvoeren van de actiepunten.

Organisatie 2:
Er zijn 24 cliënten geïncludeerd voor het onderzoek. De interne werving 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 een vrijblijvend 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. Er is een zestal projectteam vergaderingen geweest. Bij de meest recente bijeenkomst begin december 2016 waren ook de zorgverleners van de diverse afdelingen aanwezig waar als eerste gestart gaat worden met de inzet van de interventies. Medewerkers zijn heel welwillend om aan de slag te gaan met het thema en erg op zoek naar handvatten en een methodische structuur om te leren omgaan met onbegrepen gedrag. Er is nog geen vaste multidisciplinaire overlegstructuur aanwezig. Medewerkers durven open naar elkaar te zijn over zaken die goed gaan en die niet goed gaan rondom het thema. Er ligt nu een concept Plan van Aanpak. Dit plan wordt de komende weken verder aangescherpt met zowel de onderzoekers, de coach, het projectteam en de medewerkers van de afdelingen.

Organisatie 3:
Het projectteam draait sinds mei dit jaar, inclusief een vertegenwoordiger van de cliëntenraad. Informed consent is geregeld, er zijn ongeveer 35 bewoners geïncludeerd, op 9 kleinschalige woningen. De 1e meting heeft plaats gevonden. De terugrapportage door onderzoekers is geweest, er is op drie aspecten winst te behalen: Signaleren, Indiceren, Evalueren. Er is een 1e werksessie geweest met vertegenwoordigers van alle woningen.

De onderzoeksresultaten zijn een prima basis als nulmeting. Het eigenaarschap voor acties voor bewust gebruik van psychofarmaca wordt breed gedragen: niet alleen in projectteam maar sinds de werksessie nu ook bij vertegenwoordigers van deelnemende woningen. De groep is in de actiemodus om meteen ook al een aantal ideeën uit te proberen/in te zetten (bijvoorbeeld crisisberaad zorg en psycholoog als dat NU nodig is en het dus niet op zijn beloop laten).

Organisatie 4:
Vanuit deze organisatie doet een van de verpleeghuizen mee aan het actieprogramma. Ter voorbereiding hebben onderzoeker, coach en de intern projectleider (teamleider PG) een kennismakingsgesprek gehad. Tevens hebben we eind oktober 2016 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. Onderzoeker en coach hebben verder uitleg gegeven over het onderzoek en het coachingstraject. De voorzitter van de cliëntenraad is vertegenwoordigd in het verbeterteam, waar naast enkele EVV-ers ook een SO en psycholoog zitting hebben. De eerste meting was in november 2016. Op 13 december 2016 zal de terugkoppeling plaatsvinden van de eerste meting in de vorm van een knelpunten-analyse. In januari 2017 zal op basis van deze analyse een plan van aanpak worden samengesteld.

Organisatie 5:
Er is telefonisch contact geweest met de vertrekkende projectleider (psycholoog). Zaken besproken die al in gang gezet kunnen worden voor de opvolger, te weten: instellen verbeterteam, nadenken over te includeren afdelingen, betrekken familie en dergelijke. Begin januari wordt een bijeenkomst gepland met de nieuwe projectleider.

Organisatie 6, 7 en 8 (zie 3.2.1) zijn drie organisaties waarin coaching nog niet is gestart, vanwege de randomisatie.

Organisatie 9:
Er is een kennismakingsgesprek geweest met onderzoekers en coach. Hierbij waren vanuit de organisatie de psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en zorgmanager aanwezig. Kernpunten uit dit gesprek waren dat het project aan moet sluiten bij de ontwikkeling die reeds in gang gezet is in de organisatie, namelijk dat bij gesignaleerde problematiek het zorgteam in eerste instantie contact opneemt met de psycholoog en dat psychosociale interventies worden ingezet. Bij acute problematiek wordt de arts ingeschakeld, ook bij persisterende problematiek. Het project zal vooral worden gecommuniceerd als een 'verfijning en evaluatie' van de huidige werkwijze. Dit zal gebeuren om weerstand tegen 'weer iets nieuws' tegen te gaan. Acties voor de komende tijd zijn het in goede banen leiden van alle activiteiten, het aanstellen van het verbeterteam, het zoeken naar een extra projectleider (maatje), het plannen van een familiebijeenkomst en teambijeenkomst, communicatie over het project, benodigde toestemming, et cetera. Aandachtspunten zijn dat de projectleider (psycholoog) in februari een opleiding gaat doen (2 dagen per week). Daarom wordt een extra projectleider gezocht. Medio 2017 gaat de instelling verbouwen. Dit leidt tot verhuizing van bewoners en geeft uiteraard veel onrust onder bewoners en extra werkdruk voor het personeel. De plannen zijn echter nog niet goedgekeurd, mogelijk wordt de verhuizing pas later in het jaar een feit.

Organisatie 10:
De eerste meetweek in deze organisatie zal in januari 2017 plaatsvinden. Ter voorbereiding daarop 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. Onder andere zal in januari 2017, voorafgaand aan de eerste meting, een familieavond worden gehouden waar de coach toelichting over het geheel zal geven.

Organisatie 11:
In februari 2017 start deze organisatie aan het actieprogramma, dan zal de eerste meting zijn. Ter voorbereiding daarop maken onderzoeker, coach en intern projectleider op 7 december 2016 kennis met elkaar.
Parallel aan dit verbetertraject wordt er momenteel een visie ontwikkeld op dementiezorg, dit is een losstaand project.

2.3 Het Actieprogramma in de VG-sector

2.3.1 Aantal deelnemende organisaties

Zoals aangegeven zijn er organisaties die intensief ondersteund worden en zijn er organisaties die zelf aan de slag gaan met de ontwikkelde materialen en kennisproducten. In de VG-sector zijn er op dit moment 6 organisaties die intensief ondersteund (gaan) worden. In 4 van deze organisaties is al gestart met de ondersteuning, 2 organisaties hebben zich aangemeld en zullen binnenkort starten. 1 organisatie in de VG-sector heeft zich aangemeld voor de doe het zelf variant, 4 andere organisaties hebben dit in overweging.

2.3.2 Overzicht geboden ondersteuning organisaties intensieve variant

Organisaties 3, 4 en 5 (zie 3.2.2) worden niet intensief gecoacht en daarom niet hieronder beschreven.

Organisatie 1:
Organisatie 1 wil graag starten met de intensieve variant met coaching vanuit Vilans en wil de online leerinterventie inzetten. Het projectteam staat in de startblokken, momenteel is men zoekende naar voldoende financieel draagvlak binnen directie/management. Er zijn onduidelijkheden geweest over de tijdsinvestering voor de online leerinterventie, de bedoeling is dat het leren grotendeels tijdens het reguliere werk plaatsvindt op basis van dialoog en reflectie in het team. In een overleg met onderzoeker en het projectteam wordt hier meer duidelijkheid over gegeven.

Organisatie 2:
Ten aanzien van het onderzoek zijn de eerste piketpalen uitgezet. In oktober 2016 is een eerste afspraak geweest hiervoor. Door de organisatie is de brief m.b.t. informed consent verstuurd aan verwanten en vertegenwoordigers. De reflectie hierop is deels wat bevreesd in de richting van de afbouw van psychofarmaca. Liever laat men het zoals het is en daarmee stabiel.
Er doen 4 woningen mee aan het project en dit betreft ongeveer 40 bewoners. Teams zijn geïnformeerd door projectleider en leidinggevende. Regie wordt gevoerd door het projectteam waarin naast de projectleider een leidinggevende en een gedragskundige zijn betrokken.
Ten aanzien van de coaching is er nog niet veel activiteit. De projectgroep heeft geen duidelijk beeld van wat ze willen ondernemen aan coachende activiteiten naast het onderzoek dat plaats vindt. Het beeld dat bestaat is dat maandelijks een kwartier aandacht voor het thema in een teamvergadering het meest haalbare is gezien de andere prioriteiten op de agenda. Ingestoken wordt op aanhaken bij bestaande overlegvormen zoals bijvoorbeeld het MDO om voortgang te behouden. Afspraak nu is dat de coach een plan aanlevert dat ingaat op interventies naast het onderzoek wat loopt. Hoe komen we tot aandacht, focus, veranderend gedrag van medewerkers en omgeving?

Organisatie 6:
Organisatie 6 staat op het punt te starten met de variant online leerintentie met coaching vanuit Vilans. Op dit moment bezig met het werven van teams om aan het project deel te nemen.

3. Onderzoek en monitoring

3.1 Wat is het onderdeel onderzoek en monitoring?

Eén van de onderdelen van het programma is onderzoek en monitoring. Dit vindt zowel binnen de intensieve variant als binnen de doe het zelf variant plaat. Doel van het onderzoek en monitoring is of uitvoering van het programma leidt tot minder (onjuist) psychofarmacagebruik in de deelnemende organisaties. In de intensieve variant willen we door middel van onderzoek en monitoring ook grip krijgen op hoe een en ander werkt.

3.2 Overzicht activiteiten rondom onderzoek en monitoring

3.2.1 Onderzoek in de VVT-sector

Personeel en begroting
Van de subsidie van VWS zijn 2 onderzoeksassistenten aangesteld (Kim Verhagen en Rianne Wijbenga). De beide promovendi zijn betaald vanuit Geneeskunde studie (MD-PhD, Charlotte van Teunenbroek) en extra subsidie UMCG (Claudia Groot Kormelinck). Hierdoor is het arbeidsintensieve onderzoek goed uitvoerbaar. Qua begroting is geen tekort te verwachten. Door de geringe vertraging van de inclusie loopt de afronding van de dataverzameling nu door tot 1-8 of 1-9-2018.

Intensieve variant met coaching

Aantal huizen geïncludeerd

In de intensieve variant met coaching zijn 16 verpleeghuizen gescreend voor deelname. Oorspronkelijk zijn alle 16 verpleeghuizen geïncludeerd en gerandomiseerd op verpleeghuisniveau (cluster randomized). Zodoende zijn er acht verpleeghuizen toegewezen aan een start als interventiegroep - en acht verpleeghuizen vormen de eerste acht maanden een controle groep. Na acht maanden zal ook deze groep starten met het coachingstraject. Uiteindelijk gaat ieder verpleeghuis dus een verbetertraject met coaching in, het moment waarop is echter gerandomiseerd. Na randomisatie is echter één verpleeghuis uitgevallen (drop-out na randomisatie). Momenteel zijn er vijf verpleeghuizen benaderd om deze plek op te vullen. De verwachting is dat we een verpleeghuis bereid vinden om deel te nemen aan de intensieve variant met coaching, waardoor we het gestelde doel van zestien verpleeghuizen kunnen behalen.

Aantal bewoners geïncludeerd

Het streven is om per verpleeghuis 50 bewoners te includeren, wat neerkomt op een totaal van n = 800 bewoners. De inclusie op bewonersniveau verloopt minder voorspoedig dan verwacht. Tot nu toe zijn er 296 bewoners geïncludeerd bij acht verpleeghuizen. Dit komt neer op een gemiddelde van 37 bewoners per verpleeghuis. Tevens zijn er in totaal 20 bewoners geëxcludeerd van deelname: geen diagnose dementie (n = 15), Korsakov diagnose (n = 2) en drie bewoners zijn overleden in de tussenliggende periode van het verkrijgen van toestemming tot het daadwerkelijke meetmoment.

Verklaringen voor de tegenvallende inclusie op bewonersniveau zijn voornamelijk gerelateerd aan het gegeven dat veel wettelijk vertegenwoordigers angst hebben dat het een experiment betreft, waarin medicatie zomaar wordt verminderd of stopgezet. Hoewel duidelijk in de informatiebrief staat dat dit niet het geval is, krijgen we dit vaak te horen. Om die reden adviseren wij verpleeghuizen om een familiebijeenkomst te organiseren en ook mondeling de bedoeling van het hele programma uit te leggen.

Ook wordt geadviseerd om de verpleging goed op de hoogte te stellen van het onderzoek omdat familie vaak met vragen over het onderzoek bij hen komt.

Stand van zaken

Bij alle vijftien verpleeghuizen heeft een kennismaking op locatie plaatsgevonden (al dan niet met aanwezigheid van de coach). Daarnaast heeft de eerste meting (baseline) inmiddels plaatsgevonden bij acht verpleeghuizen. Hiervan zijn vier verpleeghuizen gestart in de intensieve groep, deze verpleeghuizen hebben ook al een terugkoppeling gehad van deze eerste meting en weten waar de knelpunten liggen wat betreft het (on)juist psychofarmaca gebruik en in bredere zin t.a.v. de zorg voor mensen met onbegrepen gedrag in verpleeghuizen. Deze vier huizen zijn onlangs gestart met het maken van een verbeterplan - ofwel de uitvoer van de interventies ter reductie van onjuist psychofarmaca gebruik. De coach ondersteunt dit proces en de onderzoekers kijken mee of de doelen in het verbeterplan doelmatig zijn aan de reductie van onjuist psychofarmaca gebruik en effect van implementatie van de interventies.

Cijfers psychofarmacagebruik totaal en per ATC groep

A) Op basis van de eerste meting is inzicht verkregen over het percentage psychofarmaca gebruik in totaal en per ATC groep (zie onderstaande tabel).

Intensieve variant % PF gebruik totaal en per ATC groep							
	Totaal PF gebruik	Anti-psychotica	Anti-depressiva	Anxio-lytica	Hypno-tica	Anti-epileptica	Middelen bij dementie
Verpleeghuis 1 n=49	53,1	30,6	32,7	22,4	12,2	0,0	4,1
Verpleeghuis 2 n=24	50,0	12,5	20,8	8,3	29,2	0,0	12,5
Verpleeghuis 3 n=38	71,1	28,9	34,2	21,1	23,7	2,6	10,5
Verpleeghuis 4 n=43	51,2	32,6	18,6	18,6	20,9	0,0	2,3
Verpleeghuis 5 n=21	38,1	9,5	19,0	0,0	14,3	4,8	9,5
Verpleeghuis 6 n=37	73,0	48,6	37,8	35,1	13,5	5,4	10,8
Verpleeghuis 7 n=35	62,9	25,7	25,7	25,7	17,1	2,9	11,4
Verpleeghuis 8 n = ...	65,3	32,7	32,7	22,4	22,4	0,0	8,2
Totaal intensief n=154	56,5	27,9	27,3	18,8	20,1	0,6	6,5
Totaal controle n=93	61,3	31,2	29,0	23,7	15,1	4,3	10,8
Referentie	61	28	26	20	16	-	9

Mate van (on)juist voorschrijven

De mate waarin psychofarmaca juist wordt voorgeschreven is in onderstaande tabel weergegeven. Het betreft data van de eerste vier verpleeghuizen die in de intensieve groep met coaching zijn gestart.

Intensieve variant % juist voorgeschreven PF	
	% psychofarmaca volledig juist voorgeschreven*
Verpleeghuis 1	13,7
Verpleeghuis 2	4,5
Verpleeghuis 3	6,1
Verpleeghuis 4	0,0
Landelijk referentiepercentage	9,6

** Gemeten met APID, voor de items: indicatie, evaluatie, dosering, contra-indicaties, duplicaties en interacties. Het percentage 13.7 bijvoorbeeld betekent dat ruim 13 procent van alle psychofarmaca binnen dit verpleeghuis volgens de richtlijnen is voorgeschreven.*

De belangrijkste bevindingen en aandachtspunten van de intensieve variant:

- De werving van verpleeghuizen is snel gegaan. Binnen een zeer korte periode waren er 16 verpleeghuizen bereid gevonden om deel te nemen aan de intensieve variant van 'Beter af met minder'. Daarnaast zijn er 19 verpleeghuizen die deelnemen in het onderzoek bij de 'doe het zelf' variant (de stand van zaken van dit onderzoek volgt verderop. De omgang met onbegrepen gedrag - en het gebruik van psychofarmaca 'leeft' duidelijk bij verpleeghuizen. Ook de intensieve werving vanuit Vilans - en het UMCG hebben bijgedragen aan de snelle inclusie periode. Het aantal geïncludeerde patiënten is tot nu toe 25% lager dan verwacht en blijft een belangrijk aandachtspunt. We hopen dit aantal nog iets op te hogen met de laatst geïncludeerde verpleeghuizen. Als dat niet lukt kunnen kleinere effecten niet aantonen, maar worden alleen de effecten (verandering APID score) significant als de werkelijke effecten iets groter zijn. Theoretisch zou je het aantal te includeren huizen moeten vergroten, maar dit is niet logistiek en financieel niet haalbaar.
- Het verbetertraject is langdurig en intensief voor alle betrokkenen. Het is erg belangrijk dat er instellings-breed draagvlak is voor het verbetertraject, gezien de dataverzameling plaatsvindt bij verzorging, artsen, specialisten ouderengeneeskunde en psychologen. Een goede meting en vooral het komen tot een plan van aanpak - en de implementatie van een complexe interventie is grotendeels afhankelijk van een brede multidisciplinaire afspiegeling van betrokkenen - en een betrokken intern projectleider die tijd krijgt om alles te organiseren.
- Op inhoudelijk vlak valt op dat de tijd tussen de terugkoppeling van de eerste resultaten en de implementatie van interventies (te) kort is. In de planning staat hier één maand voor terwijl verpleeghuizen vooralsnog langer de tijd lijken nodig te hebben om van resultaten te komen tot de implementatie van het plan van aanpak. Dit proces wordt nu bespoedigd door al op voorhand afspraken in te plannen met de raad van het bestuur/ mensen die akkoord moeten geven op de in te zetten interventies. De coaches merken daarnaast dat het belangrijk is om na de terugkoppeling nog extra in te zetten op het creëren van 'eigenaarschap', een essentiële voorwaarde voor succesvolle implementatie.
- In de opstartfase is een kleine vertraging opgelopen, o.a. door het wachten op toestemming vanuit de medisch ethische toetsingscommissie. Echter kunnen we concluderen dat het project in grote lijnen loopt zoals beoogd. Er is geen vertraging opgelopen sinds gestart is met de dataverzameling.
- Regelmatige communicatie tussen onderzoekers en coaches blijft belangrijk om op dezelfde lijn te blijven zitten. De afweging tussen 'pragmatisch zijn' en een wetenschappelijk verantwoord promotieonderzoek op te zetten komt regelmatig ter sprake, maar is door onderlinge frequente communicatie en korte lijnen tussen onderzoekers en coaches van Vilans zeker hanteerbaar.

Doe-het-zelf' variant met begeleiding op afstand

De doe - het - zelf variant stelt verpleeghuizen in de gelegenheid om met begeleiding op afstand, maar op een zelfstandige manier reductie van psychofarmaca gebruik na te streven. In totaal hebben 19 verpleeghuizen zich aangemeld voor deze 'light' versie van het onderzoek. Verpleeghuizen leveren een voormeting aan van psychofarmaca gebruikt, waarna gestart wordt met zelf gekozen interventies. Acht maanden later leveren verpleeghuizen een nameting aan, om te kijken of de gekozen interventies hebben geleid tot een reductie van psychofarmaca gebruik. Inmiddels hebben de eerste zes verpleeghuizen de voormeting aangeleverd (zie onderstaande tabel).

Doe het zelf variant % PF gebruik totaal en per ATC groep - Voormeting							
	Totaal PF gebruik	Anti-psychotica	Anti-depressiva	Anxio-lytica	Hypno-tica	Anti-epileptica	Middelen bij dementie
Verpleeghuis 1 n = 26	57.7%	30,8% 8 x reg	26,9% 7 x reg	0,0% 2 x zn	19,2% 5 x reg 1 x zn	3,8% 1 x reg	11,5% 3 x reg
Verpleeghuis 2 n = 26	61.5%	30,8% 8 x reg 1 x zn	26,9% 7 x reg	3,8% 1 x reg	30,8% 8 x reg	0,0%	7,7% 2 x reg
Verpleeghuis 3 n = 161	49,7%	10,6% 17 x reg 6 x zn	26,7% 43 x reg 1 x zn	13,0% 21 x reg 18 x zn	15,5% 25 x reg 10 x zn	8,7% 14 x reg	missing
Verpleeghuis 4 n = 50	60,0%	20,0% 10 x reg	34,0% 17 x reg	18,0% 9 x reg 9 x zn	6,0% 3 x reg 1 x zn	0,0%	4,0% 2 x reg
Verpleeghuis 5 n = 16	43,8%	6,3% 1 x reg	25,0% 4 x reg	37,5% 6 x reg 4 x zn	0,0% 2x zn	0,0%	0,0%
Verpleeghuis 6 n=22	59,1%	18,2% 4 x reg 1x zn	40,9% 9 x reg	0,0%	27,3% 6 x reg	4,5% 1 x reg	9,1% 2 x reg
Referentie	61%	28%	26%	20%	16%	-	9%

Percentages psychofarmaca gebruik zijn berekend op basis van regulier gebruik. Zonodig gebruik valt hier niet onder, maar is ter informatie wel weergegeven in de tabel.

Binnenkort wordt ook de voormeting verkregen van de overige dertien verpleeghuizen. Na afloop van de acht maanden wordt d.m.v. kwalitatieve interviews uitgevraagd welke acties zijn ondernomen en wordt de mate van implementatie in kaart gebracht.

3.2.2 Onderzoek in de VG-sector

Hoofd research afdeling Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie **Uitvoerend onderzoeker**	Gerda de Kuijper Josien Jonker

Inleiding
Het onderzoek 'Kennis van begeleiders, verzorgers en behandelaars ten aanzien van psychofarmacagebruik door mensen met een verstandelijke beperking' vindt plaats binnen het programma 'Het kan beter met minder', waarbij met de leerstoel Ouderengeneeskunde UMCG wordt samengewerkt en waar in een parallelproces ook een interventiestudie plaats zal vinden. Het doel van het onderzoek is om het effect van kennisvermeerdering wat betreft psychofarmacagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking bij begeleiders, verzorgers en behandelaars op gedrag en onjuist psychofarmacagebruik te onderzoeken. Daarnaast beogen we de huidige praktijk met betrekking tot psychofarmacagebruik van mensen met een verstandelijke beperking te verbeteren, door het gebruik van psychofarmaca voor onjuiste indicaties zoals gedragsproblemen terug te dringen. Het onderzoek betreft een cluster-gerandomiseerd interventieonderzoek. De deelnemende organisaties/teams worden at random toegewezen aan twee verschillende groepen. Naast de twee groepen met experimentele condities is er een referentiegroep. a. Groep 1: e-learning module met begeleiding op afstand door Vilans. b. Groep 2: e-learning module met directe begeleiding op locatie door Vilans. c. Groep 3: referentiegroep gevormd door de organisaties die hebben aangegeven mee te willen doen aan de doe-het-zelf variant (DHZ) van het project "Beter af met minder; bewust gebruik psychofarmaca'. Aan het onderzoek nemen 15 organisaties/organisatie-eenheden deel met minimaal 30 bewoners met een verstandelijke beperking.

Psychotropic drug knowledge of direct care staff of people with intellectual disability (Kennis van begeleiders, verzorgers en behandelaars ten aanzien van psychofarmacagebruik door mensen met een verstandelijke beperking)			
Voortgang	**Planning**	**Kwal/result.**	**Budget**
	+/-	+	+
Projectleider	Dr. Gerda de Kuijper Geeft de dagelijkse begeleiding en is eindverantwoordelijk voor de wetenschappelijke kwaliteit van het project.		
Voortgang	• De ontwikkeling van de e-learning module (online leerinterventie), die nodig is voor het wetenschappelijk onderzoek binnen dit project, heeft in opdracht van het CVBP plaatsgevonden, in een samenwerking van de onderzoekers met Vilans. De e-learning komt na het publiceren van de onderzoeksresultaten ter beschikking voor organisaties op de website van Vilans tegen een geringe vergoeding. Deze vergoeding zal gebruikt voor het actueel houden van de module, ook weer in een samenwerking van het CVBP en Vilans. Voor de organisaties die meegedaan hebben aan het wetenschappelijk onderzoek is deze dan vrij beschikbaar. De inhoud is tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de CVBP onderzoekers.		

	Er is inhoudelijke input geleverd door een gedragskundige en begeleiders van diverse organisaties. Het eindproduct is opgebouwd uit 4 modules met online praktijksimulaties, oefenmateriaal en verwijzingen. De modules richten zich op bewustwording van en inzicht in het gebruik van en algemene basiskennis over psychofarmaca, het proces rondom het voorschrijven en evalueren van het psychofarmacagebruik en de rol van de verschillende disciplines, met in het bijzonder de begeleider. Het eindproduct is opgeleverd, inclusief een handleiding hoe in te zetten / uit te rollen voor organisaties met begeleiding op afstand. • De aanmeldingen voor deelname aan de studie verlopen niet volgens planning. Op dit moment zijn 6 organisaties gerandomiseerd en daarmee toegewezen aan één van de condities, 2 organisaties bevinden zich nog in de besluitvormingsfase. Dit betekent dat binnen het onderzoek nog ruimte is voor 7 tot 9 organisaties. Voor de doe-het-zelf groep heeft zich 1 organisatie gemeld en bevinden zich 4 organisaties nog in de besluitvormingsfase. Organisaties geven aan dat er veel andere projecten lopen, er onvoldoende financiële middelen beschikbaar zijn en de tijdsinvestering fors is bij een al hoge werkdruk. Naar aanleiding van de tegenvallende aanmeldingen is een aanvraag gedaan voor verlenging van het programma. Om de werving voor het onderzoek beter te laten verlopen, is door Vilans een werksessie georganiseerd gericht op de werving van organisaties binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. • Voortgang organisaties <u>Organisatie 1</u>: toegewezen aan groep met directe begeleiding op locatie. Het projectteam binnen de organisatie staat in de startblokken, momenteel wordt gezocht naar voldoende financieel draagvlak vanuit de directie. Er is binnen de organisatie onduidelijkheid ontstaan over de tijdsinvestering van de online leerinterventie. Hierover vindt afstemming plaats met projectteam, Vilans en onderzoeker. <u>Organisatie 2</u>: toegewezen aan groep met directe begeleiding op locatie. In oktober 2016 heeft een startbijeenkomst met een deel van het projectteam, de coach van Vilans en de onderzoeker plaatsgevonden. Binnen de organisaties doen 4 woningen met ongeveer 40 bewoners totaal mee. Op dit moment loopt de informed consent procedure. Daarnaast is de coach bezig met het schrijven van een actieplan, naast de online leerinterventie, gericht op aandacht, focus en veranderd gedrag van medewerkers en omgeving. <u>Organisatie 3</u>: toegewezen aan groep met begeleiding op afstand. Gelijktijdig met dit onderzoek, kiest deze organisatie er voor om ook een afbouwproject antipsychotica te laten lopen, waarbij geëvalueerd wordt aan de hand van vooraf gesproken uitkomstmaten. Dit vergt de nodige afstemming. De organisatie heeft toestemming van het managementteam om het onderzoek uit te rollen over **30** woningen. Op dit moment is de organisatie hard aan de slag met het informeren van personeel, cliënten en verwanten en aansluiten het verzamelen van informed consent. Verwachting is dat de baselinemeting plaatsvindt in februari 2017. <u>Organisatie 4</u>: toegewezen aan groep met begeleiding op afstand. Binnen de organisatie staat een stevig projectteam. De informed consent procedure is recent afgerond en vergde meer tijd en inzet dan verwacht. Er doen 5

	woningen mee en in totaal 30 cliënten. De nulmeting vindt plaats in week 50, waarna in januari 2017 gestart wordt met de online leerinterventie. Organisatie 5: toegewezen aan groep met begeleiding op afstand. In november 2016 heeft een startbijeenkomst plaatsgevonden, waarbij vertegenwoordigers aanwezig waren van woningen die eerder hadden aangegeven interesse te hebben in het project. De teams gaan nu in overleg (zelforganiserende teams) en geven uiterlijk half december 2016 aan de interne projectleider door of ze definitief mee gaan doen. Organisatie 6: heeft zich in november 2016 aangemeld en is toegewezen aan de groep met directe begeleiding op locatie. De organisatie is nu bezig met het inrichten van een projectteam en het werven van woningen. • Aandachtspunten: - Planning: uitloop door moeizame instroom, zowel door het aantal aanmeldingen als de lange aanloopperiode die nodig is bij organisaties - Informed consent: de informed consent procedure vraagt meer tijd dan gepland.
Planning	Het project is in het vierde kwartaal van 2015 van start gegaan. Het project verloopt niet volgens planning, omdat het aantal aanmeldingen achterblijft ten opzichte van de verwachting en de ruimte binnen het onderzoek. Verlenging is aangevraagd, waardoor organisaties tot 1 juni 2017 zich kunnen aanmelden. Acties met betrekking tot het verbeteren van de werving zijn uitgezet (zie voortgang).
Kwaliteit / resultaat	Goed, zie verder onder het kopje *Voortgang*.
Budget	Binnen de kaders van projectbegroting

Legenda status

	Planning	**Kwaliteit / Resultaat**	**Budget**
-	Planning wordt niet gehaald.	Resultaat wordt niet behaald.	Budget is/wordt overschreden
+/-	Als niet wordt ingegrepen, wordt planning niet gehaald.	Als niet wordt ingegrepen, wordt resultaat niet voldoende behaald.	Als niet wordt ingegrepen, wordt budget overschreden.
+	Afgegeven planning wordt gehaald cf planning.	Resultaat is, of wordt behaald.	Project blijft binnen budget.
N.v.t.	Actie nog niet gestart / on hold.	Nog niet bepaald wat resultaat moet zijn.	Budget nog niet bepaald.

NB: Als de afgesproken planning, kwaliteit/resultaat en/of budget met akkoord van de opdrachtgever wordt bijgesteld, geldt de bijgestelde afspraak als ijkpunt.

4 Landelijke aandacht

4.1 Wat is het onderdeel landelijke aandacht?

Landelijke aandacht is gericht op een bestendige aanpak van terugdringen van onjuist gebruik van psychofarmaca. Als resultaten streven we in het programma om een beweging in gang te zetten naar landelijk bewustzijn voor het terugdringen van onjuist psychofarmacagebruik. Hierbij zijn we actief in gesprek met stakeholders die invloed kunnen uitoefenen in de sector en het onderwerp op de agenda kunnen zetten zoals bv de IGZ, LOC en ActiZ.

4.2 Overzicht activiteiten rondom landelijke aandacht

Activiteiten hebben zich met name gericht op bewustwording en informeren en includeren van stakeholders om zich in te zetten voor het programma.

Activiteiten
Start-congres januari 2016: groot succes, volle zaal, een als uitstekend beoordeeld programma, veel animo om mee te doen met het actieprogramma.

Klankbordgroep
Bijeenkomsten klankbordgroep maart en oktober 2016. Leden klankbordgroep steeds benaderd voor diverse activiteiten om bij te dragen aan het programma. Bijvoorbeeld de ontwerpsessie van de campagne om werving in de VG-sector een boost te geven.

Andere bijeenkomsten
- Bijeenkomst met apothekers en huisartsen in Lieshout december 2016
- 9 december 2016 opzet landelijke wervingscampagne VG-sector met als resultaat:
    - Verwanten haken soms af op 'beter af met minder'.
    - Campagne-achtig aan de slag met ervaringen van mensen - dat nader uitwerken.
    - Minder benaderen als project en meer als proces.
    - Cultuur- en bewustzijnsverandering centraal.
    - Bijwerkingen gebruik psychofarmaca meer uitlichten.
    - Teleurstelling op beperkte beschikbaarheid van de e-learning. Vrij beschikbaar na het onderzoek.
    - Vergroot het eigenaarschap - van projectgroep naar de woningen

Artikelen
- Skipr blog
- TVV 2 x een artikel
- NRC
- Volkskrant
- Interview Sytse Zuidema gegeven aan Music and Memory Ipod.
- Stentor artikel nov 2016
- Verbinden met programma Leven in vrijheid
- Filmpje één vandaag Amerpoort - YouTube - juli 2016
- Tijdschrift artsen VB (NVAVG): resultaten Amerpoort; in 1 jaar!

5 Kennis delen

5.1 Wat is het onderdeel kennis delen?

In dit onderdeel richten we ons op kennisontwikkeling, kennisdeling en kennisverspreiding om terugdringen van onjuist psychofarmaca te ondersteunen.

5.2 Overzicht activiteiten rondom kennis delen

In het onderdeel kennis delen is een aantal modules en praktisch handvatten ontwikkeld.

F.A.Q.
Er is een F.A.Q. ontwikkeld met antwoorden op de meest gestelde vragen met betrekking tot deelname aan het programma (http://www.vilans.nl/onze-projecten-psychofarmaca-verminderen-faq.html).

Zelftest psychofarmaca
Geplaatst op het Kennisplein Gehandicaptensector
(http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/test-psychofarmaca.html)

De Kennispleinen
Voor alle andere onderdelen is telkens verwezen naar de Vilans-sites van de kennispleinen:
www.kennispleingehandicaptensector.nl/psychofarmaca
www.zorgvoorbeter.nl/psychofarmaca
Op beide pleinen is telkens opnieuw en in verschillende varianten aandacht gevraagd voor het programma.

Bezoekcijfers van het Kennisplein Gehandicaptensector in 2016

- Bezoek pagina test psychofarmaca: +/- 1300.
- Bezoek van de pagina's over psychofarmaca in totaal: 6500 (veel)
- Top 5 bezoek:
  1. Psychofarmaca zelftest (1300)
  2. Toolkit Bewust gebruik van psychofarmaca (943)
  3. Nieuwsbericht e-learning psychofarmaca gehandicaptenzorg (908)
  4. Toolkit psychofarmaca Omgaan met probleemgedrag (609)
  5. Toolbox kennis en tips over gebruik psychofarmaca (418)

Bezoekcijfers van Zorg voor Beter in 2016 (tot 14 december 2016)

- Bezoek van de pagina's over psychofarmaca: 16.000
- Top 5 bezoek algemene pagina's:
  1. Psychofarmaca (overzichtspagina) (8.273)
     http://www.zorgvoorbeter.nl/psychofarmaca
  2. Psychofarmaca verminderen (1.213)
     http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/vrijheidsbeperking-psychofarmaca-afbouwen.html
  3. Folders, tips en uitleg (1.020)
  4. Methoden probleemgedrag en depressie (721)
  5. Alternatieven zoeken (705)

- Top 5 nieuwsberichten over psychofarmaca:
    1. Start landelijk programma gebruik minder psychofarmaca (1.110);
    2. Psychofarmaca beperkt de vrijheid in je hoofd (beleid bij Avoord) (762);
    3. Van Rijn wil oneigenlijk gebruik psychofarmaca stoppen (518);
    4. 10 tips om psychofarmaca te verminderen (bericht uit december 2015) (486);
    5. Tips en tools voor terugdringen psychofarmaca (toolkit projectsturing) (318, nieuw bericht meegegaan in de nieuwsbrief van 13 december, bezoek zal nog wat aantrekken).

Toolkit
Er is een fysieke en online toolkit gemaakt 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.
Voorbeelden uit de toolkit:

- Grip op probleemgedrag;
- Analyselijst probleemgedrag;
- Overzicht groepen psychofarmaca;
- Tips en tools voor projectsturing.

Leernetwerk/inspiratiesessies psychofarmaca en op probleemgedrag
In een aantal sessie is het ontwerp voor het leernetwerk uitgedacht. Voor de zomer van 2017 zijn er 4 inspiratie-/leersessies gepland.

De kenmerken van deze sessies:

- Verhalen vanuit verwanten/cliëntenraden: is een goede impuls en trigger.
- Van 'de pil is van de dokter' naar 'de pil is van ons allemaal: de kracht van teamwork'
- Voorbeeld Amerpoort/Sherpa: hoe organiseer je het contact multidisciplinair; maak mensen taakvolwassen. Randvoorwaarden: laat begeleiders mee aangeven hoe het traject er uit ziet; bij afbouw is de vaste begeleider dichtbij; beslis samen over afbouw.
- Gebruik van beeldend materiaal. Eenvoudige visuele parameters voor succes en medicatie-evaluatie
- Wanneer is de bijeenkomst geslaagd: als angst van verwanten rondom afbouw PF verminderd. Als je kunt constateren dat de invalshoeken rondom medicatie breder is (vrijheid, gezondheid, kwaliteit van leven). De kracht van het verhaal nemen. Laat dilemma's zien.
- Inbedding: portretten en filmpjes, laagdrempelig; ook via de telefoon filmen en monteren. Organisaties die mee organiseren vragen om één of twee cliënten/verwanten/begeleiders te laten filmen. Samen optreden met zorgaanbieders. Leren van elkaar: maatjes maken. Laagdrempelig. Ter plekke intekenen op een 'en dan sessie' met Vilans. Na afloop maak je binnen een maand een compact vervolgprogramma intern. 'Huiswerk' mee.
- Voorop in de regiosessies staat bewustzijn vergroten. Bijvangst is aanmelden voor het traject.

6. Deelproject 10 uitgangspunten

Met landelijke experts is eind 2015 het document '10 uitgangspunten voor psychofarmaca gebruik' opgesteld.

Voor de verspreiding van deze praktische uitgangspunten is een aanvullende aanvraag bij VWS gehonoreerd. Resultaat is begin 2017 te verwachten en bestaat uit:

Publicatie Fabels en Feiten over psychofarmaca (werktitel)
Bevat casuïstiek van ervaringsdeskundigen, kort verwoord op 1 pagina. Met daarbij illustraties die 'iets te doen voor de lezer' in zich hebben.

3 filmpjes vanuit perspectief arts/verzorgende/cliënt/mantelzorger
Bevat casuïstiek en laat zien hoe ingewikkeld we soms doen door in de processen te blijven hangen en denken. Voorbeelden waarbij mensen 'oplossingen' hebben gevonden die geen oplossingen zijn maar wat gedoe voorkomt. Psychosociale interventies met minder psychofarmaca gebruik als resultaat.

Lesbrief / methodiek leernetwerken
De bij de publicatie en filmpjes begeleidende folder met extra uitleg met betrekking tot dit onderwerp, geschikt voor zorgteams en onderwijsdoeleinden.

Wijze van verspreiding
De publicatie, filmpjes en lesbrief wordt verspreid onder deelnemende instellingen aan het actie programma en (nog) niet deelnemende instellingen via symposia, regionale inspiratiesessie, vakgroep-bijeenkomsten van professionals, via de kennispleinen van Vilans en via opleidingen.

Resultaat
Prikkels om anders te leren kijken naar gedrag, anders labelen van gedrag gericht op kwaliteit van leven. Bewust gebruik van psychofarmaca is van belang maar niet het hoofddoel. Voor alle betrokkenen staat kwaliteit van leven voorop, dat is waar het om gaat.