Richtlijn

Verpleegkundige richtlijn ter voorkoming en vermindering van onvrijwillige zorg

Een richtlijn met handvatten voor verzorgenden, verpleeg-kundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders van cliënten met een psychogeriatrische aandoening en/of verstandelijke beperking.

Oktober 2024

v&vn

De eigenaar van deze richtlijn is:

Deze richtlijn is ontwikkeld door:

Deze richtlijn is gefinancierd door:

De richtlijn is geautoriseerd door: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) op basis van een verklaring van de besturen van V&VN Complementaire Zorg, V&VN Opleiders, V&VN Geriatrie & Gerontologie, V&VN Verzorgenden, V&VN Verstandelijk Gehandicaptenzorg, V&VN Wijkverpleegkundigen en Verpleegkundig Specialisten. Daarnaast is de richtlijn geautoriseerd door de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) en Patiëntenfederatie Nederland.

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar:
programmabureauks@venvn.nl

Inhoud

Kernaanbevelingen **3**

Inleiding **5**

Module 1 – Risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg en meetinstrumenten om de risicofactoren in kaart te brengen **9**

Inleiding **9**

Aanbevelingen **10**

Module 2 – Preventie en reductie van de toepassing van onvrijwillige zorg **25**

Inleiding **25**

Aanbevelingen **26**

Bijlagen **59**

Bijlage 1: Algemene achtergrondgegevens en financierende instantie 59

Bijlage 2: Samenstelling werk- & projectgroep 60

Bijlage 3: Het cliëntenperspectief 61

Bijlage 4: Knelpuntenanalyse 62

Bijlage 5: Methode 66

Bijlage 6: Verantwoording per uitgangsvraag 69

Bijlage 7: Verantwoording en onderbouwing voor het overzicht van negatieve gevolgen 139

Bijlage 8: Randvoorwaarden voor implementatie 161

Bijlage 9: Juridische betekenis 165

Bijlage 10: Referentielijst 166

Kernaanbevelingen

Tabel 1: kernaanbevelingen

<table>
<tr><td>Module 1
Aanbeveling 1</td><td>Doen: Leg de factoren vast die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Doe dit als volgt:
Breng de risicofactoren bij de start van zorg, samen met het multidisciplinaire team, de cliënt, naasten en/of de cliëntvertegenwoordiger in kaart en bespreek deze.
Maak afspraken over de termijn waarop de risicofactoren worden geëvalueerd of opnieuw worden vastgesteld.
Leg de uitkomsten vast in het dossier.
Screen daarbij sowieso op de volgende factoren:<table><tr><th>Ouderenzorg</th><th>Verstandelijk gehandicaptenzorg</th></tr><tr><td>ADL-afhankelijkheid</td><td>Onbegrepen gedrag ook wel probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag</td></tr><tr><td>Onbegrepen gedrag (ook wel probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag genoemd)</td><td>Communicatie moeilijkheden</td></tr><tr><td>Neuro psychiatrische symptomen</td><td>Verminderd fysiek functioneren</td></tr><tr><td>Cognitieve beperking</td><td rowspan="6"></td></tr><tr><td>Valrisico</td></tr><tr><td>Zorgafhankelijkheid</td></tr><tr><td>Verminderd welzijn van informele zorgverlener</td></tr><tr><td>Alleen wonen</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>Module 1
Aanbeveling 2</td><td>Doen: Bij twijfel over de aanwezigheid van een risicofactor breng je deze risicofactor in kaart met een betrouwbaar en gevalideerd meetinstrument. Dit doe je bij voorkeur in overleg met de cliënt, zorgverantwoordelijke en het multidisciplinair team.</td></tr>
<tr><td>Module 2
Aanbeveling 1</td><td>Doen: Onbegrepen gedrag vergroot het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg. Als er sprake is van onbegrepen gedrag hanteer dan de richtlijn probleemgedrag bij dementie of probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking om onbegrepen gedrag te voorkomen en/of te verminderen.</td></tr>
<tr><td>Module 2
Aanbeveling 2</td><td>Doen: Breng samen met het multidisciplinaire team en de cliënt de (mogelijk) negatieve gevolgen van onvrijwillige zorg in kaart wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen. Doe dit door de fysieke, mentale en cognitieve consequenties in kaart te brengen en vast te leggen in het dossier. Door de mogelijk negatieve gevolgen samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kunnen deze afgezet worden tegen de mogelijk ervaren voordelen van de toepassing van onvrijwillige zorg.</td></tr>
<tr><td>Module 2
Aanbeveling 3</td><td>Doen: Wanneer je te maken krijgt met een moeilijk vraagstuk rondom onvrijwillige zorg en/of onbegrepen gedrag, schakel je de hulp in van collega’s die ervaring hebben met dit soort casuïstiek(en). Deze collega’s kunnen je helpen bij deze moeilijke vraagstukken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een gedragsdeskundige, psycholoog, ergotherapeut, etc.</td></tr>
</table>

Module 2 **Aanbeveling 4**	**Doen:** Wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen of er is sprake van de toepassing, werk dan samen met directe collega's, collega's uit het multidisciplinaire team (artsen, psychologen, gedragsdeskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten) en de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger. Door de situatie samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kan de mogelijke noodzaak voor de toepassing van onvrijwillige zorg optimaal beoordeeld worden. Leg de uitkomsten van de samenwerking vast en onderneem waar nodig actie. Samenwerken kun je tijdens of via: • De telefoon/e-mail • Een multidisciplinair/cliënt overleg • Een casusbespreking • (half)jaarlijks gesprek • Een overdracht • Het cliëntendossier.
Module 2 **Aanbeveling 5**	**Overweeg**: Zie er bij de start van zorg en bij evaluatie momenten samen met de voorschrijver op toe dat psychofarmaca alleen worden toegepast binnen de daarvoor geldende richtlijnen. Maak daarnaast samen met de zorgverantwoordelijke, het multidisciplinair team en de cliënt, naasten en/of vertegenwoordigers afspraken over het doorlopend beoordelen van de voorgeschreven psychofarmaca om te bepalen of de middelen binnen de geldende richtlijn wordt ingezet. Maak gebruik van de expertise van een apotheker voor de systematische beoordeling van het psychofarmacagebruik van een individuele cliënt.

Inleiding

Aanleiding

Onvrijwillige zorg, door de Wet zorg en dwang (Wzd) beschreven als "zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet", wordt in Nederland vaak toegepast (Hamers et al., 2016; Mengelers et al., 2020; Scheirs et al., 2012). De Wzd die sinds 1 januari 2020 is ingegaan en geldt voor mensen met een psychogeriatrische aandoening en mensen met een verstandelijke beperking die professionele zorg nodig hebben, beschrijft dat de toepassing van onvrijwillige zorg een "ultimum remedium" ofwel uiterste redmiddel dient te zijn. Daarbij is het uitgangspunt "nee, tenzij…", we passen onvrijwillige zorg niet toe tenzij er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt zelf of anderen. Ernstig nadeel wordt door de Wet Zorg en Dwang omgeschreven als 'het bestaan van of ernstig risico op':

- Levensgevaar voor de cliënt of iemand anders
- Ernstig lichamelijk letsel voor de cliënt of iemand anders
- Ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade voor de cliënt of iemand anders
- Ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang van de cliënt of iemand anders
- Ernstig verstoorde ontwikkeling van de cliënt of iemand anders
- Bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt
- De situatie dat de cliënt met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept
- De situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

De dagelijkse zorg voor mensen die langdurige zorg nodig hebben is complex. Het is voor professionele zorgverleners en mantelzorgers een uitdaging om op het juiste moment adequate zorg (juist en gewenst) te bieden, waarbij ze rekening houden met veranderingen in het gedrag van cliënten of naasten. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening (ouderenzorg) of mensen met een verstandelijke beperking (verstandelijke gehandicaptenzorg) kan het soms lastig zijn om aan te geven wat zij precies willen en wensen. Dit kan leiden tot onbegrepen gedrag, met als gevolg uitingen van frustratie en/of agressie bij zowel zorgontvangers als professionele zorgverleners en/of mantelzorgers. In dit soort situaties kan het lastig zijn om te beslissen wat de juiste zorg is en kan er gekozen worden voor de "snelle oplossing", bijvoorbeeld het toepassen van onvrijwillige zorg (Moermans et al, 2018). Het rapport "Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden" laat zien dat dilemma's rond het wel of niet toepassen van vrijheidsbeperking als bovengemiddeld lastig wordt ervaren (Nivel, 2009). De bevindingen uit dat rapport worden ondersteund door praktijkraadplegingen door V&VN onder haar leden (onder andere V&VN Vakgroep VBI). Daaruit komt naar voren dat de verpleegkundige beroepsgroepen knelpunten ervaren rondom de inzet van onvrijwillige zorg binnen de langdurige zorg. Zo vinden de beroepsgroepen het lastig om te bepalen wanneer het toepassen van onvrijwillige zorg al dan niet veroorloofd is, welke alternatieven bewezen effectief zijn en welke vormen van onvrijwillige zorg de minste schade toebrengen. De roep om de inzet van onvrijwillige zorg te voorkomen en te verminderen neemt toe, maar praktische handvatten met aanbevelingen zijn er nog niet.

Doel
De primaire doelstelling van de generieke "verpleegkundige richtlijn onvrijwillige zorg" in de langdurige zorg, is het ondersteunen van verpleegkundige beroepsgroepen en begeleiders (desgewenst in multidisciplinair overleg) bij het kiezen van de juiste zorg en interventies rondom het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg. Zij worden met name ondersteund in de inzet van passende (preventieve) interventies om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen en/of te verminderen.

Doelgroep
De richtlijn is bedoeld voor verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders die werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg of verstandelijk gehandicaptenzorg. De zorg binnen deze twee settingen is onder te verdelen in de intramurale zorg (verpleeghuis/woonvormen) en extramurale/ ambulante zorg (thuiszorg).

Doelpopulatie
De doelpopulatie betreft alle cliënten, patiënten, klanten en bewoners die vanwege een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) of een verstandelijke beperking professionele zorg nodig hebben (Wet Langdurige Zorg (WLZ) indicatie of een verklaring van een ter zake kundige arts) en daardoor vallen onder de Wet Zorg en Dwang. Voor cliënten met een verstandelijke beperking is de doelpopulatie beperkt tot volwassenen vanaf 18 jaar.

Afbakening
Om naast de specificatie van het doel, doelgroep en de doelpopulatie tot een duidelijke afbakening van de richtlijn te komen, worden een aantal termen gedefinieerd. In de wetenschappelijke literatuur onderscheiden we drie categorieën onvrijwillige zorg: fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang/gedwongen zorg (Hamers et al., 2016). De Wet Zorg en Dwang onderscheidt negen vormen van onvrijwillige zorg die passen binnen deze categorieën. Zie tabel 2. In dit document worden de drie categorieën als kapstok gebruikt om onvrijwillige zorg te beschrijven.

Tabel 2: negen vormen van onvrijwillige zorg uit de Wet Zorg en Dwang geclassificeerd binnen de categorieën van onvrijwillige zorg uit de wetenschappelijke literatuur

Categorieën van onvrijwillige zorg	**Vorm van onvrijwillige zorg binnen de Wet zorg en Dwang**
Toepassing van fysieke vrijheidsbeperking	• Beperken van de bewegingsvrijheid. • Insluiten. • Uitoefenen van toezicht op betrokkene.
Toepassing van psychofarmaca	• Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen.

Toepassing van dwang/gedwongen zorg	• Toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen. • Onderzoek aan kleding of lichaam. • Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen. • Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen. • Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen. • Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Werkwijze
De richtlijn is ontwikkeld volgens de leidraad van de AQUA-Advies- en expertgroep Kwaliteitstandaarden (Zorginstituut Nederland, 2015). Het ontwikkeltraject is gestart met een knelpuntenanalyse. Vanwege de Covid-19 pandemie (2020-2022) is er in overleg met V&VN en ZonMw gekozen voor een alternatief i.p.v. de oorspronkelijk geplande knelpuntenanalyse. De knelpuntenanalyse bestond uit: (1) Een online survey voor professionele zorgverleners uit de langdurige ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg; (2) twee focusgroepbijeenkomsten: één bijeenkomst voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en één bijeenkomst voor de ouderenzorg; en (3) een quickscan van de wetenschappelijke literatuur. Op basis van de alternatieve knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd. Deze uitgangsvragen zijn tot stand gekomen in nauwe samenwerking met de werk- en projectgroep (zie bijlage 4 'knelpuntenanalyse' voor een samenvatting van de knelpuntenanalyse). Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is gezocht naar wetenschappelijke en grijze literatuur. Waar mogelijk is voor de uitwerking van de uitgangsvragen de verbinding gelegd met bestaande richtlijnen. De doorlopen processtappen om te komen van uitgangsvraag, via het gevonden bewijs, naar formulering van de aanbevelingen is beschreven in bijlage 5.

Commentaarfase
Van maart 2023 tot juli 2023 heeft de commentaarfase van de richtlijn plaatsgevonden. Deelnemers aan de commentaarronde konden met behulp van een open commentaarformulier reageren op de conceptrichtlijn. Gedurende de commentaarfase hebben V&VN, BPSW, Patiëntenfederatie NL, Burgerkracht Limburg, Alzheimer Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlands Ergotherapie Nederland (EN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) commentaar geleverd op de richtlijn via een vragenlijst of commentaarformulier gereageerd. Op basis van het ontvangen commentaar is deze vervolgens aangepast.

Proefimplementatie
Er heeft geen proefimplementatie van de richtlijn plaatsgevonden. Wel zijn er in bijlage 8 randvoorwaarden voor implementatie opgenomen.

Publicatiedatum en herziening
De publicatiedatum van deze richtlijn is 17-10-2024

Het bestuur van de V&VN of deze richtlijn nog actueel is en wanneer deze herzien dient te worden. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om modules van de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten. De ontwikkelingen op het gebied (van het voorkomen of verminderen) van onvrijwillige zorg zijn omvangrijk. V&VN is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de richtlijn. Andere aan deze richtlijn deelnemende beroeps- en wetenschappelijk verenigingen of gebruikers, delen deze verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen.

Module 1 – Risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg en meetinstrumenten om de risicofactoren in kaart te brengen

Inleiding

Aanleiding en doel

Kenmerken van de cliënt, zorgverlener en (zorg)omgeving bepalen het risico dat een cliënt loopt op de toepassing van onvrijwillige zorg. Deze zogenoemde risicofactoren worden in eerder gepubliceerde richtlijnen beschreven en in de wetenschappelijke literatuur zijn deze onderzocht. Het is van belang deze risicofactoren in kaart te brengen en (zo mogelijk) te beïnvloeden door de inzet van interventies, om onvrijwillige zorg te voorkomen. Wanneer het voor jou als professionele zorgverlener duidelijk is welke factoren het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten, kun je deze risicofactoren gericht en doorlopend in kaart brengen. Deze module focust op welke risicofactoren bekend zijn en geeft voorbeelden van meetinstrumenten om deze risicofactoren in kaart te brengen.

Onderliggend knelpunt

Op basis van de uitgevoerde knelpuntenanalyse blijkt dat professionele zorgverleners onvoldoende op de hoogte zijn van de factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening of cliënten met een verstandelijke beperking vergroten. Wanneer risicofactoren niet herkend worden kunnen deze niet doelgericht en eventueel met ondersteuning van meetinstrumenten in kaart gebracht worden. Het niet tijdig kunnen signaleren van risicofactoren leidt mogelijk tot de toepassing van onvrijwillige zorg die vermeden had kunnen worden.

Uitgangsvraag 1.1

"Welke factoren vergroten het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg in de langdurige ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg?"

Uitgangsvraag 1.2

"Welke instrumenten zijn er beschikbaar voor het in kaart brengen van de in de literatuur geïdentificeerde risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg?"

Inhoud module 1

De uitwerking van deze uitgangsvragen beschrijft twee aanbevelingen die jou als verzorgende, verpleegkundige, verpleegkundig specialist of begeleider handvatten biedt voor het herkennen en in kaart brengen van factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Daarbij wordt er een overzicht gegeven van (1) risicofactoren en (2) meetinstrumenten om deze risicofactoren in kaart te brengen.

Aanbevelingen

Module 1; aanbevelingen op een rij

Aanbeveling 1.1:

Doen: Leg de factoren vast die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Doe dit als volgt:

- Breng de risicofactoren bij de start van zorg, samen met het multidisciplinaire team, de cliënt, naasten en/of de cliëntvertegenwoordiger in kaart en bespreek deze.
- Maak afspraken over de termijn waarop de risicofactoren worden geëvalueerd of opnieuw worden vastgesteld.
- Leg de uitkomsten vast in het dossier.

Screen daarbij sowieso op de volgende factoren:

Ouderenzorg	**Verstandelijk gehandicaptenzorg**
ADL-afhankelijkheid	Onbegrepen gedrag (ook wel probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag genoemd)
Onbegrepen gedrag (ook wel probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag genoemd)	Communicatie moeilijkheden
Neuropsychiatrische symptomen	Verminderd fysiek functioneren
Cognitieve beperking	
Valrisico	
Zorgafhankelijkheid	
Verminderd welzijn van informele zorgverlener	
Alleen wonen	

Aanbeveling 1.2:

Doen: Bij twijfel over de aanwezigheid van een risicofactor breng je deze risicofactor in kaart met een betrouwbaar en gevalideerd meetinstrument. Dit doe je bij voorkeur in overleg met de cliënt, zorgverantwoordelijke en het multidisciplinair team.

Onderstaand volgt een nadere toelichting op de aanbevelingen van module 1.

Aanbeveling 1.1:

Doen: Leg de factoren vast die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Doe dit als volgt:

- Breng de risicofactoren bij de start van zorg, samen met het multidisciplinaire team, de cliënt, naasten en/of de cliëntvertegenwoordiger in kaart en bespreek deze.
- Maak afspraken over de termijn waarop de risicofactoren worden geëvalueerd of opnieuw worden vastgesteld.
- Leg de uitkomsten vast in het dossier.

Screen daarbij sowieso op de volgende factoren:

Ouderenzorg	**Verstandelijk gehandicaptenzorg**
ADL-afhankelijkheid	Onbegrepen gedrag
Onbegrepen gedrag (ook wel probleemgedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag genoemd)	Communicatie moeilijkheden
Neuro psychiatrische symptomen	Verminderd fysiek functioneren
Cognitieve beperking	
Valrisico	
Zorgafhankelijkheid	
Verminderd welzijn van informele zorgverlener	
Alleen wonen	

Onderbouwing

Op basis van het voor de beantwoording van deze uitgangsvraag uitgevoerde literatuuronderzoek zijn zowel studies als eerder gepubliceerde richtlijnen geselecteerd die risicofactoren beschrijven voor de toepassing van onvrijwillige zorg of deelaspecten hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en/of dwang) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Zie bijlage 6 voor een uitbreid overzicht van gevonden risicofactoren inclusief voor iedere genoemde risicofactor een onderbouwing uit de wetenschappelijke literatuur en eerder gepubliceerde richtlijnen.

Het onderstaande overzicht is een samenvatting van de gevonden risicofactoren (Het totale overzicht inclusief bronnen is terug te vinden in bijlage 6, verantwoording module 1). De risicofactoren voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening komen eerst aan bod en vervolgens worden de risicofactoren voor cliënten met een verstandelijke beperking beschreven. De risicofactoren zijn ingedeeld in 3 categorieën:

1. Risicofactoren binnen de cliënt (kenmerken van de cliënt)
2. Risicofactoren binnen de zorgverlener (kenmerken van de zorgverlener)
3. Risicofactoren binnen de organisatie en/of omgeving (kenmerken van de organisatie en/of omgeving)

Risicofactoren ouderenzorg

Kenmerken van de cliënt

In de literatuur beschreven kenmerken van de cliënt die het risico op zowel de toepassing van het concept onvrijwillige zorg, als ook de specifieke vormen fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.

- *Afhankelijkheid bij het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)*
- *Onbegrepen gedrag*
- *Neuro psychiatrische symptomen*
- *Cognitieve beperking*
- *Leeftijd (in de literatuur wordt zowel een jongere als een oudere leeftijd als risicofactor voor de toepassing van onvrijwillige zorg beschreven).*
- *Alleen wonen.*

In de literatuur beschreven kenmerken van de cliënt die het risico op de toepassing van specifieke vormen van onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking en/of psychofarmaca) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.

- *Valrisico (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Geslacht (in de literatuur wordt zowel het mannelijke als het vrouwelijke geslacht als risicofactor voor de toepassing van onvrijwillige zorg beschreven) (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Het hebben van een voedingssonde en deze uit willen trekken (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Zorgafhankelijkheid (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Diagnose dementie (psychofarmaca en onvrijwillige zorg)*
- *Beperkte mobiliteit (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Incontinentie (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Een katheter (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *De toepassing van psychofarmaca is een risicofactor voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Langdurige zorg in instelling (psychofarmaca)*
- *Het hebben van een wettelijke voogd (psychofarmaca)*
- *Meer initieel gebruik van psychofarmaca leidt tot aanhoudend gebruik van psychofarmaca (psychofarmaca).*

Kenmerken van de zorgverlener

In de literatuur beschreven kenmerken van de zorgverlener die het risico op de toepassing van het concept onvrijwillige zorg bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.

- *Verminderd welzijn van informele zorgverlener (fysieke vrijheidsbeperking en het concept onvrijwillige zorg)*

In de literatuur beschreven zorgverlener-gerelateerde kenmerken die het risico op de toepassing van specifieke vormen van onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking en/of psychofarmaca) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.

- *Een positieve houding ten aanzien van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca, vergroot het risico op de toepassing (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Jongere leeftijd van primaire professionele zorgverlener (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Hogere werkdruk bij artsen en verpleegkundig personeel (psychofarmaca)*
- *Lager opleidingsniveau van verpleegkundigen (psychofarmaca)*
- *Een mannelijke voorschrijver van psychofarmaca (psychofarmaca)*
- *Professionele zorgverleners die zelf aangeven te behoren tot een etnische minderheid (psychofarmaca)*

Kenmerken van de organisatie en/of de omgeving

In de literatuur beschreven kenmerken van de organisatie die het risico op de toepassing van specifieke vormen van onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking en/of psychofarmaca) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.

- *Als er in verhouding meer verzorgenden per bewoners beschikbaar zijn vergroot dit het risico op de toepassing fysieke vrijheidsbeperking*
- *Als er in verhouding minder verpleegkundigen beschikbaar zijn ten opzichte van verzorgenden vergroot dit het risico op de toepassing van psychofarmaca*
- *Meer bedden in het verpleeghuis (een groter verpleeghuis) (psychofarmaca)*
- *Lagere ADL-scores van verpleeghuisbewoners (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Meer bewoners met dementie (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Minder personeel (psychofarmaca)*
- *Meer artsen/minder artsen (inconsistent) (psychofarmaca)*
- *Verpleeghuis met winstoogmerk (psychofarmaca)*
- *Minimale competitie tussen verpleeghuizen draagt bij aan het risico op de toepassing (psychofarmaca)*

Risicofactoren verstandelijk gehandicaptenzorg

Kenmerken van de cliënt

In de literatuur beschreven kenmerken van de cliënt die het risico op de toepassing van specifieke vormen van onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking en/of psychofarmaca) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening vergroten.Onbegrepen/probleemgedrag (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)

- *Gehoorbeperking – spraakbeperking - visuele beperking – communiceren via gebarentaal – lage sociale interactie (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Cliënten die gedwongen opgenomen zijn (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Verminderd fysiek functioneren (fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca)*
- *Neurologische beperking (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Oudere leeftijd (psychofarmaca)*
- *Cliënten die intensieve zorg krijgen (24 uurszorg, woonvorm) (psychofarmaca)*
- *Cliënten die werkeloos zijn (psychofarmaca)*
- *Cliënten met Autisme (psychofarmaca)*
- *Cliënten met het Syndroom van Down (psychofarmaca)*
- *Meer ICD-10 diagnoses (psychofarmaca)*
- *Cliënten met een zwaardere beperking (psychofarmaca)*

Kenmerken van de zorgverlener

Er zijn geen studies bekend over kenmerken van de zorgverlener die de toepassing van onvrijwillige zorg of specifieke vormen (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en/of dwang) bij cliënten met een verstandelijke beperking vergroten.

Kenmerken van de organisatie en/of de omgeving

In de literatuur beschreven kenmerken van de organisatie die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking vergroten.

- *Een hogere werkdruk bij personeel (fysieke vrijheidsbeperking)*
- *Cliënten die verblijven in woonvormen (fysieke vrijheidsbeperking)*

Overwegingen werkgroep

De werkgroep onderschrijft de gevonden risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in het algemeen en meer specifiek voor fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca. De werkgroep is van mening dat het van belang is dat professionele zorgverleners kennis hebben van deze risicofactoren om preventief te kunnen handelen. De werkgroep geeft mee dat hoewel de lijst met risicofactoren uitgebreid is, deze mogelijk niet uitputtend is. Als voorbeeld kunnen somatische aandoeningen zoals parkinson en epilepsie en de voor deze aandoeningen voorgeschreven medicatie ook het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Dit vanwege het verhoogde valrisico t.g.v. de bijwerkingen van deze medicatie.

Ondanks dat er alleen sprake is van middelmatig tot beperkt wetenschappelijk bewijs, is de werkgroep op basis van consensus van mening dat de uitvoering van deze aanbeveling vast onderdeel dient te zijn van de dagelijkse zorg. Het herkennen, vaststellen en vastleggen van risicofactoren dient naar mening van de werkgroep vast onderdeel te zijn van het methodisch werken. Bij de start van zorg en tijdens evaluatiemomenten dienen risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in kaart gebracht te worden. Het uitvoeren van de aanbeveling is een multidisciplinaire verantwoordelijkheid waarbij ook de cliënt, naasten en vertegenwoordigers betrokken worden. De werkgroep gaat ervan uit dat professionele zorgverleners factoren als ADL-afhankelijkheid en onbegrepen gedrag voor de zorg sowieso al in kaart brengen, zeker bij de start van zorg. Er wordt dus alleen verwacht dat dit soort factoren gekoppeld worden aan het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg. Aangezien er geen sprake is van een nieuwe taak, is de werkgroep van mening dat de uitvoering van deze aanbeveling geen grote invloed heeft op de benodigde middelen of de organisatie van zorg. Het vaststellen en vastleggen van risicofactoren kan bijvoorbeeld worden meegenomen in het reguliere multidisciplinaire overleg, hier hoeft geen nieuwe bijeenkomst voor te worden georganiseerd. Aangezien de geformuleerde aanbeveling over het vaststellen en vastleggen van risicofactoren niet het resultaat is van wetenschappelijke studies die effectieve interventies beschrijven, is er sprake van expert opinie (niveau 7). De werkgroep is echter wel van mening dat de uitvoer van deze aanbeveling zo fundamenteel is voor het leveren van goede zorg, dat er een 'Doen' aanbeveling geformuleerd is. Ook vraagt de werkgroep aandacht voor de perceptie van naasten en cliëntvertegenwoordigers. Dit speelt voornamelijk in de extramurale/ambulante zorg, waar de professionele zorgverlener niet altijd aanwezig kunnen zijn. Positieve attitudes ten aanzien van onvrijwillige zorg van naasten en cliëntvertegenwoordigers kunnen ook het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten. Houd hier rekening mee door bij naasten en cliëntvertegenwoordigers na te gaan hoe er door hen zorg geleverd wordt als je als professionele zorgverlener niet in beeld bent.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 7** Mening van de werkgroep	Op basis van de risicofactoren die geïdentificeerd zijn in de wetenschappelijke literatuur is de werkgroep van mening dat de factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten vastgesteld en vastgelegd dienen te worden. Er zijn geen effectieve interventies geselecteerd die het in kaart brengen van risicofactoren aanbevelen.
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 7** Mening van de werkgroep	Op basis van de risicofactoren die geïdentificeerd zijn in de wetenschappelijke literatuur is de werkgroep van mening dat de factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten vastgesteld en vastgelegd dienen te worden. Er zijn geen effectieve interventies geselecteerd die het in kaart brengen van risicofactoren aanbevelen.

Aanbeveling 1.2:

Doen: Bij twijfel over de aanwezigheid van een risicofactor, breng je deze risicofactor in kaart met een betrouwbare en gevalideerd meetinstrument. Dit doe je bij voorkeur in overleg met de cliënt, de zorgverantwoordelijke en het multidisciplinair team.

Meetinstrumenten om risicofactoren in kaart te brengen
Onderstaand volgt een overzicht van meetinstrumenten waarmee de eerdergenoemde risicofactoren in kaart gebracht kunnen worden. De risicofactoren en corresponderende meetinstrumenten zijn wederom weergegeven a.d.h.v. de uitsplitsing kenmerken van de cliënt, kenmerken van de zorgverlener en kenmerken van de organisatie en/of omgeving. De psychometrische eigenschappen van het overzicht aan meetinstrumenten zijn niet onderzocht. Daarbij is het ook geen uitputtend overzicht. Het kan dus zo zijn dat er binnen jouw organisatie gebruik gemaakt wordt van een ander meetinstrument. Gebruik maken van een valide en betrouwbaar meetinstrument geniet echter de voorkeur. Wanneer er achter een risicofactor in de kolom 'meetinstrument' 'niet van toepassing' (n.v.t.) staat is de risicofactor geen kenmerk dat in beeld gebracht kan/hoeft te worden met een meetinstrument.

Ouderenzorg

Tabel 3: kenmerken van de cliënt

Cliëntgebonden kenmerken	**Meetinstrument**
Afhankelijkheid bij het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)	• Katz ADL schaal • Barthel ADL Index • Lawton Instrumental Activities of Daily Living/ Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (Lawton IADL) • Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS, ADL en Huishoudelijke ADL) • Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation A-ONE (Meetinstrumentenzorg) • Health Assessment Questionnaire-Disability Index (Nederlandse consensus) / Vragenlijst Dagelijks Functioneren HAQ-DI / VDF • Nottingham Extended Activities of Daily Living Index NEADL
Onbegrepen gedrag/ neuro psychiatrische symptomen	**Algemene neuropsychiatrische symptomen/gedragsproblematiek/onbegrepen gedrag:** • Neuropsychiatric inventory (NPI) • Observatielijst Psychosociale problematiek (OLPP) • Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatrie (GIP) **Agitatie:** • Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) **Angsten:** • Fear Survey Schedule (FSS-III)

	Apathie: • De Apathie Evaluatie Schaal (AES) **Delier:** • Delier-O-Meter • Delirium Rating Scale 98 • Delirium Observatie Screening (DOS) schaal **Depressie**: • De Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) • Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) • Geriatric Depression Scale (GDS) • Hamilton rating scale for depression (HAM-D) • Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) **Overig:** • Worry domains questionnaire (WDQ) • 'Zorgen maken' – schaal (mate van ongerustheid bij mantelzorgers)
Cognitieve beperking	• Mini-Mental State Examination (gestandaardiseerde versie) (Meetinstrumentenzorg) • Montreal Cognitive Assessment (Meetinstrumentenzorg) • Nederlandse Informantvragenlijst over Cognitieve achteruitgang bij ouderen (IQCODE-N) (meetinstrumentenzorg) • Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) - Nederlandse versie (voor laaggeletterden en migranten) • Observatielijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD) • Clinical Dementia Rating Scale (CDR) • Global Deterioration Scale (GDS) • Functional Assessment Staging (FAST) • Seven minute screen (7ms)
Valrisico	Om het valrisico bij zowel thuiswonende ouderen als verpleeghuisbewoners in kaart te brengen wordt er verwezen naar de richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' en specifiek naar module 2 en 3: • Schatting valrisico bij thuiswonende ouderen • Schatting valrisico ouderen in verpleeghuis https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/startpagina_-_preventie_van_valincidenten.html
Leeftijd	*Voor leeftijd is een meetinstrument niet van toepassing.*
Geslacht	*Voor geslacht is een meetinstrument niet van toepassing.*
voedingssonde willen uittrekken	n.v.t.
Grotere zorgafhankelijkheid	Care Dependency Scale / ZorgAfhankelijkheidsschaal (CDS / ZAS)

Diagnose dementie	n.v.t.
Beperkte mobiliteit	*Werk waar mogelijk samen met een fysio- of ergotherapeut* De UNCO-MOB is een set meetinstrumenten voor fysiotherapeuten om de mobiliteit van geriatrische cliënten te meten. • Elderly Mobility Scale (EMS) • Timed Up & Go test (TUG) • Berg Balance Scale (BBS) https://unoamsterdam.nl/producten/meten-van-mobiliteit-unco-mob/ Handelingsobservatie: • Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) • PRPP assessment
Incontinentie	*Voor incontinentie is een meetinstrument niet van toepassing.*
Een katheter	*Voor een katheter is een meetinstrument niet van toepassing.*
De toepassing van psychofarmaca	*Voor de toepassing van psychofarmaca is een meetinstrument niet van toepassing.*
Langdurige zorg in instelling	n.v.t.
Het hebben van een wettelijke voogd	n.v.t.
Meer gebruik van psychofarmaca	n.v.t.
Alleen wonen	n.v.t.

Tabel 4: Kenmerken van de zorgverlener

Zorgverlener-gerelateerde kenmerken	**Meetinstrument**
Positieve attitude van zorgverlener	Niet beschikbaar.
Jongere leeftijd van primaire zorgverlener	n.v.t.
Verminderd welzijn van informele zorgverleners	• De Caregiver Strain Index (CSI)) • De Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)

	• Voor werkende mantelzorgers: De Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus) • Voor jonge mantelzorger(s) in de leeftijd van 10-20 jaar kan gebruik worden gemaakt van meetinstrument: Het Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO).
Hogere werkdruk	Geadapteerd uit de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn werkdruk • **Objectieve werkdruk**: Er zijn (nog) geen gevalideerde Nederlandstalige meetinstrumenten beschikbaar voor het vaststellen van de objectieve werkdruk. • **Subjectieve werkdruk**: Voor het meten van de subjectieve werkdruk zijn wel gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar in de vorm van gevalideerde vragenlijsten (zie richtlijn werkdruk) • **Kwantitatieve werkdruk**: Kwantitatieve werkdruk kan worden gemeten met de Nederlandstalige versie van de psychologic demands vragen uit de Job Content Questionnaire (JCQ) en de Quantitative Workload Inventory (QWI). • **Emotionele en een fysieke werkdruk**: Voor het meten van de emotionele en een fysieke werkdruk zijn (nog) geen gevalideerde meetinstrumenten in het Nederlands beschikbaar. https://nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB/richtlijn-werkdruk
Lager opleidingsniveau van verpleegkundige beroepsgroep	n.v.t.

Tabel 5: Kenmerken van de organisatie en/of omgeving

Organisatie kenmerken	**Meetinstrument**
Een hogere bezetting/meer bedden in een verpleeghuis	n.v.t.
Personeel samenstelling (meer verzorgenden in verhouding tot verpleegkundigen = meer toepassing)	n.v.t.

Lagere ADL-scores van bewoners	Zie meetinstrumenten voor de risicofactoren ADL-afhankelijkheid
Meer bewoners met dementie	n.v.t.
Minder personeel	n.v.t.
Meer artsen/minder artsen	n.v.t.
Winstoogmerk verpleeghuis	n.v.t.
Minimale competitie	n.v.t.
Grotere verpleeghuizen	n.v.t.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 6: Kenmerken van de cliënt

Cliëntgebonden kenmerken	**Meetinstrument**
Onbegrepen/ probleemgedrag	**Voorbeelden van meetinstrumenten**: • Aberrant Behavior checklist (ABC) • Behavior problems inventory – 01 (BPI-01) • Consensusprotocol ernstig probleemgedrag De bovenstaande en andere meetinstrumenten voor probleemgedrag kunt u terugvinden in de 'multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (2019): https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/
Gehoorbeperking - spraakbeperking - visuele beperking - communiceren via gebarentaal - lage sociale interactie	• Voorlopers in communicatie (ComVoor) • Communicatie Intentie Onderzoek (CIO) • Revised Triple C: checklist of communicative competencies for adults with severe and multiple disabilities De bovenstaande en andere meetinstrumenten voor het bepalen van wijze van communicatie en communicatie niveau kunt u terugvinden in de 'Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (2019): https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/

Cliënten die verplicht opgenomen zijn	n.v.t.
Oudere leeftijd	n.v.t.
Cliënten die intensieve zorg krijgen (24 uurszorg, woonvorm)	n.v.t.
Werkeloosheid	n.v.t.
Autisme	• Autisme- en verwante stoornissenschaal voor zwakzinnigen revisie (AVZ-R) • Autisme Diagnostisch Interview-Revised (ADIR) • Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) De bovenstaande meetinstrumenten voor het diagnosticeren van Autisme kunt u terugvinden in de 'Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (2019): https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/
Het syndroom van Down	n.v.t.
Meer ICD-10 condities	https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icd-10
Zwaarte van de beperking	**Voorbeelden van meetinstrumenten** • Groninger intelligentietest-2 (GIT 2) • Kaufman intelligentietest voor adolescenten en volwassenen (KAIT) • Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest • Wechsler Adult intelligence Scale (WAIS-IV) De bovenstaande en andere meetinstrumenten voor probleemgedrag kunt u terugvinden in de 'Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (2019): https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/
Aangetast spraakvermogen	• Voorlopers in communicatie (ComVoor) • Communicatie intentie onderzoek (CIO) • Revised Triple C: checklist of communicative competencies for adults with severe and multiple disabilities De bovenstaande en andere meetinstrumenten voor probleemgedrag kunt u terugvinden in de 'Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' (2019): https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-verstandelijke-beperking/

Er zijn geen zorgverlener-gerelateerde kenmerken geïdentificeerd, daarom worden er ook geen meetinstrumenten weergegeven.

Tabel 7: Kenmerken van de organisatie en/of omgeving

Organisatiekenmerken	Meetinstrument
Een hogere werkdruk bij personeel	Geadapteerd uit de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn werkdruk • **Objectieve werkdruk**: Er zijn (nog) geen peer-reviewed gevalideerde Nederlandstalige meetinstrumenten beschikbaar voor het vaststellen van de objectieve werkdruk. • **Subjectieve werkdruk**: Voor het meten van de subjectieve werkdruk zijn wel gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar in de vorm van gevalideerde vragenlijsten (zie richtlijn werkdruk) • **Kwantitatieve werkdruk**: Kwantitatieve werkdruk kan worden gemeten met de Nederlandstalige versie van de psychologic demands vragen uit de Job Content Questionnaire (JCQ) en de Quantitative Workload Inventory (QWI). Zie bijlagen 3.1 en 3.2. • **Emotionele en een fysieke werkdruk**: Voor het meten van de emotionele en een fysieke werkdruk zijn (nog) geen peer-reviewed gevalideerde meetinstrumenten in het Nederlands beschikbaar. https://nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB/richtlijn-werkdruk
Een hogere ratio tussen 'senior staff' en bewoners	N.v.t.
Cliënten met een formulier voor de-escalatie	Zie elektronisch patiënten dossier.
Cliënten die leven in een woonvorm	N.v.t.
Cliënten die gebruikt maken van diensten met hoge kosten	N.v.t.

Onderbouwing

Op basis van het voor de beantwoording van deze uitgangsvraag uitgevoerde literatuuronderzoek zijn zowel studies als eerder gepubliceerde richtlijnen geselecteerd die risicofactoren beschrijven voor de toepassing van onvrijwillige zorg of deelaspecten hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en/of dwang) bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Zie bijlage 6 voor een uitbreid overzicht van gevonden risicofactoren inclusief voor iedere genoemde risicofactor een onderbouwing uit de wetenschappelijke literatuur en eerder gepubliceerde richtlijnen. De gevonden risicofactoren vormen de basis voor het identificeren van meetinstrumenten. Het uitgangspunt voor het achterhalen van

meetinstrumenten is de database 'Meetinstrumenten in de zorg'. Daarnaast zijn de websites van het Trimbosinstituut, 'Zorg voor beter' en 'werken in de ouderengeneeskunde', het handboek Dementie en verschillende richtlijnen geraadpleegd.

Overwegingen werkgroep

De werkgroep is op basis van een in consensus genomen besluit van mening dat het vanwege de uiteenlopende risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg van belang is dat de juiste meetinstrumenten worden ingezet om het risico op de toepassing in te schatten en vast te stellen. De werkgroep adviseert daarbij nadrukkelijk om gebruik te maken van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten. Het in kaart brengen van risicofactoren (zoals ADL-afhankelijkheid, cognitieve achteruitgang en onbegrepen gedrag voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening en onbegrepen gedrag en communicatiemoeilijkheden voor cliënten met een verstandelijke beperking met behulp van meetinstrumenten) dient naar mening van de werkgroep vast onderdeel te zijn van het methodisch werken. Dit kan uitgevoerd worden a.d.h.v. de stappen van het verpleegkundig proces om de zorgbehoefte te inventariseren. In die zin hoeft het uitvoeren van deze aanbeveling niet als nieuwe taak gezien te worden en is naar mening van de werkgroep geen aanslag op de benodigde middelen of organisatie van zorg. Om de extra belasting te beperken, kunnen alleen de factoren waarbij er twijfel is over de daadwerkelijke aanwezigheid in kaart gebracht worden met behulp van (bij voorkeur) valide en betrouwbare meetinstrumenten. Aangezien de huidige aanbeveling niet onderbouwd is door wetenschappelijke studies die effectieve interventies beschrijven is er sprake van expert opinie (Niveau 7). De werkgroep is echter van mening dat het gebruik van gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten fundamenteel zijn in het bepalen van het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg en formuleert daarom een sterke aanbeveling. Vanuit de praktijk geeft de werkgroep mee dat verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders niet altijd zelf verantwoordelijk zijn voor het inschatten en het in kaart brengen van het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg met behulp van meetinstrumenten. Daarom adviseert de werkgroep het cliëntendossier te raadplegen om te zien of er al specifieke meetinstrumenten zijn ingevuld of contact te zoeken met degene die hier binnen het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor zijn. De werkgroep heeft een aantal meetinstrumenten genoemd die volgens de werkgroep in de praktijk gebruikt kunnen worden om risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in kaart te brengen. Zorg bij het gebruik van de meetinstrumenten voor consistentie in toepassing en continuïteit, zodat men ontwikkelingen kan aggregeren en monitoren/volgen in de tijd.

Ouderenzorg

- *Tinetti (mobiliteit/valrisico) **
- *CMAI (agitatie en agressie)*
- *Cornell (depressie)*
- *VRI (valrisico)*
- *KATZ (ADL)*

- *SNAQ (ondervoeding)*
- *DOS (delier)*
- *MMSE (cognitieve beperking)*
- *Medicatie veiligheid (beoordeling beheer over medicatie)*
- *Self-rated burden, EDIZ, CSI (overbelasting mantelzorger)*
- *VAS, REPOS (pijn)*

Verstandelijk gehandicaptenzorg

- *DOS (delier)*
- *'ADL-lijsten'*
- *BPSD-DS (dementiegerelateerde gedragsveranderingen bij mensen met het downsyndroom)*
- *Netwerkkaarten*
- *VAS/ REPOS (Pijn)*
- *Medicatie veiligheid (beoordeling beheer over medicatie)*

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 7** Mening van de werkgroep	Ondanks dat de formulering van aanbeveling 1.2 niet onderbouwd is door wetenschappelijke studies, is de werkgroep van mening dat het in kaart brengen van risicofactoren met betrouwbare en gevalideerde meetinstrumenten, bij twijfel over de aanwezigheid van de risicofactor, fundamenteel is om een goede inschatting van het risico te kunnen maken.
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 7** Mening van de werkgroep	Ondanks dat de formulering van aanbeveling 1.2 niet onderbouwt is door wetenschappelijke studies, is de werkgroep van mening dat het in kaart brengen van risicofactoren met betrouwbare en gevalideerde meetinstrumenten, bij twijfel over de aanwezigheid van de risicofactor, fundamenteel is om een goede inschatting van het risico te kunnen maken.

Module 2 – Preventie en reductie van de toepassing van onvrijwillige zorg

Inleiding

Aanleiding en doel

Internationaal wordt er al geruime tijd onderzoek gedaan naar interventies die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysiek vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca. Meer recent wordt er onderzoek gedaan naar het bredere concept onvrijwillige zorg. Volgens de Nederlandse Wet zorg en dwang wordt onder "onvrijwillige zorg" verstaan zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet. Internationaal wordt o.a. gesproken over 'involuntary treatment', 'involuntary care', 'restraint' en 'coercion'. Dit bredere concept (onvrijwillige zorg) omvat zowel de toepassing van fysiek vrijheidsbeperkende maatregelen, psychofarmaca, als ook dwang. Voor dit bredere concept is er nog weinig bekend over interventies die effectief zijn in het voorkomen of verminderen ervan. In deze module worden aanbevelingen gedaan voor de inzet van effectieve interventies en concrete (minder ingrijpende) alternatieven om de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking te voorkomen of te verminderen.

Onderliggende knelpunten

Op basis van de uitgevoerde knelpuntenanalyse blijkt dat professionele zorgverleners 1) niet of onvoldoende op de hoogte zijn van interventies en mogelijke alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg, 2) onvoldoende of geen toegang hebben tot beschikbare effectieve interventies en mogelijke alternatieven, en/of 3) (bekende) interventies en mogelijke alternatieven niet toepassen in de dagelijkse praktijk. Dit belemmert hen in het voorkomen en/of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen met een psychogeriatrische aandoening of mensen met een verstandelijke beperking.

Uitgangsvraag 2.1

"Welke interventies zijn effectief in het voorkomen en/of reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg en/of het beperken van de negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg in de langdurige ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg?"

Uitgangsvraag 2.2

"Welke concrete (minder ingrijpende) alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg die door verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders kunnen worden ingezet zijn beschikbaar in de langdurige ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg?"

Inhoud module 2: Preventie en reductie van de toepassing van onvrijwillige zorg

De beantwoording van deze uitgangsvragen heeft geleid tot acht aanbevelingen over effectieve interventies en de mogelijke inzet van concrete (minder ingrijpende) alternatieven. De module geeft jou als verzorgende, verpleegkundige, verpleegkundig specialist of begeleider handvatten om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen en/of te verminderen.

Aanbevelingen

Module 2: aanbevelingen op een rij

Aanbeveling 2.1:

Doen: Onbegrepen gedrag vergroot het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg. Als er sprake is van onbegrepen gedrag hanteer dan de richtlijn probleemgedrag bij dementie of probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking om onbegrepen gedrag te voorkomen en/of te verminderen.

Aanbeveling 2.2:

Doen: Breng samen met het multidisciplinaire team en de cliënt de (mogelijk) negatieve gevolgen van onvrijwillige zorg in kaart wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen. Doe dit door de fysieke, mentale en cognitieve consequenties in kaart te brengen en vast te leggen in het dossier. Door de mogelijk negatieve gevolgen samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kunnen deze afgezet worden tegen de mogelijk ervaren voordelen van de toepassing van onvrijwillige zorg.

Aanbeveling 2.3:

Doen: Wanneer je te maken krijgt met een moeilijk vraagstuk rondom onvrijwillige zorg en/of onbegrepen gedrag, schakel je de hulp in van collega's die ervaring hebben met dit soort casuïstiek(en). Deze collega's kunnen je helpen bij deze moeilijke vraagstukken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een gedragsdeskundige, psycholoog, ergotherapeut, etc.

Aanbeveling 2.4:

Doen: Wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen of er is sprake van de toepassing, werk dan samen met directe collega's, collega's uit het multidisciplinaire team (artsen, psychologen, gedragsdeskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten) en de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger. Door de situatie samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kan de mogelijke noodzaak voor de toepassing van onvrijwillige zorg optimaal beoordeeld worden. Leg de uitkomsten van de samenwerking vast en onderneem waar nodig actie. Samenwerken kun je tijdens of via:

- De telefoon/e-mail
- Een multidisciplinair/cliënt overleg
- Een casusbespreking
- (half)jaarlijks gesprek

- Een overdracht
- Het cliëntendossier.

Aanbeveling 2.5:

Overweeg: Zie er bij de start van zorg en bij evaluatie momenten samen met de voorschrijver op toe dat psychofarmaca alleen worden toegepast binnen de daarvoor geldende richtlijnen. Maak daarnaast samen met de zorgverantwoordelijke, het multidisciplinair team en de cliënt, naasten en/of vertegenwoordigers afspraken over het doorlopend beoordelen van de voorgeschreven psychofarmaca om te bepalen of de middelen binnen de geldende richtlijn wordt ingezet. Maak gebruik van de expertise van een apotheker voor de systematische beoordeling van het psychofarmacagebruik van een individuele cliënt.

Aanbeveling 2.6:

Overweeg: Speel tijdens het eetmoment en persoonlijke zorg, ontspannende muziek af wanneer je verwacht dat er verzet getoond gaat worden/verzet wordt getoond. Doe dit om rust te creëren en het verzet getoond door de cliënt te verminderen of weg te nemen. De muziek kan afgespeeld of gezongen/geneuried worden. Houd hierbij rekening met individuele behoefte en voorkeuren van cliënten en culturele invloeden.

Aanbeveling 2.7:

Overweeg: Pas de principes van de 'CHAnging Talk' (CHAT) interventie toe tijdens zorgmomenten. Deze interventie is gericht op het verminderen van verzet bij mensen met dementie.

Let op de volgende punten:

1) Praat normaal; je spreekt tegen een volwassen iemand. Dus gebruik bijvoorbeeld geen verkleinwoordjes, spreek de persoon niet aan alsof het een kind is, gebruik geen woorden als schat of lieverd enzovoorts.
2) Verplaats je in de cliënt. Stel je voor dat dit jouw moeder is of jij het zelf bent. Hoe zou je willen dat zorgverleners haar of jou aanspreken?
3) Bespreek regelmatig binnen het team hoe met cliënten/bewoners wordt gesproken; stel je daarbij kwetsbaar en leerzaam op.
4) Bespreek met de cliënt, mantelzorger of vertegenwoordiger hoe de cliënt aangesproken wil worden. Herhaal dit regelmatig.

Aanbeveling 2.8:

Overweeg: Zet alternatieven in als je de toepassing van onvrijwillige zorg overweegt. Stappen die genomen kunnen worden om tot de juiste inzet van alternatieven te komen zijn:

- Stel een individueel zorgplan op. Dit doe je in samenspraak met het multidisciplinair team, de cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordiger op basis van de wensen en behoeften van de cliënt.

- Breng de factoren in kaart die kunnen leiden tot de toepassing van onvrijwillige zorg (zie ook aanbeveling 1.1 en 1.2 van module 1.
- Zet op basis van de eerste twee stappen geïndividualiseerde alternatieven in om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen of te verminderen. Bespreek de alternatieven eerst met de cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordiger en houd rekening met voorkeuren (zie onderbouwing en overwegingen werkgroep voor specifiek alternatieven die ingezet worden).
- Evalueer samen het multidisciplinaire team, cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordigers de reactie van de cliënt op de gekozen alternatieven. Doe dit door de reactie te observeren, te bespreken en vast te leggen.
- Houd rekening met veranderende wensen en behoeften van de cliënt en de consequenties die dit heeft voor de inzet van alternatieven. Daarom is het nodig om afspraken te maken over de termijn waarop de inzet van alternatieven geëvalueerd wordt.

Onderstaand volgt een nadere toelichting op de aanbevelingen van module 2.

Aanbeveling 2.1:

Doen: Onbegrepen gedrag vergroot het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg. Als er sprake is van onbegrepen gedrag hanteer dan de richtlijn probleemgedrag bij dementie of probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking om onbegrepen gedrag te voorkomen en/of te verminderen.

Onderbouwing

Ouderenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de systematische review van Brugnolli en collega's (2020) geselecteerd. Het onderwijzen van professionele zorgverleners over onbegrepen gedrag is een onderdeel van interventies die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Brugnolli et al., 2020).

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek zijn de narratieve reviews van Williams (2010) en Gaskin en collega's (2013) geselecteerd. De auteurs van beide reviews beschrijven interventies die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking wanneer professionele zorgverleners onderwezen worden over onbegrepen gedrag zoals agressie.

Overweging werkgroep

Voor zowel de ouderenzorg als verstandelijk gehandicaptenzorg is het scholen van professionele zorgverleners over onbegrepen gedrag onderdeel van effectieve interventies. De werkgroep is van mening dat het hanteren van de richtlijnen 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' en 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking' als praktische vertaling van de effectieve interventies bijdraagt aan het voorkomen en/of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg. De werkgroep is van mening dat het gunstige effect hiervan opweegt tegen de mogelijk negatieve consequenties zoals uitingen van agressie en agitatie door de cliënt.

De mening van cliënten en cliëntvertegenwoordigers komt tot uiting in de aanbeveling. Cliëntvertegenwoordigers hebben de voorafgaand aan de formulering van deze aanbeveling aangegeven dat er vaak te weinig kennis is van onbegrepen/signaal gedrag. Volgens cliëntvertegenwoordigers belemmert dit professionele zorgverleners in het analyseren van de situatie van de cliënt. Ook de professionele zorgverleners binnen de werkgroep onderstrepen de aanbeveling. De werkgroep is van mening dat kennis hebben over onbegrepen/signaal gedrag en deze kennis onderhouden en verversen de verantwoordelijkheid is van iedere professionele zorgverlener (op zijn of haar niveau). Het maakt daarbij niet uit of je een verzorgende, verpleegkundige, verpleegkundig specialist of begeleider bent. Er zijn geen extra middelen nodig voor de uitvoering van de aanbeveling. De werkgroep is van mening dat het de individuele verantwoordelijkheid van de zorgverlener en verantwoordelijkheid van de organisatie is om de richtlijnen in de praktijk te hanteren. Tenslotte bestaan geen zorgen voor het maatschappelijk

perspectief. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is het bewijs voor het effect mager, echter is de inhoud dat door de wetenschappelijke literatuur beschreven wordt vergelijkbaar met hetgeen dat beschreven wordt voor de ouderenzorg. Daarnaast zijn de overige bovengenoemde criteria gunstig beoordeeld en is de werkgroep van mening dat kennis vergaren en onderhouden over onbegrepen/signaal gedrag onderdeel dient te zijn van de dagelijkse praktijk. Dit alles in acht nemend kiest de werkgroep voor de formulering van een sterke 'doen' aanbeveling. Tot slot geeft de werkgroep mee dat wanneer een organisatie naast het hanteren van de richtlijnen extra aandacht wil vestigen op onbegrepen gedrag ervoor gekozen kan worden om individueel opleidingsbudget beschikbaar te stellen voor cursussen m.b.t. onbegrepen/signaalgedrag. Deze cursussen kunnen eventueel online aangeboden worden.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies	Op basis van een systematische review en meta-analyse van (cluster) RCT studies is aangetoond dat educatieve en in grotere mate multicomponent interventies effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners wanneer zij professionele zorgverleners onderwijzen in onder andere het analyseren van en omgaan met onbegrepen gedrag zoals agressie (Brugnolli et al., 2020).
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 3** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: Bewijs van een systematische review van correlationele/ observationele studies	Op basis van twee narratieve reviews van voornamelijk single-casestudies is het aannemelijk dat het onderwijzen van professionele zorgverleners in het leren begrijpen van agressie geuit door cliënten met een verstandelijke beperking effectief is om primaire en secundaire preventie te bevorderen en de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen (Gaskin, McVilly, & McGillivray, 2013; D. E. Williams, 2010).

Aanbeveling 2.2:

Doen: Breng samen met het multidisciplinaire team en de cliënt de (mogelijk) negatieve gevolgen van onvrijwillige zorg in kaart wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen. Doe dit door de fysieke, mentale en cognitieve consequenties in kaart te brengen en vast te leggen in het dossier. Door de mogelijk negatieve gevolgen samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kunnen deze afgezet worden tegen de mogelijk ervaren voordelen van de toepassing van onvrijwillige zorg.

Zie pagina 29 voor een overzicht van mogelijke negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg.

Onderbouwing

Ouderenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de systematische review van Brugnolli en collega's (2020) geselecteerd. In deze review worden interventies beschreven die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Brugnolli et al., 2020). De interventies die effectief waren bevatten onder andere educatie voor professionele zorgverleners over de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Uit de voor deze uitgangsvraag uitgevoerde zoektocht naar eerder gepubliceerde richtlijnen is de Canadese richtlijn 'Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints' (2012) geselecteerd. De richtlijn geeft aanbevelingen voor het verminderen en voorkomen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij voornamelijk ouderen (RNAO, 2012). Daarbij wordt educatie voor zorgprofessionals over de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking aanbevolen.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg konden er geen studies geselecteerd worden die de aanbeveling onderbouwen.

Overwegingen werkgroep

Het onderwijzen van professionele zorgverleners over de negatieve gevolgen (fysiek, mentaal en cognitief) wordt in de wetenschappelijke literatuur alleen beschreven voor de ouderenzorg en dan specifiek om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen en te verminderen. Er is dus sprake van indirectheid voor andere vormen van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg en alle vormen van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De werkgroep is echter van mening dat dit element ook toepasbaar is voor andere vormen van onvrijwillige zorg en in beide settingen. De uitvoering van de huidige aanbeveling draagt uiteindelijk bij aan het beperken van de toepassing van onvrijwillige zorg door professionele zorgverleners de negatieve gevolgen van een maatregel in kaart te laten brengen. Naast het in kaart brengen van fysieke, mentale en cognitieve consequenties is het ook aanbevolen om de zintuigelijke informatieverwerking in kaart te brengen. Dat kan een ergotherapeut doen. Maar ook fysiotherapeuten en/of psychologen kunnen hierin specifiek geschoold zijn.De uitvoering van de aanbeveling zorgt ervoor dat professionele zorgverleners de ongewenste effecten van een maatregel meenemen in de besluitvorming. Daarom is de werkgroep van mening dat er daardoor een beter beeld zal ontstaan en er eerder gekozen zal worden voor de inzet van vrijwillige zorg. De gunstige effecten van het komen tot vrijwillige zorg, wegen op tegen de negatieve effecten aangezien men op de hoogte is van wat de mogelijke negatieve effecten van de toepassing van onvrijwillige zorg zijn. De cliëntvertegenwoordigers en professionele zorgverleners binnen de werkgroep kunnen zich vinden in deze aanbeveling. De werkgroep is van mening dat de huidige aanbeveling waarin de negatieve gevolgen van een maatregel in kaart gebracht worden bijdraagt aan het naleven van de Wzd. Aangezien de uitvoering van deze aanbeveling vergelijkbaar is met een stap binnen het stappenplan van de Wzd gaat de werkgroep ervan uit dat de zorgorganisaties deze stap al hebben opgenomen binnen het proces en daarom geen extra middelen of veranderingen in de organisatie vereist. Aangezien de uitvoering van de aanbeveling in lijn is met de Wzd verwacht de werkgroep geen problemen t.a.v. het maatschappelijk perspectief. Concluderend, formuleert de werkgroep ondanks dat er sprake is van indirectheid van het effect voor andere vormen van onvrijwillige

zorg voor de ouderenzorg en onvrijwillige zorg in zijn geheel voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, mede dankszij de inhoud van de Wzd, toch voor beide settingen één aanbeveling. Daarnaast is de werkgroep eensgezind in het formuleren van een sterke aanbeveling aangezien de uitvoering van de huidige aanbeveling recht doet aan het volgen van de Wzd. De werkgroep wil het vastleggen van de negatieve gevolgen in het dossier benadrukken. Het is belangrijk om de achterliggende informatie transparant te maken wanneer het gaat over beladen beslissingen. Zo kunnen betrokkenen zoals collega's, de cliënt, naasten en vertegenwoordigers eerder begrijpen hoe er geredeneerd is.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies	Op basis van een systematische review en meta-analyse van (cluster) RCT studies is het aangetoond dat educatieve en in grotere mate multicomponent interventies effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners wanneer onder andere professionele zorgverleners op de hoogte worden gebracht van de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Brugnolli et al., 2020).
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Er konden geen wetenschappelijke studies geselecteerd worden voor de verstandelijk gehandicaptenzorg die deze aanbeveling onderbouwen.

De negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg

Onderstaand volgt een overzicht van de mogelijke gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg. Dit overzicht kun je als hulpmiddel gebruiken wanneer je aanbeveling 2.2 uit de richtlijn tot uitvoer brengt. Ben je er van bewust dat het onderstaande overzicht niet uitputtend is of voor iedere cliënt geldt. Het is daarom belangrijk om de mogelijke negatieve gevolgen voor iedere cliënt afzonderlijk in kaart te brengen wanneer de toepassing van onvrijwillige zorg overwogen wordt. Het overzicht geeft gevolgen van de toepassing van (1) fysieke vrijheidsbeperking, (2) psychotrope medicatie en (3) dwang. De gevolgen van de toepassing van dwang worden niet beschreven in eerdere richtlijnen of de wetenschappelijke literatuur. Er is weinig bekend over de gevolgen van dwang voor de cliënt. Over het algemeen kan men stellen dat de toepassing van dwang de wensen van de cliënt niet respecteert en niet bijdraagt aan het leveren van persoonsgerichte zorg. De werkgroep beschrijft daarom een aantal mogelijke gevolgen van de toepassing van dwang die in overweging kunnen worden genomen bij de beslissing om dwang wel of niet toe te passen. Het overzicht van negatieve gevolgen is het resultaat van een literatuurstudie naar negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg. De totstandkoming en onderbouwing van dit overzicht is terug te vinden in de bijlagen.

Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor ouderen met een cognitieve beperking of dementie

1. Gevolgen van fysieke vrijheidsbeperking – ouderenzorg

a. Fysieke gevolgen

- *Verminderde spierkracht, spiermassa en uithoudingsvermogen*
- *Huidletsel, doorligwonden, kneuzingen en hematomen*
- *Urine-incontinentie en/of constipatie*
- *ADL-achteruitgang*
- *Botverlies en/of verhoogde kans op botbreuken*
- *Gewijzigd voedingspatroon en/of ondervoeding*
- *Hartproblemen*
- *Overlijden*
- *Longontsteking en ademhalingsproblemen*
- *Nosocomiale infecties*
- *Mobiliteit beperking*
- *Vallen en val gerelateerd letsel*
- *Slaapverstoring*
- *Urineweginfecties*
- *Lagere body mass index*
- *Veranderingen in bloeddruk, volume en basaalmetabolisme*
- *Bloedprop, longembolie, oedeem in onderste extremiteit*
- *Pijn*

b. cognitieve/ psychologische gevolgen

- *Depressie of depressieve symptomen*
- *Delier en/of verwardheid*
- *Boosheid, agitatie en/of frustratie*
- *Cognitieve achteruitgang*
- *Minder op het gemak zijn en minder contact maken met personeel*
- *Emotionele isolatie*
- *Verlies van autonomie, waardigheid, schuldgevoel, laag zelfbeeld, angsten en sensorische deprivatie*
- *Verlaagde kwaliteit van leven*

2. Gevolgen van psychotrope medicatie – ouderenzorg

a. Fysieke gevolgen

- *Overlijden*
- *Vallen en val gerelateerd letsel*
- *Anticholinergische bijwerkingen*
- *Urineweginfecties*
- *Abnormale gang en/of mobiliteit beperking*
- *ADL-achteruitgang*
- *Slaperigheid*
- *Cardiovasculaire problemen / Cardiovasculaire gevolgen zoals metabolisch syndroom*
- *Extrapyramidale symptomen*

- *Botverlies en/of verhoogde kans op botbreuken*
- *Ziekenhuisopname*
- *Gewichtstoename*
- *Urine-incontinentie*
- *Cardiovasculaire problemen*
- Metabole verstoringen
- *Longontsteking en/of ademhalingsproblemen*
- *Blaarziekten* (Bullous Pemphigoid)
- *Slaapverstoring*

b. Cognitieve/psychologische gevolgen

- *Cognitieve achteruitgang en/of verhoogd risico op dementie*
- *Verwardheid*
- *Verlaagde kwaliteit van leven*
- *Gedragsproblematiek/Meer negatief gedrag en minder positief gedrag*

3. Gevolgen van dwang – ouderenzorg (op basis van consensus werkgroep)

a. Fysieke gevolgen

- *Fysiek letsel (bij ernstig verzet)*

b. Cognitieve/psychologische gevolgen

- *Verlies van autonomie en eigen waarde*
- *Verlies van vertrouwen in zorgverlener*
- *Achteruitgang in de ervaren kwaliteit van leven*
- *Boosheid*
- *Agitatie*
- *Agressie*
- *Depressie*

Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

1. Fysieke vrijheidsbeperking – Verstandelijk gehandicaptenzorg

a) Fysieke gevolgen

- Overlijden
- Verstoorde groei
- Verstoorde motorische ontwikkeling
- Botdemineralisatie
- Het verkorten van pezen
- Blessures

b) Cognitieve/psychologische gevolgen

- Minder adaptief gedrag
- Meer problematisch gedrag
- Verstoorde psychologische ontwikkeling
- Minder sociale interactie

2. Psychotrope medicatie – Verstandelijk gehandicaptenzorg (op basis van één wetenschappelijke studie)

Gevolgen van psychotrope medicatie op basis van de Matson Evaluation of Drug side Effects schaal (MEDS)

- *Abnormale gang*
- *Balans stoornis*
- *Motorische coördinatieproblemen, ataxie*
- *Motorische onrust of agitatie*
- *Heen en weer lopen of niet stil kunnen zitten*
- *Gewicht verplaatsen, zitten of staand*
- *Hyperactief of chaotisch gedrag*
- *Angst of nervositeit*
- *Stereotiep gedrag*
- *Zelf verwondend gedrag*
- *Agressie of destructief gedrag*
- *Bewegingsloos of tijdelijke verlamming*
- *Tremor van handen of voeten*
- *Grimassen of wenkbrauwen optrekken/fronzen.*

3. Dwang – Verstandelijk gehandicaptenzorg

De gevolgen van de toepassing van dwang voor de cliënt met een verstandelijke beperking is nog onvoldoende onderzocht. De werkgroep geeft op basis van de informatie die beschikbaar is voor de fysieke vrijheidsbeperking, psychotrope medicatie en informatie uit de ouderenzorg een aantal overwegingen mee. Zie kop 'Overweging vanuit de werkgroep'.

Aanbeveling 2.3:

Doen: Wanneer je te maken krijgt met een moeilijk vraagstuk rondom onvrijwillige zorg en/of onbegrepen gedrag, schakel je de hulp in van collega's die ervaring hebben met dit soort casuïstiek(en). Deze collega's kunnen je helpen bij deze moeilijke vraagstukken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een gedragsdeskundige, psycholoog, ergotherapeut, etc.

Onderbouwing

Ouderenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek zijn twee studies geïncludeerd. In de systematische review van Brugnolli en collega's (2020) worden interventies beschreven die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Brugnolli et al., 2020). In het overzicht van reviews door Wiggin en collega's (2021) worden reviews beschreven die studies includeren gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie (Wiggin, Timmons, Rukundo, & Walsh, 2021). Beide studies beschrijven effectieve interventies die onder meer gebruik maken van expertconsultatie voor professionele zorgverleners.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Schippers en collega's (2018) geselecteerd. De studie beschrijft een effectieve interventie gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking (Schippers et al., 2018). De studie beschrijft het effect van een multidisciplinaire multicomponent interventie gericht op het vergroten van het bewustzijn en registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg op organisatieniveau, multidisciplinaire consultatie op teamniveau en multidisciplinaire interventies op cliëntniveau.

Overwegingen werkgroep

De wetenschappelijke literatuur beschrijft effectieve interventies waarbij o.a. experts geconsulteerd worden t.a.v. het voorkomen en/of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca (ouderenzorg) en onvrijwillige zorg (verstandelijk gehandicaptenzorg). De werkgroep is van mening dat wanneer professionele zorgverleners de mogelijkheid hebben om experts te consulteren over moeilijke vraagstukken rondom onvrijwillige zorg, dit bijdraagt aan het voorkomen en/of verminderen van de toepassing. Daarbij beredeneert de werkgroep dat wanneer professionele zorg verleners advies krijgen van experts zij de zorg voor de cliënt beter kunnen leveren en verwacht de werkgroep dat hier geen negatieve effecten ontstaan.

De cliëntvertegenwoordigers binnen de werkgroep benoemen een gebrek aan kennis bij professionele zorgverleners. Een advies waarin professionele zorgverleners geacht worden om kennis elders te zoeken is daarom in lijn met hetgeen de cliëntvertegenwoordigers missen en kan daarom op steun rekenen van deze groep. De professionele zorgverleners binnen de werkgroep onderschrijven het belang van consultatie voor professionele zorgverleners met betrekking tot het onderwerp onvrijwillige zorg. De zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is complex, hierbij kunnen gecompliceerde vraagstukken ontstaan. Er wordt niet verwacht dat een professionele zorgverlener altijd zelf het antwoord heeft om onvrijwillige zorg te voorkomen. Er moet binnen de organisatie ruimte gemaakt worden voor het consulteren van personen met ervaring t.a.v. het onderwerp onvrijwillige zorg. In het gunstigste geval kunnen dit bestaande werknemers zijn. Wanneer er te weinig ervaring is binnen de organisatie dienen er middelen beschikbaar gesteld te worden voor het opleiden van een werknemer, die consultatie kan bieden. De werkgroep verwacht daarnaast geen grote organisatorische veranderingen. Ondanks dat de wetenschappelijke literatuur beperkt is voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, is de literatuur voor zowel de ouderenzorg als verstandelijk gehandicaptenzorg eenduidig. De overige criteria geven geen reden om de aanbeveling af te

zwakken. De werkgroep geeft mee dat het helpt als je als professionele zorgverlener probeert om op allerlei mogelijke manieren informatie te verzamelen die jou en de collega met ervaring kan helpen bij het begrijpen van de situatie van de cliënt. Denk hierbij aan het cliëntendossier, naasten en cliëntvertegenwoordigers. De informatie die hieruit voortkomt kan je een beter beeld geven van (het verleden) de cliënt en waarom deze situatie zo ontwikkeld is.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies	Op basis van een systematische review en meta-analyse van (cluster) RCT studies is er aangetoond dat educatieve en in grotere mate multicomponent interventies effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners wanneer consultatie door experts beschikbaar werd gesteld voor professionele zorgverleners (Brugnolli et al., 2020). Op basis van een overzicht van systematische reviews is er aangetoond dat interventies effectief zijn in het voorkomen of verminderen van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie wanneer zij onder andere expert consultatie beschikbaar stellen voor professionele zorgverleners (Wiggin et al., 2021).
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 2a** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele RCT-studie	Op basis van een RCT studie is het aannemelijk dat een interventie effectief is in het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking wanneer er voor professionele zorgverleners een expertconsultatieteam beschikbaar wordt gesteld (Schippers et al., 2018).

Aanbeveling 2.4:

Doen: Wanneer je overweegt om onvrijwillige zorg toe te passen of er is sprake van de toepassing, werk dan samen met directe collega's, collega's uit het multidisciplinaire team (artsen, psychologen, gedragsdeskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten) en de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger. Door de situatie samen en vanuit verschillende invalshoeken te bekijken kan de mogelijke noodzaak voor de toepassing van onvrijwillige zorg optimaal beoordeeld worden. Leg de uitkomsten van de samenwerking vast en onderneem waar nodig actie. Samenwerken kun je tijdens of via:

- De telefoon/e-mail
- Een multidisciplinair/cliënt overleg
- Een casusbespreking
- (Half)jaarlijks gesprek

- Een overdracht
- Het cliëntendossier.

Onderbouwing

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerde literatuuronderzoek is de studie van Wiggin en collega's 2021 geselecteerd. In dit overzicht van reviews worden effectieve interventies beschreven gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie (Wiggin et al., 2021). Op basis van de effectiviteit van geïncludeerde studies beschrijven Wiggin en collega's (2021) het belang van multidisciplinaire samenwerking om de toepassing van in dit geval psychofarmaca te voorkomen of te verminderen.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is de studie van Schippers en collega's (2018) geselecteerd. De studie beschrijft een effectieve interventie gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking (Schippers et al., 2018). De studie beschrijft het effect van een multidisciplinaire multicomponent interventie gericht op het vergroten van het bewustzijn en registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg op het organisatieniveau, multidisciplinaire consultatie op teamniveau en multidisciplinaire interventie op cliëntniveau.

Overwegingen werkgroep

Op basis van de wetenschappelijke literatuur t.a.v. het terugdringen van psychofarmaca in de ouderenzorg en onvrijwillige zorg in zijn geheel voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, blijkt dat interventies die o.a. multidisciplinaire samenwerking faciliteren effectief zijn in het voorkomen en/of verminderen van de toepassing van deze maatregelen. De werkgroep onderschrijft multidisciplinaire samenwerking en is van mening dat de gunstige effecten van multidisciplinaire samenwerking opwegen tegen de ongunstige effecten zoals een langer durende besluitvorming aangezien er meer mensen gehoord dienen te worden.

Voor wat betreft het cliëntenperspectief, gaven cliëntvertegenwoordigers voorafgaand aan het opstellen van deze aanbeveling aan dat er soms een gebrek is aan communicatie tussen professionele zorgverleners, maar vooral tussen professionele zorgverleners en cliënten, naasten of vertegenwoordigers. De cliëntvertegenwoordigers vinden het daarom van belang dat er meer samen wordt gewerkt tussen de bovengenoemde betrokkenen om de best mogelijke zorg te leveren. De geformuleerde aanbeveling borduurt daarop voort. De professionele zorgverleners in de werkgroep benadrukken het belang van multidisciplinaire samenwerking als het gaat over het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg. Iedere professionele zorgverlener heeft eigen normen en waarden m.b.t. de toepassing van onvrijwillige zorg, daarom moeten beslissingen rondom onvrijwillige zorg niet afhangen van een individuele professionele zorgverlener maar dienen beslissingen gemaakt te worden in het multidisciplinaire team en in samenspraak met de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger. Verder verwacht de werkgroep niet dat ervoor de uitvoering van deze aanbeveling extra middelen beschikbaar gesteld te hoeven worden, wel wordt er een aanpassing in de communicatie verwacht. Voor de organisatie van zorg ligt dit volgens de

werkgroep anders en dan voornamelijk voor de extramurale zorg. Voor de intramurale zorg verwacht de werkgroep dat de uitvoering van deze aanbeveling geen grote organisatorische veranderingen vereist. Vraagstukken kunnen binnen reeds geplande bijeenkomsten met het multidisciplinaire team besproken worden. De werkgroep merkt op dat inter- en multidisciplinair contact zoeken in de extramurale-/ambulante zorg anders en mogelijk lastiger te realiseren is dan in de intramurale zorg. Hiervoor wordt een extra inspanning van professionele zorgverleners in de extramurale zorg verwacht. De werkgroep is op basis van de bovengenoemde criteria van mening dat een sterk geformuleerde aanbeveling op zijn plaats is. Er zijn geen grote zorgen m.b.t. de kwaliteit van het bewijs of andere factoren.

De werkgroepleden die werkzaam zijn in de extramurale/ambulante zorg merken op dat contact zoeken met de huisarts, die in dit geval vaak de zorgverantwoordelijke is, moeilijk kan zijn. De huisarts geeft vaker aan dat hij of zij niet voldoende kennis heeft van de Wzd en daardoor de rol van zorgverantwoordelijke zoals beschreven in de Wzd niet op zich kan/ wil nemen. Houd hier als professionele zorgverlener rekening mee. Verder geven de werkgroepleden uit de extramurale zorg mee dat het hier extra van belang is dat je samenwerkt met de cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordiger. Je weet namelijk als professionele zorgverlener niet wat er zich achter gesloten deuren afspeelt m.b.t. de mogelijke toepassing van onvrijwillige zorg. Als je dit inzichtelijk probeert te maken kun je de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger gerichter helpen. Tot slot wil de werkgroep benadrukken dat door de vele tijdelijke krachten zoals ZZP'ers het lastig is om de continuïteit te waarborgen in de samenwerking en afstemming tussen professionele zorgverleners. Het is daarom dus wenselijk om waar mogelijk zoveel mogelijk in te zetten op een vaste groep van professionele zorgverleners.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies	Op basis van een overzicht van systematische reviews over effectieve interventies is er aangetoond dat multidisciplinaire samenwerking, naast veranderingen in het organisatieklimaat en training/educatie van personeel belangrijk is om de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie te verminderen (Wiggin et al., 2021).
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 2A** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele RCT-studie	Op basis van een RCT studie is het aannemelijk dat een interventie effectief is in het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking wanneer er sprake is van een multidisciplinaire insteek (Schippers et al., 2018).

Aanbeveling 2.5:

Overweeg: Zie er bij de start van zorg en bij evaluatie momenten samen met de voorschrijver op toe dat psychofarmaca alleen worden toegepast binnen de daarvoor geldende richtlijnen. Maak daarnaast samen met de zorgverantwoordelijke, het multidisciplinair team en de cliënt, naasten

en/of vertegenwoordigers afspraken over het doorlopend beoordelen van de voorgeschreven psychofarmaca om te bepalen of de middelen binnen de geldende richtlijn wordt ingezet. Maak gebruik van de expertise van een apotheker voor de systematische beoordeling van het psychofarmacagebruik van een individuele cliënt.

Onderbouwing

Ouderenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek zijn twee systematische reviews geselecteerd. Sheehan en collega's (2018) beschrijven de interventie 'Focused medication review' gericht op het verbeteren van de veiligheid, effectiviteit of kosten-effectiviteit van het voorschrijven van psychofarmaca bij verschillende doelgroepen (Sheehan, Strydom, Brown, Marston, & Hassiotis, 2018). Sadowski en collega's (2020) beschrijven in hun systematische review de rol en impact van interventies waarbij een apotheker betrokken is op de langdurige ouderenzorg (Sadowski, Charrois, Sehn, Chatterley, & Kim, 2020).

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Sheehan en collega's (2018) beschrijven in hun systematische review ook de effectiviteit van de 'focused medication review' interventie om de toepassing van psychofarmaca bij cliënten met een verstandelijke beperking te optimaliseren. Bij cliënten met een verstandelijke beperking betrof het een multidisciplinaire medicatiebeoordeling. Met uitzondering van één studie werden de meeste studies uitgevoerd voor het jaar 2000 (Sheehan et al., 2018). De studies demonstreerde een associatie tussen een medicatiebeoordeling en een verandering in medicatiegebruik voornamelijk resulterend in verminderde doseringen en het stoppen met voorschrijven van psychofarmaca (Sheehan et al., 2018).

Overwegingen werkgroep

De wetenschappelijke literatuur wijst erop dat een medicatiebeoordeling het gebruik van psychofarmaca buiten de daarvoor geldende richtlijnen voorkomt of verminderd. De werkgroep is van mening dat psychofarmaca buiten de daarvoor geldende richtlijnen niet toegepast dienen te worden. Een medicatie beoordeling zou een goed middel kunnen zijn om te bepalen of de medicatie wel of niet binnen de geldende richtlijnen voorgeschreven wordt.

Er is weinig bewijs voor het effect van de inzet van een medicatiebeoordeling wanneer dit de enige interventie is. Dit is in lijn met eerdere aanbevelingen, waar aanbevolen wordt om meerdere elementen in de praktijk te brengen. De werkgroep is echter wel van mening dat als de inzet van een medicatiebeoordeling bijdraagt aan het niet meer toepassen van psychofarmaca buiten de daarvoor geldende richtlijnen. De mogelijk negatieve effecten, zoals onrust en agressie bij de cliënt, worden ruimschoots gecompenseerd door de gunstige effecten. Vanuit het perspectief van de cliëntvertegenwoordigers draagt de uitvoering van deze aanbeveling bij aan het analyseren van de situatie van de cliënt en daarbij het kennen van de cliënt. De aanbeveling wordt daarom onderschreven door de cliëntvertegenwoordigers. Ook de professionele zorgverleners uit de werkgroep onderschrijven het belang van een medicatiebeoordeling om de toepassing van psychofarmaca buiten de geldende richtlijnen te voorkomen of te verminderen. De werkgroep

stelt echter wel dat de verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders (in sommige gevallen met uitzondering van de verpleegkundig specialist) niet de bevoegdheid hebben om de voorgeschreven psychofarmaca te beoordelen. Daarentegen kan de zorgverlener wel signaleren wat de voorgeschreven medicatie doet met de cliënt en kan hij of zij zien waarvoor deze medicatie is voorgeschreven. Wanneer een professionele zorgverlener denkt dat een psychofarmacum buiten de daarvoor geldende richtlijn is voorgeschreven dient hij of zij dit aan te kaarten binnen het multidisciplinaire team, in het bijzonder bij de verantwoordelijk arts. Een voorbeeld van een overweging die hierbij gemaakt kan worden is het instellen van een groot multidisciplinair overleg waarin het betrekken van een apotheker overwogen kan worden. Probeer dit overleg waar mogelijk te integreren in bestaande bijeenkomsten om de extra belasting voor de organisatie en eventuele middelen te beperken. De werkgroep concludeert op basis van een onzekerheid van het effect van een medicatie beoordeling als opzichzelfstaande interventie dat een minder sterk en conditioneel geformuleerde aanbeveling in de vorm van een 'overweeg' aanbeveling op zijn plaats is. De werkgroep heeft een aantal bronnen geselecteerd die jou als zorgverlener kunnen helpen bij het voorkomen van psychofarmaca die buitende daarvoor geldende richtlijnen wordt ingezet:

Ouderenzorg:

- De richtlijn 'Dementie', terug te vinden in de richtlijnendatabase op www.richtlijnendatabase.nl In deze richtlijn worden o.a. aanbevelingen gedaan voor het al dan niet toepassen van antipsychotica.
- De e-module 'Multidisciplinair samen werken aan passend gebruik van antipsychotica'. Deze module bedoeld voor (1) verzorgenden en (2) artsen is ontwikkeld door het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). De e-module geeft een stappenplan om antipsychotica alleen in te zetten in de gevallen dat het echt helpt.
- 'Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie'. In deze richtlijn wordt aangegeven dat het te lang voorschrijven van psychofarmaca (zonder afbouwpogingen) ook buiten de richtlijn valt (benzodiazepinen moeten na vier weken een afbouwpoging krijgen, antipsychotica na drie maanden en antidepressiva na 12 maanden). (https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie)
  .

Verstandelijk gehandicaptenzorg:

- 'Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking'.
- Brochure: 'Antipsychotica Soms nodig, meestal niet'. De brochure is ontwikkeld voor naasten van mensen met een verstandelijke beperking, als onderdeel van het ZonMw-project 'Optimaliseren antipsychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking'.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A**	Op basis van de review naar de interventie 'Focused medication review' (een kritische evaluatie van de voorgeschreven medicatie gericht op het verbeteren van de veiligheid, effectiviteit of kosten-effectiviteit van psychofarmaca) is het aannemelijk dat

Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies (hoog niveau echter, onduidelijk wat het effect van medicatiebeoordeling is wanneer dit het enige interventie element is).	de inzet hiervan de toepassing van psychofarmaca significant vermindert bij ouderen in de langdurige zorg (Sheehan et al., 2018). Op basis van een systematische review naar de rol en impact van interventies waarbij apothekers betrokken zijn op de langdurige ouderenzorg, is het aannemelijk dat de inzet van o.a. een medicatie review waarbij een apotheker betrokken is, de toepassing van psychofarmaca verminderd (Sadowski et al., 2020)
Verstandelijk gehandicaptenzorg **Niveau 3** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: Bewijs van een systematische review van correlationele/ observationele studies	Op basis van een systematische review is het aannemelijk dat de inzet van een multidisciplinaire medicatie beoordeling resulteert in verminderde doseringen en het stoppen met voorschrijven van psychofarmaca bij cliënten met een verstandelijke beperking (Sheehan et al., 2018).

Aanbeveling 2.6:

Overweeg: Speel tijdens het eetmoment en persoonlijke zorg, ontspannende muziek af wanneer je verwacht dat er verzet getoond gaat worden/verzet wordt getoond. Doe dit om rust te creëren en het verzet getoond door de cliënt te verminderen of weg te nemen. De muziek kan afgespeeld of gezongen/geneuried worden. Houd hierbij rekening met individuele behoefte en voorkeuren van cliënten en culturele invloeden.

Onderbouwing

Ouderenzorg
Wetenschappelijke literatuur
Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerde literatuuronderzoek is de systematische review van Konno en collega's (2014) geselecteerd. De review beschrijft interventies gericht op het voorkomen van verzet bij het leveren van zorg aan verpleeghuisbewoners met dementie (Konno, Kang, & Makimoto, 2014). Een veelbelovend interventie element lijkt de inzet van muziek te zijn om getoond verzet te verminderen.

Eerder gepubliceerde richtlijn
Uit de voor deze uitgangsvraag uitgevoerde zoektocht naar eerder gepubliceerde richtlijnen is de Duitse richtlijn 'Vermeidung von freiheitseinschränkenden massnahmen in der beruflichen altenplfege' (Köpke & Meyer, 2015) geselecteerd. De richtlijn beschrijft dat de inzet van actieve en passieve muziek interventies om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen in overweging genomen kan worden. De kwaliteit van het bewijs is echter laag en indirect (Köpke & Meyer, 2015).

Verstandelijk gehandicaptenzorg
Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg konden er geen studies geselecteerd worden die de aanbeveling onderbouwen.

Overwegingen werkgroep

De wetenschappelijke literatuur, aangevuld met informatie uit een eerder gepubliceerde richtlijn beschrijft de inzet van muziek om getoond verzet bij cliënten met dementie te voorkomen en/of te verminderen. De werkgroep is van mening dat ondanks dat er sprake is van een lage kwaliteit van bewijs, het toch het overwegen waard is om een muziek interventie toe te passen in zowel de ouderenzorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Aangezien de kwaliteit van het bewijs als laag wordt aangemerkt door de auteurs van de review is het onduidelijk of het gevonden effect daadwerkelijk dicht bij de werkelijkheid ligt. Het is daarom ook onduidelijk wat de balans tussen gewenste en ongewenste effecten zijn. Echter zijn de leden van de werkgroep (professioneel- en patiëntenperspectief) op basis van ervaring in de praktijk wel van mening dat de inzet van muziek gunstige effecten kan hebben op de rust die een cliënt ervaart. De muziek draagt bij aan meer rust en als gevolg kan verwacht worden dat onbegrepen gedrag verminderd. De inzet van muziek zou daarom een uitkomst kunnen zijn ter ondersteuning van persoonlijke zorgmomenten. Hoewel er voor de verstandelijk gehandicaptenzorg geen studies geïdentificeerd zijn die het effect van muziek op het getoond verzet van cliënten met een verstandelijke beperking onderzoeken, beschrijft de systematische

review van Mino-Roy en collega's (2021) wel dat de inzet van muziektherapie verstorend gedrag van cliënten met een verstandelijke beperking kan tegen gaan. De werkgroep verwacht dat de uitvoering van deze aanbeveling geen aanslag is op de al dan niet beschikbare middelen en weinig aanpassing aan de organisatie van zorg vereist. Met enige creativiteit kan muziek op verschillende manieren worden afgespeeld en waar mogelijk kan een professionele zorgverlener zelf zingen/neuriën. Ondanks dat de kwaliteit van het bewijs voor ouderenzorg laag is en het effect van de inzet van muziek op getoond verzet voor de verstandelijk gehandicaptenzorg indirect is geeft de werkgroep de inzet van muziek toch mee als aanbeveling om verstorend gedrag te verminderen en de te leveren zorg soepeler te laten verlopen. Dit in de vorm van een 'overweeg' aanbeveling. Tot slot vraagt de werkgroep aandacht voor de inzet van een muziektherapeut. Wanneer deze beschikbaar is, of ingehuurd kan worden voor specifieke situaties kan dit waardevol zijn. Bedenk wel dat niet iedereen gebaat is bij de inzet van muziek en dat dit vooraf goed beredeneerd en besproken dient te worden met de cliënt, naasten en/of vertegenwoordigers. Deze werkgroep geeft mee dat de aanbeveling is gericht op muziek. Hier ontbreken interventies die aansluiten bij andere zintuigen en dus het breder perspectief van de sensorische integratie. Dit kan ook overwogen worden.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A en 1B** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van een systematische review van RCT en niet gerandomiseerde trials. De bewijslast is echter laag vanwege problemen met de kwaliteit van geïncludeerde studies.	Op basis van een systematische review zijn er aanwijzingen dat dat het gebruik van muziek tijdens het eetmoment en zorg bij wassen, effectief kan zijn in het verminderen van verzet getoond door verpleeghuisbewoners met dementie' (Konno et al., 2014).
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Er konden geen wetenschappelijke studies geselecteerd worden voor de verstandelijk gehandicaptenzorg die deze aanbeveling onderbouwen.

Aanbeveling 2.7:

Overweeg: Pas de principes van de 'CHAnging Talk' (CHAT) interventie toe tijdens zorgmomenten. Deze interventie is gericht op het verminderen van verzet bij mensen met dementie.
Let op de volgende punten:

1) Praat normaal; je spreekt tegen een volwassen iemand. Dus gebruik bijvoorbeeld geen verkleinwoordjes, spreek de persoon niet aan alsof het een kind is, gebruik geen woorden als schat of lieverd enzovoorts.

2) Verplaats je in de cliënt. Stel je voor dat dit jouw moeder is of jij het zelf bent. Hoe zou je willen dat zorgverleners haar of jou aanspreken?

3) Bespreek regelmatig binnen het team hoe met cliënten/bewoners wordt gesproken; stel je daarbij kwetsbaar en leerzaam op.

4) Bespreek met de cliënt, mantelzorger of vertegenwoordiger hoe de cliënt aangesproken wil worden. Herhaal dit regelmatig.

Onderbouwing

Ouderenzorg

De cluster RCT van Williams en collega's (2017) waarin een interventie wordt getest om verzet geuit door verpleeghuisbewoners met dementie te verminderen is gericht op het verbeteren van de communicatiemethoden van verpleegkundig personeel en specifiek het verminderen van 'Elderspeak' (simpel taal gebruiken). De interventie met een duur van drie weken bestond uit 3 'CHAT' sessies waarin verpleegkundig personeel werd geleerd om 'Elderspeak' (Simpel taalgebruik) te voorkomen en een meer respectvolle manier van communiceren te hanteren. Direct na de interventie werd het verzet getoond door verpleeghuisbewoners verminderd met 15.3% (SD=32.4, p=0.021) en na 3 maanden was dit 13.4% (SD =33.7, p= 0.077). De auteurs concluderen dat de CHanging Talk (CHAT) interventie de communicatie skills van verpleeghuispersoneel verbetert en verzet getoond door verpleeghuisbewoners met dementie verminderd (K. N. Williams, Perkhounkova, Herman, & Bossen, 2017).

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg konden er geen studies geselecteerd worden die de aanbeveling onderbouwt.

Overwegingen werkgroep

De wetenschappelijke literatuur voor de ouderenzorg beschrijft een interventie gericht op het voorkomen of verminderen van verzet getoond door personen met dementie waarbij het gebruik van 'elderspeak' wordt teruggedrongen. De werkgroep onderschrijft de inhoud van de interventie en is van mening dat het ook waardevol kan zijn voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. De werkgroep is van mening dat de uitvoering van deze aanbeveling kan leiden tot een verbeterde relatie tussen de cliënt en professionele zorgverlener. Het is echter een moeilijke taak om duidelijk te zijn en begrijpelijk taalgebruik te hanteren zonder hierbij door te slaan in simpel en mogelijk denigrerend taalgebruik. Er bestaat dus enige twijfel over de daadwerkelijke uitwerking van de inzet van de 'Changing Talk' interventie. De werkgroep (zowel cliëntvertegenwoordigers als professionele zorgverleners) onderschrijft echter wel dat simpel taalgebruik, als onprettig kan worden ervaren door cliënten. De inzet van de interventie wordt dus geadviseerd. Ondanks dat er geen onderbouwing voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is voor de inzet van de 'Changing Talk' interventie bij cliënten met een verstandelijke beperking, is de werkgroep van mening dat het ook waardevol kan zijn. De werkgroep geeft daarom ter overweging mee om op basis van de studie van Williams en collega's (2017) de interventie te overwegen in zowel de ouderenzorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg. Wat de werkgroep wel wil benadrukken is dat de inzet van deze interventie niet betekent dat je geen rekening dient te houden met de belevingswereld van de cliënt. Probeer de balans te vinden tussen te simpel taalgebruik en complex taalgebruik en pas je taalgebruik aan op het niveau van de cliënt. Denk bijvoorbeeld ook na over communiceren

op ooghoogte, wanneer je als professionele zorgverlener letterlijk boven iemand uitkomt kan dit ook negatief gevoelens uitlokken voor de cliënt. Het bovengenoemde is natuurlijk ook nadrukkelijk van belang wanneer er sprake is van een taalbarrière. De uitvoering van deze aanbeveling vraagt een initiële inspanning van professionele zorgverleners om de communicatiestijl waar nodig aan te passen. In algemene zin wordt de consultatie van een logopedist bij communicatieproblematiek, maar ook bij problematiek mondbeleving (sensorisch verminderd gevoel of verhoogde kauwbehoefte) aanbevolen. Verder verwacht de werkgroep geen buitensporige inzet van middelen of veranderingen in de organisatie van zorg. De werkgroep concludeert op basis van het matige bewijs voor de ouderenzorg, de indirectheid voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en de gunstige beoordeling van de overige criteria dat de formulering van een 'overweeg' aanbeveling op zijn plaats is.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 2b** Middelmatig wetenchappelijk bewijs: bewijs van een enkele niet gerandomiseerde trial	Het is aannemelijk dat 'de CHAnging talk interventie de communicatie skills van verpleeghuispersoneel verbetert en het door verpleeghuisbewoners met dementie getoond verzet verminderd na 3 CHAT sessies gedurende 3 weken' (K. N. Williams et al., 2017).
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Er konden geen wetenschappelijke studies geselecteerd worden voor de verstandelijk gehandicaptenzorg die deze aanbeveling onderbouwen.

Aanbeveling 2.8:

Overweeg: Zet alternatieven in als je de toepassing van onvrijwillige zorg overweegt. Stappen die genomen kunnen worden om tot de juiste inzet van alternatieven te komen zijn:

- Stel een individueel zorgplan op. Dit doe je in samenspraak met het multidisciplinair team, de cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordiger op basis van de wensen en behoeften van de cliënt.
- Breng de factoren in kaart die kunnen leiden tot de toepassing van onvrijwillige zorg (zie ook aanbeveling 1.1, en 1.2 van de module 1.
- Zet op basis van de eerste twee stappen geïndividualiseerde alternatieven in om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen of te verminderen. Bespreek de alternatieven eerst met de cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordiger en houd rekening met voorkeuren (zie onderbouwing en overwegingen werkgroep voor specifiek alternatieven die ingezet worden).
- Evalueer samen het multidisciplinaire team, cliënt, naasten en/of cliëntvertegenwoordigers de reactie van de cliënt op de gekozen alternatieven. Doe dit door de reactie te observeren, te bespreken en vast te leggen.

Onderbouwing

Eerder gepubliceerde richtlijnen

De beschreven alternatieven richten zich op de fysieke omgeving, sociaal-emotionele omgeving, alarmsystemen, activiteiten voor de cliënt, aangepaste zorgaanpakken, en het evalueren van de gezondheid van de cliënt (denk bijvoorbeeld aan pijn, infecties, hydratatie en voeding). Deze categorieën van alternatieven zijn vaak gericht op het voorkomen van vallen, agitatie, agressie, verwarring en delirant gedrag en dwalen die bij ontstaan mogelijk de toepassing van onvrijwillige zorg kunnen veroorzaken. Er zijn in het verleden al een aantal Nederlandse richtlijnen gepubliceerd die ingaan op vallen, agitatie & agressie (probleemgedrag) en verwarring & delirant gedrag. Zie tabel 9 voor een overzicht. Bekijk eerst deze richtlijnen wanneer er sprake is van vallen, agitatie, agressie, verwarring en delirant gedrag.

Tabel 2: richtlijnen over vallen, agitatie, agressie, verwarring en delirant gedrag.

Risicofactor	Richtlijn
Valrisico	Voor de ouderenzorg, bekijk allereerst de richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' van de Federatie voor Medisch Specialisten om effectieve interventies en alternatieven te raadplegen. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/preventie_van_valincidenten_bij_ouderen/verlaging_valrisico_bij_thuiswonende_ouderen.html
Agitatie & agressie	*Voor de ouderenzorg*, raadpleeg allereerst de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' van Verenso (2018) om effectieve interventies en alternatieven te raadplegen. https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie *Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg*, raadpleeg allereerst de multidisciplinaire richtlijn 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking'. https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/09/Richtlijn-Probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-VB-DEF.pdf
Verwarring & delirant gedrag	*Voor de ouderenzorg,* raadpleeg eerst de richtlijn 'Delier bij volwassenen en ouderen' (2013) van de Federatie voor Medisch Specialisten om effectieve interventies en alternatieven te raadplegen. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/startpagina_-_delier_bij_volwassenen_en_ouderen.html

Onderstaand volgt een overzicht van alternatieven voor de toepassing van verschillende onderdelen van onvrijwillige zorg, zoals beschreven door eerdere richtlijnen, een rapport en een besluitvormingstool. De genoemde alternatieven zijn letterlijk geciteerd uit deze bronnen. De genoemde alternatieven dienen altijd individueel bekeken dienen te worden en zullen niet bij iedereen positief effect hebben.

Alternatieven uit de Belgische richtlijn 'Fixatiearme thuiszorg' (2016)

Ter voorkoming van vallen:

Medische redenen:

Evalueer de volgende risicofactoren en ga na of deze aangepakt kunnen worden:

- Mobiliteit/evenwicht/spierkracht
- Medicatie

- Orthostatische hypotensie
- Visus
- Voetproblemen en risicohouden schoeisel
- Valangst
- Acute problemen (infecties, ritmestoornissen, hartfalen)
- Chronische aandoeningen zoals cardiale problemen, neurologische en metabole ziekten (zoals dementie, diabetes, Parkinson)

Optimaliseer de omgeving:

- Verwijder fysieke obstakels
- Verwijder wielen van nachtkastjes en tafeltjes
- Immobiliseer voortdurend de wielen van het bed en zet het bed in laag-stand.
- Zorg voor adequate verlichting en bereikbare schakelaars in kamers, badkamer en gang.
- Zorg voor een gebalanceerd dag- en nachtritme.
- Zorg voor antislipmatten
- Plaats een rolkussen of een opgerolde handdoek onder de matras om de persoon beter te kunnen ondersteunen en te positioneren.
- Leg een rubberen (valmat) naast het bed.
- Bedbeugel (papegaai)
- Akoestische bewaking (bijvoorbeeld een babyfoon

Ondersteuning van de persoon:

- Streef naar maximale zelfredzaamheid
- Moedig de patiënt aan tot lichamelijke beweging en autonomie
- Biedt fysieke activiteiten en oefeningen aan
- Probeer de bewegingsoefeningen en de fysieke activiteit van de fysiotherapeut te integreren in de zorgactiviteiten.
- Neem voldoende tijd voor de patiënt

Bij het rondlopen:

- Help de persoon wanneer hij rondloopt
- Zorg voor technische (loop)hulpmiddelen
- Controleer het schoeisel en schakel eventueel een fysiotherapeut in om te adviseren over geschikt schoeisel
- Controleer zicht (bril), hoorapparaat.
- Plaats armleuningen
- Ga met de fysiotherapeut na of er nood is aan een aangepast oefenprogramma of aan een loophulpmiddel.

Wanneer de persoon in bed of in de stoel wordt geplaatst

- Plaats de stoel waar de patiënt het graag wil
- Stabiliseer het bed of de stoel en zet rolstoel niet standaard op de rem

- Zorg ervoor dat de patiënt comfortabel is
- Antislipmat onder zitvlak bij wegglijden
- Pas hoek of hoogte van het bed aan zodat de persoon er makkelijk uit kan
- Pas de hoogte van de armleuningen aan zodat zij ondersteuning geven aan de patiënt
- Plaats geen objecten voor de stoel die in de weg kunnen staan bij het opstaan
- Plaats persoonlijke en vertrouwelijke objecten in de buurt van de patiënt
- Laat de patiënt niet te lang zitten
- Zorg dat de benodigdheden zoals drank, binnen handbereik zijn.

Preventie van agitatie en onrustig gedrag

Medische redenen

Kijk naar mogelijke medische indicatoren en oorzaken van agitatie en onrustig gedrag die snel behandeld kunnen worden: bijvoorbeeld problemen met medicatie.

Optimaliseer de omgeving

- Zorg voor een aangepaste prikkelomgeving, zorg dat het zo stil mogelijk is.
- Vermijd de aanwezigheid van personen met storend gedrag.
- Personaliseer de ruimte door het plaatsen van foto's of bezittingen binnen handbereik.
- Ben je ook bewust van de gevaren van onderprikkeling

Alternatieven in en om het bed

- Plaats nachtverlichting.
- Zorg voor akoestische bewaking (met sensoren).

Ondersteuning van de persoon

- Vraag een familielid of vriend van de persoon om wat tijd met hem/haar door te brengen
- Maak een nota van de gewoontes van de persoon en respecteer zijn/haar routine
- Moedig contact aan
- Kies als mantelzorger/zorgverlener voor een kalme geruststellende houding
- Probeer om het storend gedrag om te leiden of te heroriënteren:
    - Zoek bij fysiek geagiteerd gedrag naar mogelijkheden om het teveel aan energie positief te kanaliseren.
    - Beperk de cafeïne- en suikerinname

Preventie van dwalen

Medische redenen

- Kijk naar mogelijke medische oorzaken van dwalen die snel behandeld kunnen worden (bijvoorbeeld recent opgestarte medicatie, pijn, angst en depressie)
- Ga na of er een patroon is in het dwaalgedrag.

Optimaliseer de omgeving

- Zorg voor een veilige omgeving
- Heroriëntatie door het plaatsen van persoonlijke voorwerpen
- Plaats nachtverlichting
- Akoestische bewaking

Ondersteuning van de persoon

- Zorg voor structuur in het leven
- Evalueer of er nood is aan meer dagritme (organiseren van specifieke daginvulling)
- Heroriënteer de patiënt
- Trek aandacht van de patiënt door opvallende visuele tekens
- Probeer het gedrag af te leiden.

Preventie van delirant gedrag

Medische redenen

- Evalueer het risico op delirium
    - Cognitieve stoornissen
    - Hersenbeschadiging
    - Een voorgeschiedenis van delirium
    - Combinatie van 2 of meer van de volgende risicofactoren:
        - Hoge leeftijd
        - Ernstige ziekte
        - Immobiliteit
        - Zorgafhankelijk
        - Gehoor- of zichtstoornissen
        - Alcohol- en/of middelenmisbruik en/of langdurig gebruik van psychoactieve medicatie
        - Polyfamracie, dehydratatie en/of ondervoeding
        - Meerdere chronische aandoeningen.

Preventieve handelingen bij risicopatiënten

- Zorg voor:
    - Een goede vochtbalans
    - Adequaat pijnmanagement
    - Sensorische stimulatie
    - Vertrouwensklimaat en respectvolle benadering
    - Continuïteit van zorg
- Behandel urineretentie en fecale impactie
- Mobiliseerr patiënt zo veel mogelijk
- Gebruik de delirium observatie screening schaal (DOS)

***Alternatieven uit de richtlijn 'Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints'**, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (Canada, 2012)*

Uitleg en herinnering

- Geef frequent verbale uitleg
- Visualeer situaties voor de cliënt
- Schrijf zaken ter herinnering op

Ter afleiding

- Biedt activiteiten aan
- Consulteer de ergotherapeut
- Maak schrijf en leesspullen beschikbaar
- Fotoalbums
- Washandjes
- Lege verpakkingen
- Muziek
- Televisie

Comfort en positionering

- Speciale matrassen
- Aromatherapie
- Massage

Verminder actieve technologie rondom de cliënt

Zet niet essentiële apparaten uit

Omgeving

- *Maximaliseer visualisatie*
- *Zorg voor zo min mogelijk geluid*
- *Probeer familiebezoek te regelen*
- *Een buddy*

Alternatieven uit de richtlijn 'Evidence based practice information sheet for professionals: Physical Restraint - Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities' (Evans et al., 2002)

Aanpassingen aan de omgeving

- Verbeter verlichting
- Maak het makkelijk om verlichting aan te zetten
- Antislip matten op de vloer
- Zorg voor een vrij pad om te lopen
- Vrije toegang tot veilige buitenruimtes
- Activiteiten aan het einde van de gang
- Lay-out van de ruimte is zo ontwikkeld dat cliënten zichtbaar zijn.

Veiligheid in bed

- Matras met verhoogde zijkanten
- Matras bumpers
- Water matras om beweging naar het einde van het matras te voorkomen
- Vloermat om val te breken

Zitpositie

- Stoelen met diepe zittingen
- Schommelstoel
- Fauteuils die naar achter gezet kunnen worden
- Hoge rugleuning
- Wielen weghalen
- Kussen op stoelen

Activiteiten en programma's

- Beweegprogramma's
- Loopprogramma
- Fysiotherapie en ergotherapie
- Beweging incorporeren in het zorgplan
- Nachtelijke activiteiten voor cliënten die dwalen

Alternatieven uit 'Decision-making tool: supporting a restraint free environment in residential aged care', Australian government, Department of Health and Ageing (Australië, 2012).

Omgeving

- Verbeter de verlichting
- Makkelijke toegang tot lichtknoppen
- Antislip vloer
- Carpet in ruimtes die veel gebtuikt worden
- Voldoende ruimte om te lopen
- Makkelijke toegang tot buitenruimtes
- Activiteiten aan het einde van de gang
- Verlaag bed
- Wielen van het bed verwijderen
- Mobiliteit hulpen (railing, bedpapegaaihuls)
- Voldoende bewegwijzering en visuele herinnering om de oriëntatie te bevorderen
- Voldoende zit mogelijkheden
- Een rustige ruimte
- Verminder omgevingsgeluiden
- Veilige ruimtes wanneer cliënten dwalen

- Veilige buitenruimtes
- Bekende voorwerpen uit de cliënt zijn of haar vroegere woning plaatsen
- Snoezel kamer
- Alarmsystemen voor risicovolle situaties.

Activiteiten en programma's

- Revalidatiemogelijkheden
- De cliënt frequent laten bewegen
- Een continentie programma
- Fysio en ergotherapie
- Beweegprogramma's
- Nachtelijke activiteiten aanbieden
- Zowel individuele als groepsactiviteiten aanbieden
- Activiteiten aanbieden voor ijverige mensen (tuinieren, beddengoed vouwen)
- Veilig dwaalgedrag bevorderen
- Valpreventie programma
- Doos met activiteiten gevuld met spelletjes, knuffels en portemonnees.
- Zitplaatsen aanpassen (wel met toestemming van cliënten)

Aanpassing aan de te leveren zorg

- Ken de cliënt
- Verhoog toezicht en observatie
- Reguliere evaluatie en monitoring van zaken die gedrag kunnen veranderen
- Meer personeel
- Geïndividualiseerde routines
- Gestructureerde routines
- Regulier checken van cliënten die risico lopen op de toepassing van onvrijwillige zorg
- Heup protectoren
- Verbeterde communicatiestrategieën

Fysieke strategieën

- Een zo volledig mogelijke medische check-up uitvoeren
- Medicatie beoordeling
- Infecties behandelen
- Fysieke alternatieven voor verdoving zoals rustgevende muziek of warme melk geven

Psychosociale programma's en therapieën

- Gezelschap bieden
- Actief luisteren
- Bezoekers
- Interactie tussen cliënt en zorgprofessional bevorderen
- Therapeutische aanraking

- Massages
- Relaxatie programma's
- Cliënt bewust maken van realiteit (datum, tijd, locatie, huidige omgeving)
- Sensorische hulpmiddelen om gehoor, visus, reuk en smaak te stimuleren.
- Sensorische stimulatie
- Verminderde sensorische stimulatie.

Alternatieven uit 'The use of restraint and psychotropic medication in people with dementia', Alzheimer's Australia *(Australië, 2014).*

Fysieke omgeving

- Om valrisico te verkleinen
    - Verlaagd bed
    - Anti slip- matten en schoeisel
    - Veilige gangen
    - Goede zitmogelijkheden
    - Heupbeschermers en helmen
- Om agitatie en verwarring te verminderen
    - Bekende voorwerpen uit het verleden plaatsen
    - Voldoende bewegwijzering en visuele herinnering om oriëntatie te bevorderen
    - Veilige ruimtes creëren voor dwalende personen.
    - Stille ruimtes en voorkom over stimulatie door omgevingsgeluid en fel licht.
    - Makkelijke toegang tot veilige buitenruimtes
- Sociale en emotionele omgeving
    - Zorg dat bekend personeel contact zoekt met de cliënt
    - Rustgevende activiteiten zoals therapeutische aanraking en massage
    - Cliënt bewust maken van realiteit (datum, tijd, locatie, huidige omgeving)
    - Sensorische hulpmiddelen om gehoor, visus, reuk en smaak te stimuleren.
    - Verminderde sensorische overbelasting
- Activiteiten
    - Revalidatie
    - Fysio- en ergotherapie
    - Nachtelijke activiteiten
    - Zowel individuele en groepsactiviteiten
    - Succeservaringen door activiteiten zoals tuineren en was vouwen
    - Doos met activiteiten
- Zorgaanpak
    - Persoonsgerichte zorg
    - Geïndividualiseerde en gestructureerde routines
    - Communicatiestrategieën
    - Verhoogde supervisie en observatie door zorg personeel
    - Identificeren van triggers voor gedrag
    - Voldoende personeel met adequate skills

    - Frequente evaluatie en monitoring van condities die gedrag kunnen veranderen
    - Valpreventie programma
    - Continentie programma
- Fysiologische evaluatie
    - Een zo volledig mogelijke medische evaluatie
    - Voeding en hydratatie management
    - Infecties behandelen
    - Pijn management

Wetenschappelijke literatuur
Op basis van de zoekstrategie voor uitgangsvragen 2.1 en 2.2 zijn er geen concrete (minder ingrijpende) alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg geïdentificeerd. De geïdentificeerde review artikelen beschrijven interventie studies maar gaan niet in op concrete (minder ingrijpende) alternatieven.

Grijze literatuur
Alternatievenbundel, Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg (Vilans, 2020): De alternatievenbundel geeft inspiratie voor de inzet van 'vrijwillige en passende zorg'. Ook de alternatievenbundel beschrijft dat je als zorgverlener eerst kijkt naar de oorzaak en betekenis van getoond gedrag. Door dit gedrag te analyseren, komt dit gedrag uit de cliënt zelf? Of is dit een reactie op de omgeving. Als het gedrag in kaart gebracht is kun je met behulp van de alternatievenbundel, die dient als inspiratie, het gedrag op een positieve manier te beïnvloeden om zo aan te sluiten bij iemands persoonlijke wensen, behoeften en voorkeuren.

De alternatievenbundel gaat net zoals eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools in op specifieke situaties die voor kunnen komen tijdens de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. De volgende onderwerpen komen aan bod:

1. In de nacht
2. In en om het bed
3. Zitten
4. Veilig bewegen
5. Binnen
6. Buiten
7. Daginvulling en activiteiten
8. Eten en drinken
9. Medicatie
10. Brandveiligheid

Zie de onderstaande weblink voor een pdf van de alternatievenbundel of typ 'Alternatievenbundel Vilans' in op een zoekmachine:

https://www.vilans.nl/kennis/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg

Overwegingen werkgroep

De beschreven alternatieven komen uit eerder gepubliceerde richtlijnen en de alternatievenbundel "Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg" van Vilans (Vilans, 2020). Deze alternatieven zijn niet getest op effectiviteit. De werkgroep is van mening dat de inzet van alternatieven kan bijdragen aan het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg. Echter, dienen hiervoor wel de in de aanbeveling genoemde stappen doorlopen te worden. Daarbij blijft het wel per alternatief onduidelijk wat de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten zal zijn. De inzet van een alternatief kan bijvoorbeeld leiden tot meer valgevaar, maar de voordelen van het niet toepassen van onvrijwillige zorg wegen hier wel tegenop. Het is echter wel van belang om het effect van het alternatief goed te monitoren. Om te kunnen bepalen of en wanneer een alternatief het gewenste effect heeft is het van belang om deze alternatieven niet tegelijk in te zetten. Zo voorkom je dat je achteraf niet weet welk alternatief een bijdrage heeft geleverd. De huidige aanbeveling adviseert professionele zorgverleners alternatieven te overwegen. Deze alternatieven zijn bijvoorbeeld een zinvolle dagbesteding. Dit soort alternatieven, die indirect tot het gevolg kunnen hebben dat de toepassing van onvrijwillige zorg niet nodig is, dragen bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Er wordt daarom niet verwacht dat er problemen voor het maatschappelijk perspectief zijn. Wanneer onvrijwillige zorg (on)bewust een standaardpraktijk is binnen een zorgorganisatie, wordt verwacht dat de inzet van alternatieven een verandering teweeg kan brengen. Het verwacht van zorgteams dat er anders gedacht wordt over hoe de zorg geleverd wordt. Creativiteit is hierbij nodig om excessief middelengebruik tegen te gaan. Aangezien er geen wetenschappelijke studies geselecteerd zijn ter onderbouwing van deze aanbeveling, concludeert de werkgroep dat de aanbeveling in de vorm van een 'overweeg' aanbeveling op zijn plaats is.

Aangezien er uit de wetenschappelijke literatuur geen alternatieven zijn geïdentificeerd, heeft de werkgroep concrete (minder ingrijpende) alternatieven uit de praktijk beschreven die ingezet kunnen worden om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen of te verminderen. Deze alternatieven komen enerzijds overeen met de genoemde alternatieven uit de grijze literatuur en zijn daarnaast aanvullend. Onderstaand een overzicht van alternatieven per setting (ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg) en vorm van onvrijwillige zorg (fysiek vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang). De genoemde alternatieven staan gegroepeerd per setting en vorm van onvrijwillige zorg maar zijn niet alleen uitsluitend hiervoor in te zetten (zie tabel 3). De stappen die op basis van de aanbevelingen genomen kunnen worden voorafgaand aan de mogelijke inzet van alternatieven komen overeen met het verpleegkundig proces en klinisch redeneren. Eveneens corresponderen de genoemde stappen uit aanbeveling 2.9 met eerder beschreven aanbevelingen, denk aan het in kaart brengen van (risico-) factoren die het gedrag veroorzaken.

Tabel 8: Alternatieven zoals beschreven door de werkgroep

Ouderenzorg	**Verstandelijk gehandicaptenzorg**
Fysieke vrijheidsbeperking • Gaan wandelen met de cliënt • GPS • Open deuren • Geen rolstoel op de rem • Een belevingsgang • Dagbesteding met fysieke activiteiten • Zintuigtuin • Gestructureerd dag en nachtritme	*Fysieke vrijheidsbeperking* • Geruststellen, zelf rustig blijven (zelfregulatie om erna co-regulatie in te zetten), • open hand begeleiding • Jezelf even verwijderen uit de situatie om het later nog eens te proberen • Een andere collega inzetten. • Tentbed – bedbox

• Loophulpmiddel beschikbaar hebben (in geval van vallen) • Afleiding bieden door mee te laten helpen met eten maken, was vouwen etc.	• Wanten • Verzwaringsdeken • Muziekrobot • Fysiek moe maken (bijvoorbeeld door een boksbal • Squease vest • 4 voeter therapie • Triple C-methodiek • LACCS-methode • Probeer zo veel mogelijk te werken met een vast team aan begeleiders
Psychofarmaca • Aromazorg (onrust verminderende etherische oliën) • Rustgevende druppels (lavendeldruppels) • Signaleringsplan • Protocol onbegrepen gedrag	*Psychofarmaca* • Individuele onderzoeken, psychofarmacapoli (bijwerkingen in beeld brengen. • Alternatieve medicatie • Spanning laten kwijtraken: buiten rennen, spelen. • In bad/ zwemmen • Gedachtenboekje, waarin negatieve gedachten opgeschreven kunnen worden (als het ware van je afschrijven), wanneer je er niet over kunt spreken. • Arts sluit aan bij gesprekken met begeleiders en ouders/wettelijk vertegenwoordiger
Dwang • Zoeken naar een andere collega met een betere klik met de cliënt • Even wachten met het verlenen van zorg en het op een ander moment nog eens proberen	*Dwang* • Pas het ritme van zorgverlening aan op het ritme van de cliënt. • Probeer af te leiden en de cliënt op andere gedachten te brengen. • Probeer zo veel mogelijk te werken met een vast team aan begeleiders

Bijlagen

Bijlage 1: Algemene achtergrondgegevens en financierende instantie

De ontwikkeling van de richtlijn werd uitgevoerd door de Universiteit Maastricht in samenwerking met Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en gefinancierd door ZonMw. ZonMw als financierende instantie heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn. V&VN is eigenaar van deze richtlijn. De richtlijn is door de Universiteit Maastricht ontwikkeld in samenwerking met een hiervoor opgestelde werk- en projectgroep. De betrokkenheid en de samenstelling van deze groepen is beschreven in bijlage 2.

Bijlage 2: Samenstelling werk- & projectgroep

Dit document is opgesteld in samenwerking met de project- en werkgroep van het ontwikkeltraject 'Verpleegkundige Richtlijn Onvrijwillige Zorg'

Projectgroep

Prof. Dr. J.P.H. Hamers	Hoofdaanvrager	Maastricht University
Dr. M.H.C. Bleijlevens	Projectleider en penvoerder	Maastricht University
Prof. Dr. P.J.C.M Embregts	Mede aanvrager	Tilburg University
Dr. B.J.M. Frederiks	Projectadviseur	VUmc
Dr. M. Kroezen	Projectadviseur	Trimbos instituut
I. Smeets	Projectadviseur	Meandergroep Zuid-Limburg
J. Stevens	Projectadviseur	Cicero zorggroep
Prof. dr. B. van Meijel	Mede aanvrager	Hogeschool Inholland
Dr. M.Y. Veenstra	Projectadviseur	Burgerkracht Limburg
Jules Willems	Junior-onderzoeker	Maastricht University

Werkgroep

Zorgverlener-adviseurs		
Ouderenzorg		
Birgit Roos	Werkgroeplid	V&VN verpleegkundig specialisten
Anna Zwanenburg	Werkgroeplid	V&VN Wijkverpleegkundigen
Ine Smeets	Werkgroeplid	V&VN Geriatrie & Gerontologie
Mattie Hoogstrate	Werkgroeplid	V&VN Complementaire Zorg
Josine Prikken	Werkgroeplid	
Chantal Elferink – De Zeeuw	Werkgroeplid	V&VN Platform Verzorgenden
Zorgverlener-adviseurs		
Verstandelijk gehandicaptenzorg		
Sandra de Wit	Werkgroeplid	V&VN VGZ
Marlies van Rooijen	Werkgroeplid	V&VN VGZ
Meerie Mulder	Werkgroeplid	BPSW
Chantal Elferink	Werkgroeplid	V&VN Platform Verzorgenden
Zorgvrager-adviseurs		
Dr. Marja Veenstra	Werkgroeplid	Burgerkracht Limburg
Harry Ploemen (VGZ)	Werkgroeplid	Burgerkracht Limburg
Els Denis (ouderenzorg)	Werkgroeplid	Burgerkracht Limburg

Belangenverklaring

Alle project- en werkgroepleden hebben de KNAW-belangenverklaring ingevuld en ondertekend. Geen van de project- en werkgroepleden heeft belangen bij deze richtlijn aangegeven. Wanneer dit wel het geval zou zijn geweest werd er een vervangend project- of werkgroeplid gezocht. De belangenverklaringen zijn op te vragen bij m.bleijlevens@maastrichtuniversity.nl

Bijlage 3: Het cliëntenperspectief

Gedurende het hele ontwikkeltraject is het zorgvrager perspectief meegenomen in besluiten en overwegingen.

Zorgvrager perspectief gedurende de knelpuntenanalyse

Bij aanvang van het ontwikkeltraject zijn er gesprekken gevoerd met 3 cliëntvertegenwoordigers als onderdeel van de knelpuntenanalyse. Twee cliëntvertegenwoordigers namen deel aan de gesprekken vanuit Burgerkracht Limburg (1x ouderenzorg, 1x verstandelijk gehandicaptenzorg) en de derde persoon vertegenwoordigde het cliëntenperspectief als Coach van LFB (Landelijke belangenorganisatie door en voor mensen met een verstandelijke beperking). In deze gesprekken gaven de cliëntvertegenwoordigers aan welke knelpunten zij ervaren bij het voorkomen en verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg vanuit het perspectief van de zorgvrager. De knelpunten die ervaren worden door professionele zorgverleners en opgehaald zijn in een online survey, zijn besproken in twee focusgroep bijeenkomsten. Het zorgvrager perspectief werd in de twee focusgroep bijeenkomsten vertegenwoordigd door één cliëntvertegenwoordiger voor de ouderenzorg en één cliëntvertegenwoordiger voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. Binnen deze focusgroepbijeenkomsten gingen de cliëntvertegenwoordigers met professionele zorgverleners met elkaar in gesprek.

Om het zorgvrager perspectief te waarborgen binnen de werkgroep en projectgroep is er op basis van afstemming met Patiënten Federatie Nederland, gekozen voor Burgerkracht Limburg.

Projectgroep

Burgerkracht Limburg heeft voor het gehele project een Projectadviseur afgevaardigd. Deze projectadviseur nam zitting in de projectgroep.

Werkgroep

Het zorgvrager perspectief in de werkgroep werd gewaarborgd door één cliëntvertegenwoordiger voor de ouderenzorg en één cliëntvertegenwoordiger voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze cliëntvertegenwoordigers zijn voor het gehele project via de projectadviseur van Burgerkracht Limburg bereid gevonden om zitting te nemen in de werkgroep De cliëntvertegenwoordigers die zitting namen in de werkgroep hebben bij de beantwoording van uitgangsvragen de wensen en behoeften van de cliënt overgebracht door concrete en praktische voorbeelden uit de praktijk in te brengen. De verzamelde informatie leidend tot de formulering van aanbevelingen in de huidige richtlijn is voor ieder onderwerp getoetst bij de cliënvertegenwoordigers.

Bijlage 4: Knelpuntenanalyse

De knelpunten die input geven voor de invulling van deze richtlijn zijn aan de start van het ontwikkeltraject in 3 fases geïnventariseerd.

Fase 1 (QuickScan wetenschappelijke literatuur):

Fase 1 een bestond uit een QuickScan van de wetenschappelijke literatuur en een inventarisatie van knelpunten beschreven uit "vergelijkbare" richtlijnen rondom het thema onvrijwillige zorg en aan onvrijwillige zorg grenzende thema's. In de QuickScan van de wetenschappelijke literatuur werd eerst nagegaan welke initiatieven er ontwikkeld zijn om de toepassing van onvrijwillige zorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg te voorkomen en/of te verminderen. Vervolgens werden de knelpunten onderscheiden die bij dit soort initiatieven het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bemoeilijkten.

Fase 2: Online survey voor professionele zorgverleners

Voor fase 2 is er op basis van de in de eerdergenoemde richtlijnen en wetenschappelijke literatuur beschreven knelpunten een vragenlijst ontwikkeld. In deze vragenlijst zijn 22 stellingen opgenomen waarbij de zorgverlener op een 5 punt Likert-schaal (zeer mee oneens t/m zeer mee eens) diende aan te geven in hoeverre hij/zij een probleem ervaart bij het voorkomen en reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg. Wanneer een respondent aangaf het eens of zeer eens te zijn met een stelling dan ervaart de respondent op dat punt een probleem t.a.v. het voorkomen en reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg. Wanneer de respondent het oneens of zeer oneens is met de stelling dan ervaart de deelnemer op dat punt geen probleem. Tevens kreeg de respondent de mogelijkheid om andere problemen, die niet gevangen worden in de geponeerde stellingen, te benoemen en toe te lichten. De resultaten van de vragenlijst werden geanalyseerd om te achterhalen welke problemen zorgverleners ervaren bij het voorkomen en reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg. De online survey werd ingevuld door 218 zorgverleners uit de ouderenzorg (133 verpleegkundige & verzorgenden en 85 overige zorgverleners) en 70 zorgverleners uit de verstandelijk gehandicaptenzorg (13 verpleegkundigen & verzorgenden, begeleiders en 57 overige zorgverleners).

Fase 3: Focusgroep interviews

In fase 3 is voor zowel de ouderenzorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg een focusgroepbijeenkomst georganiseerd. Het doel van deze focusgroepbijeenkomst was het verifiëren van de knelpunten zoals deze beschreven werden door professionele zorgverleners in de online survey. De focusgroepbijeenkomsten bestond uit 9 deelnemers voor de ouderenzorg (verzorgende, wijkverpelegkundige, verpleegkundig specialist, verpleegkundig projectmedewerker, fysiotherapeut, ergotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog en cliëntvertegenwoordiger) en 6 deelnemers voor de verstandelijk gehandicaptenzorg (begeleider, senior begeleider, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut en cliëntvertegenwoordiger).

Geselecteerde knelpunten en geformuleerde uitgangsvragen

De geselecteerde knelpunten en daarbij geformuleerde uitgangsvragen zijn voorgelegd aan de beoordelingscommissie van V&VN. Naar aanleiding van de beoordeling zijn drie uitgangsvragen

geschikt bevonden ter inclusie in de richtlijn. De richtlijnvragen zijn blauw gearceerd in de onderstaande tabel.

Tabel 9: Thema's en uitgangsvragen opgesteld op basis van de knelpuntenanalyse

Thema's	Knelpunten	Mogelijke uitgangsvragen
Risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg	V&V kennen en herkennen de risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg onvoldoende tot niet.	*Ouderenzorg:* • Welke factoren vergroten het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg*: • Welke factoren vergroten het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicapten zorg?
	V&V zijn onvoldoende op de hoogte van de wijze waarop de risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in kaart gebracht kunnen worden (risicotaxatie)	*Ouderenzorg:* • Welke instrumenten zijn er beschikbaar voor het in kaart brengen van de in de literatuur geïdentificeerde risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg? Verstandelijk gehandicapten zorg: • Welke instrumenten zijn er beschikbaar voor het in kaart brengen van de in de literatuur geïdentificeerde risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg?
De gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg	V&V zijn onvoldoende op de hoogte van de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor de cliënt.	*Ouderenzorg:* Wat zijn de positieve en negatieve gevolgen en/of ervaren effecten voor cliënten in de ouderenzorg van de toepassing van onvrijwillige zorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg:* Wat zijn de positieve en negatieve gevolgen en/of ervaren effecten voor cliënten in de verstandelijk gehandicapten zorg van de toepassing van onvrijwillige zorg?
Preventie en/of reductie van de toepassing van onvrijwillige zorg	V&V zijn onvoldoende op de hoogte van: A) effectieve interventies die kunnen worden ingezet om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen en/of te reduceren B) effectieve interventies die de negatieve gevolgen van de toepassing van	*Ouderenzorg:* • Welke interventies zijn effectief in het voorkomen en/of reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg en/of het beperken van de negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg:* • Welke interventies zijn effectief in het voorkomen en/of reduceren van de toepassing van onvrijwillige zorg en/of het beperken van de negatieve gevolgen

	onvrijwillige zorg beperken.	van de toepassing van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicaptenzorg?
	V&V zijn onvoldoende op de hoogte van concrete (minder ingrijpende) alternatieven voor het toepassen van onvrijwillige zorg die kunnen worden toegepast tijdens het zorgmoment.	*Ouderenzorg:* • Welke concrete (minder ingrijpende) alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg die door verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kunnen worden ingezet zijn beschikbaar in de ouderenzorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg:* • Welke concrete (minder ingrijpende) alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg die door verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders kunnen worden ingezet zijn beschikbaar in de verstandelijk gehandicapten zorg?
	V&V weten niet welke strategieën zij kunnen opstellen en toepassen om onvrijwillige zorg in de toekomst te voorkomen.	*Ouderenzorg:* • Welke strategieën kunnen verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten werkzaam in de ouderenzorg formuleren om (op basis van de evaluatie) onvrijwillige zorg in de toekomst te voorkomen? *Verstandelijk gehandicapten zorg:* • Welke strategieën kunnen verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg formuleren om (op basis van de evaluatie) onvrijwillige zorg in de toekomst te voorkomen?
Evaluatie van de toepassing van onvrijwillige zorg	V&V zijn onvoldoende op de hoogte van de wijze waarop ze de toepassing van onvrijwillige dienen te evalueren.	*Ouderenzorg:* • Op welke wijze kunnen verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg op een effectieve wijze evalueren? Verstandelijk gehandicapten zorg: • Op welke wijze kunnen verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicapten zorg op een effectieve wijze evalueren?

Betrokkenheid van cliënten en (wettelijk) vertegenwoordigers bij de besluitvorming en evaluatie rondom onvrijwillige zorg.	V&V weten onvoldoende hoe zij cliënten en (wettelijk) vertegenwoordigers bij de besluitvorming rondom onvrijwillige zorg kunnen betrekken.	*Ouderenzorg:* • Hoe kunnen verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten cliënten en zijn of haar (wettelijk) vertegenwoordigers en of zijn naasten betrekken bij de besluitvorming rondom de toepassing van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg:* • Hoe kunnen verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en begeleiders cliënten en zijn of haar (wettelijk) vertegenwoordigers betrekken bij de besluitvorming rondom de toepassing van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicapten zorg?
	V&V weten onvoldoende hoe zij cliënten en (wettelijk) vertegenwoordigers kunnen betrekken bij de evaluatie rondom het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg.	*Ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg:* • Hoe kunnen cliënten en (wettelijk) vertegenwoordigers betrokken worden bij de evaluatie rondom het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg in de ouderenzorg? *Verstandelijk gehandicapten zorg*: • Hoe kunnen cliënten en (wettelijk) vertegenwoordigers betrokken worden bij de evaluatie rondom het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg in de verstandelijk gehandicapten zorg?

Bijlage 5: Methode

1. Beantwoording van uitgangsvragen

Ter beantwoording van de geformuleerde uitgangsvragen is er gebruik gemaakt van informatie uit 3 bronnen. Ten eerste is er gezocht naar eerder gepubliceerde richtlijnen over het onderwerp onvrijwillige zorg of deelaspecten hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang). Vervolgens is de wetenschappelijke literatuur op en systematische wijze doorzocht voor zowel de ouderenzorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg. De informatie die uit eerder gepubliceerde richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur naar voren zijn gekomen zijn getoetst binnen de werkgroep, als derde bron van informatie.

Eerder gepubliceerde richtlijnen

Om eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools over het onderwerp onvrijwillige zorg of specifiek fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en/ of dwang te achterhalen is er gebruik gemaakt van de Nederlandse richtlijnendatabase, Guidelines International Network (GIN) database, websites van verschillende beroepsgroepen (bv. Verenso, V&VN, NVAVG) en de zoekmachine Google. Dit heeft geresulteerd in zeven richtlijnen, 1 rapport en 1 decision support tool. Vervolgens is er onderzocht of er informatie beschikbaar is in de geïdentificeerde eerder gepubliceerde richtlijnen om de uitgangsvragen (deels) te beantwoorden.

Wetenschappelijke literatuur

De wetenschappelijke literatuur is voor zowel de langdurige ouderenzorg als de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg afzonderlijk doorzocht door middel van een systematische search om eerder gepubliceerde reviews en aanvullend individuele artikelen te identificeren. Met behulp van MeSH termen en vrije zoektermen zijn de wetenschappelijke databases PubMed en CINAHL doorzocht (zie bijlage 6 'verantwoording per uitgangsvraag' voor de flowcharts, evidence tabellen en een samenvatting van de literatuur per uitgangsvraag). Reviews en individuele studies werden geïncludeerd wanneer deze:

1. Factoren beschrijven die de toepassing van onvrijwillige zorg of onderdelen hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang) vergroten voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening en/of cliënten met een verstandelijke beperking of;
2. Effectieve interventies en/of alternatieven beschrijven voor de toepassing van onvrijwillige zorg of onderdelen hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang).
3. Ouderen van 55 jaar en ouder (al dan niet met een psychogeriatrische aandoening) en/of cliënten met een verstandelijke beperking in de leeftijd van 18 jaar en ouder includeerden.
4. Uitgevoerd werden in de langdurige zorg. Dat wil zeggen in de intramurale zorg (verpleeghuis/woonvormen) en extramurale/ ambulante zorg (thuiszorg). Artikelen met als setting de acute zorg werden niet geïncludeerd.

Werkgroep

De informatie voortkomend uit eerder gepubliceerde richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur is besproken in werkgroepbijeenkomsten. De werkgroepleden bespraken of zij zich kunnen vinden in de achterhaalde informatie en hoe deze informatie middels aanbevelingen toegepast kunnen worden in de praktijk.

2. Factoren die de formulering van een aanbeveling bepalen

2a. Bepalen van de bewijskracht

Om voor een aanbeveling de onderliggende bewijskracht te bepalen zijn de Levels of Evidence (LoE) gehanteerd zoals deze beschreven zijn door Polit & Beck (2020). De onderliggende bewijskracht bepaald deels de sterke van de formulering van een aanbeveling. Wanneer er sprake is van niveau 1 of 2, is de kans groter dat er een sterke aanbeveling geformuleerd is. In het geval van niveau 3 t/m 7 is de kans groter dat er een afgezwakte aanbeveling geformuleerd is. Onderstaand de niveau's van bewijs en in tabel 10 de koppeling met de daar bijbehorende formulering van de conclusie van het bewijs.

N*iveau van bewijs*:

- Niveau 1A: Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van een systematische review van gerandomiseerde gecontroleerde trials
- Niveau 1B, Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische review van niet gerandomiseerde trials
- Niveau 2A, middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele gerandomiseerde gecontroleerde trial
- Niveau 2B, Middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele niet gerandomiseerde trial
- Niveau 3, middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een systematische review van correlationele/observationele studies
- Niveau 4, beperkt wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele correlationele/observationele studie;
- Niveau 5, beperkt wetenschappelijk bewijs: een systematische review van descriptieve/kwalitatieve studies
- Niveau 6, beperkt wetenschappelijk bewijs: een enkele descriptieve/kwalitatieve studie
- Niveau 7: meningen van experts.

Tabel 10: Formulering van conclusie op basis van het niveau van bewijs

Niveau van bewijs	**Formulering van de conclusie van het bewijs**
Niveau 1A & 1B Sterk wetenschappelijk bewijs	Het is aangetoond dat….
Niveau 2A, 2B en 3, middelmatig wetenschappelijk bewijs	Het is aannemelijk dat…
Niveau 4, 5 en 6, beperkt wetenschappelijk bewijs	Er zijn aanwijzingen dat…
Niveau 7, meningen van experts	De werkgroep is van mening dat…

2b. Factoren die de formulering van aanbeveling beïnvloeden.

Om de sterkte van een aanbeveling te bepalen is naast de bewijskracht volgens de LoE ook het document 'Toepassen GRADE in Nederland' als leidraad gebruikt (de Beer & Kuijpers, 2012). Het document spreekt van 7 factoren die de sterkte van de formulering kunnen beïnvloeden. Deze factoren zijn (1) de kwaliteit van het bewijs, (2) balans van gewenste en ongewenste effecten, (3)

het zorgvrager perspectief, (4) professioneel perspectief, (5) middelenbeslag, (6) organisatie van zorg, en (7) het maatschappelijk perspectief. De zeven factoren die de sterkte van een aanbeveling bepalen zijn per aanbeveling besproken in de werkgroep. Het uitgangspunt is het formuleren van één aanbeveling voor beide settingen. Wanneer de zeven factoren verschillen per setting, werd er overwogen om voor de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg afzonderlijk aanbevelingen te formuleren. De uitkomsten voor de 7 factoren zoals beoordeeld door de werkgroep zijn terug te vinden bij het kopje 'Overwegingen werkgroep' na iedere aanbeveling.

2c. Totstandkoming aanbevelingen en overwegingen van de werkgroep

De aanbevelingen die voortkomen uit de beantwoording van de uitgangsvragen zijn tot stand gekomen met input van de werkgroepleden. In twee werkgroepbijeenkomsten ((1) discussie over wetenschappelijke en grijze literatuur en (2) discussie over aanbevelingen) zijn de perspectieven en overwegingen van de werkgroep verzameld en verwerkt. Op basis van het Evidence To Decision Framework (ETD) (Moberg et al., 2018) is hiervoor steeds eerst de informatie voor de ouderenzorg besproken, gevolgd door de informatie voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en aansluitend werden de overeenkomsten/verschillen tussen beide settingen besproken om te bepalen of er specifieke overwegingen per settingen beschreven dienden te worden. Op basis van deze resultaten zijn conceptaanbevelingen en overwegingen geformuleerd. Deze conceptaanbevelingen zijn met de werkgroep gedeeld in een tweede bijeenkomst. In de tweede bijeenkomst bespraken de werkgroepleden de aanbevelingen en de impact die deze aanbevelingen mogelijk gaan hebben in de praktijk. De output van de tweede bijeenkomst is gebruikt om de formulering van aanbevelingen aan te passen. De aangepaste aanbevelingen zijn vervolgens schriftelijk teruggekoppeld aan de werkgroep waarna ieder werkgroeplid akkoord gaf over de formulering.

Bijlage 6: Verantwoording per uitgangsvraag

Verantwoording uitgangsvraag 1.1

In tabel 11 zijn de selectiecriteria op basis van PICO beschreven om studies te kunnen selecteren die gericht zijn op het achterhalen van factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen of cliënten met een psychogeriatrische aandoening verhogen.

Tabel 11: PICO-selectiecriteria uitgangsvraag 1.1

Patiënt/probleem/populatie	**A:** Thuiswonende of in het verpleeghuis wonende ouderen (55+) al dan niet met een psychogeriatrische aandoening zoals dementie OF **B:** Cliënten met een verstandelijke beperking die 18 jaar of ouder zijn en ambulante zorg krijgen of zorg in een instelling.
Interventie/blootstelling/studie	Studies werden geïncludeerd wanneer deze factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg onderzoeken. Het uitgangspunt waren systematic reviews aangevuld met individuele studies. Onvrijwillige zorg is onder te verdelen in: fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en gedwongen zorg. Deze deelaspecten zijn weer onder te verdelen in verschillende vormen van fysieke vrijheidsbeperking (denk aan mechanische vrijheidsbeperking of door een professionele zorgverlener uitgevoerde fysiek vrijheidsbeperkende maatregel) en psychofarmaca (denk aan antipsychotica of antidepressiva). Studies werden geïncludeerd wanneer zij een of meerdere deelaspecten van onvrijwillige zorg beschrijven.
Controle	Niet van toepassing.
Uitkomst	Factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg **verhogen:** • Cliëntgebondenkenmerken • Zorgverlenerkenmerken • En/of organisatie-/omgevingskenmerken

Zoekstrategie

De opbouw van de zoekstrategie voor dit literatuuronderzoek bestond uit 4 delen. Deel een omvatte diverse zoektermen voor onvrijwillige zorg (bv. 'involuntary treatment', 'coercion'), Deel twee betrof termen voor risicofactoren ('factors', 'determinants'), deel drie bestond uit termen die

de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg beschrijven (bv. 'Nursing home', 'Home care', of 'intellectual disability', 'developmental disability'), en deel 4 omvatte termen die niet terug mochten komen in studies (bv. 'animals', 'acute care'). De algemene zoekstrategie is vervolgens specifiek gemaakt voor de databases PubMed en CINAHL. Binnen deze databases is er in de periode 01-01-2000 tot 06-09-2021 gezocht naar relevante studies.

Onderstaande het volledige overzicht van zoektermen voor de literatuurstudie

Onvrijwillige zorg

((("Involuntary treatment"[Mesh:NoExp] OR "Restraint, Physical"[Mesh] OR "Coercion" [Mesh] OR "Psychotropic drugs"[Mesh] OR Restrain*[tiab] OR Seclusion[tiab] OR Coercion[tiab] OR Containment[tiab] OR Physical Restraint*[tiab] OR Mechanical Restraint*[tiab] OR Environmental Restraint*[tiab] OR Pharmacological Restraint*[tiab] OR Chemical restraint*[tiab] OR Psychotropic medication*[tiab] OR Psychoactive drug*[tiab] OR Psychotropic drug*[tiab] OR Psychoactive agent*[tiab] OR Psychopharmaceutical*[tiab] OR Antipsychotic agent*[tiab] OR Liberty restrict*[tiab] OR Compulsion[tiab] OR involuntary care[tiab] OR involuntary treatment*[tiab] OR involuntary measure*[tiab] OR involuntary intervention*[tiab] OR coercive care[tiab] OR coercive treatment*[tiab] OR coercive measure*[tiab] OR coercive intervention*[tiab] OR forced care[tiab] OR forced treatment*[tiab] OR forced measure*[tiab] OR forced intervention*[tiab] OR restrictive care[tiab] OR restrictive treatment*[tiab] OR restrictive measure*[tiab] OR restrictive intervention*[tiab] OR compulsory care[tiab] OR compulsory treatment*[tiab] OR compulsory measure*[tiab] OR compulsory intervention*[tiab] OR mandatory care[tiab] OR mandatory treatment*[tiab] OR mandatory measure*[tiab] OR mandatory intervention*[tiab] OR non-voluntary care[tiab] OR non-voluntary treatment*[tiab] OR non-voluntary measure*[tiab] OR non-voluntary intervention*[tiab] OR immobilization[tiab] OR immobilization[tiab] OR protective equipment[tiab] OR Protective device*[tiab] OR movement restrict*[tiab] OR movement suppression[tiab] OR protective hold*[tiab])

Risicofactoren
AND ("Epidemiologic factors"[Mesh] OR "Precipitating Factors"[Mesh] OR "Causality"[Mesh] OR Factor*[tiab] OR relat*[tiab] OR determ*[tiab] OR influenc*[tiab] OR Characteristic*[tiab] OR Predispos*[tiab] OR Precipitat*[tiab] OR Caus*[tiab] OR Predict*[tiab] OR facilit*[tiab] OR Barrier*[tiab] OR Reason*[tiab] OR Motiv*[tiab] OR Intention*[tiab] OR Objective*[tiab]))

Cliënten met een verstandelijke beperking
AND ("Developmental disabilities"[Mesh] OR "Intellectual disability"[Mesh] OR Intellectual deficienc*[tiab] OR Intellectual impairment*[tiab] OR Intellectual handicap[tiab] OR Intellectual deficit*[tiab] OR Intellectual disorder*[tiab] OR intellectual defect*[tiab] OR intellectual disabilit*[tiab] OR intellectual dysfunction*[tiab] OR intellectual retard*[tiab] OR intellectual distortion*[tiab] OR intellectual illness*[tiab] OR intellectual delay[tiab] Learning deficienc*[tiab] OR Learning impairment*[tiab] OR Learning handicap[tiab] OR Learning deficit*[tiab] OR Learning disorder*[tiab] OR learning defect*[tiab] OR learning disabilit*[tiab] OR learning dysfunction*[tiab] OR learning retard*[tiab] OR learning distortion*[tiab] OR learning illness*[tiab] OR learning delay[tiab] OR Developmental deficienc*[tiab] OR Developmental impairment*[tiab] OR Developmental handicap[tiab] OR Developmental deficit*[tiab] OR Developmental disorder*[tiab] OR developmental defect*[tiab] OR developmental disabilit*[tiab]

OR developmental dysfunction*[tiab] OR developmental retard*[tiab] OR developmental distortion*[tiab] OR developmental illness*[tiab] OR developmental delay[tiab] OR Mental deficienc*[tiab] OR Mental impairment*[tiab] OR Mental handicap[tiab] OR Mental deficit*[tiab] OR Mental disorder*[tiab] OR mental defect*[tiab] OR mental disabilit*[tiab] OR mental dysfunction*[tiab] OR mental retard*[tiab] OR mental distortion*[tiab] OR mental delay[tiab] OR Cognitive deficienc*[tiab] OR Cognitive impairment*[tiab] OR Cognitive handicap[tiab] OR Cognitive deficit*[tiab] OR Cognitive disorder*[tiab] OR cognitive defect*[tiab] OR cognitive disabilit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognitive retard*[tiab] OR cognitive distortion*[tiab] OR cognitive illness*[tiab] OR cognitive delay[tiab] OR mentally disabled person*[tiab]))

Ouderenzorg

AND ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR long-term care[tiab] OR Long term care[tiab] OR nursing home*[tiab] OR residential care[tiab] OR home care[tiab] OR elderly care[tiab] OR Elder*[tiab] OR frail*[tiab] OR geriatri*[tiab] OR old age*[tiab]))

'NOT' *termen*

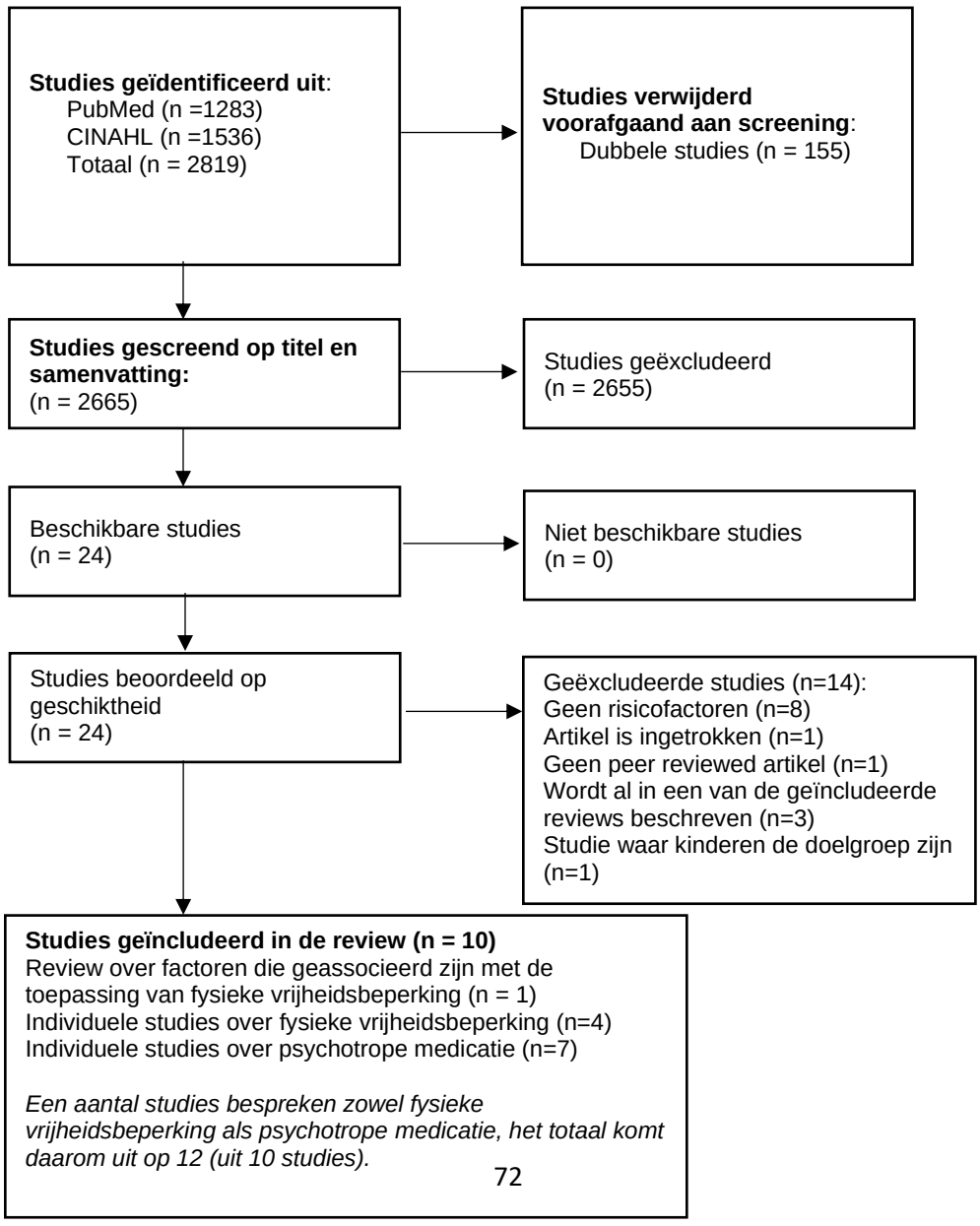
NOT ((Animals[MeSH] NOT Humans[MeSH]) OR "Animals, Laboratory"[Mesh] OR Mental health*[tiab] OR Hospital*[tiab] OR Acute care[tiab] OR Intensive care*[tiab] OR ICU[tiab] OR psychiatr*[tiab] OR nursing home*[tiab] OR nursing care[tiab] OR Elderly care[tiab] OR older people[tiab] OR Older person*[tiab] OR Older adult*[tiab] OR eating disorder*[tiab] OR Dementia[tiab] OR community dwelling[tiab] OR schizophren*[tiab] OR rat[tiab] OR rats[tiab] OR mouse[tiab] OR mice[tiab]) Filters: Dutch, English, from 2000/1/1 - 2021/9/6

Flow charts

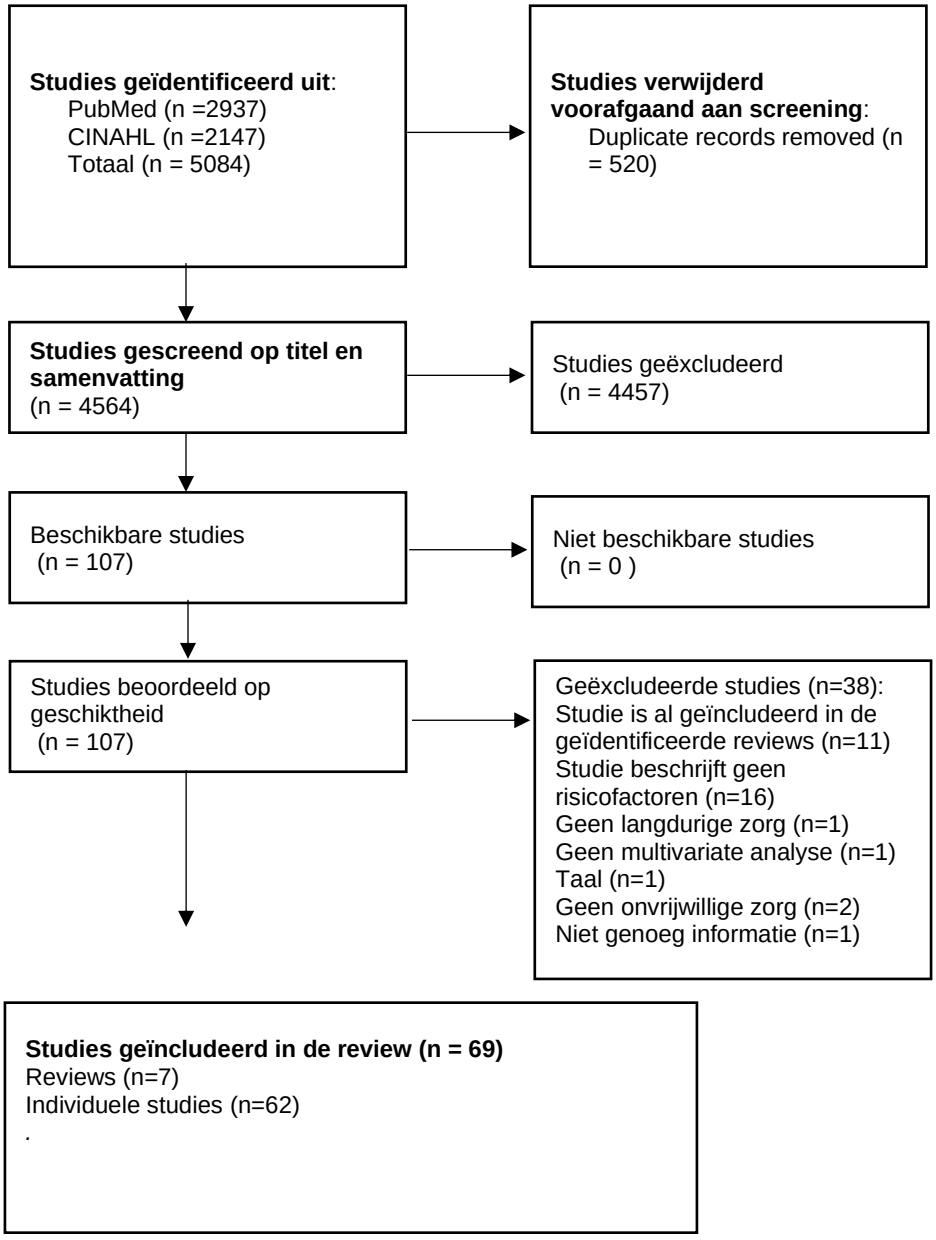
Zowel de screening van titel en samenvatting en full tekst screening is uitgevoerd door twee personen. Studies werden alleen geëxcludeerd tijdens de screening van titel en samenvatting wanneer het voor twee personen duidelijk was dat de studies niet relevant waren. Wanneer er twijfel bestond over de relevantie is ervoor gekozen om de volledige tekst van de studie te lezen. Het uitgangspunt voor de literatuurstudie zijn reviews. Wanneer de project- en werkgroep er niet van overtuigd was dat de geïncludeerde reviews een volledig beeld gaven van de risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg, is er gekeken naar de mogelijkheid tot het includeren van individuele studies. Relevante individuele studies werden geëxcludeerd wanneer deze al geïncludeerd werden in de door ons geïncludeerde reviews.

Prisma Flow diagram verstandelijk gehandicaptenzorg

Review naar risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg cliënten met een verstandelijke beperking



Review naar risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen cliënten



Reviews risicofactoren ouderenzorg

Tabel 12: reviews risicofactoren ouderenzorg

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	Type en doel(-groep) van de studie/review	Risicofactoren
Fysieke vrijheidsbeperking		
Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review Hofmann & Hahn, 2014	Het analyseren en samenvatten van cliëntfactoren die kunnen leiden tot de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners	— Verpleeghuisbewoners waarbij fysieke vrijheidsbeperking werd toegepast waren ouder (Bredthauer et al. 2005, Huizing et al. 2007). Feng, 2009 concludeert het tegenovergestelde, een oudere leeftijd ging gepaard met minder fysieke vrijheidsbeperking (Feng, 2009). — Cliënten die man zijn worden eerder onderworpen aan fysieke vrijheidsbeperking (Bredthauer et al. 2005). — Cliënten met zwaardere vormen van cognitieve beperking zoals dementie en/ of delirium en een lage cognitieve status worden eerder onderworpen aan fysieke vrijheidsbeperking (Bredthauer et al. 2005, Mamun & Lim 2005, Huizing et al. 2007, Engberg et al. 2008, Meyer et al. 2008) — Cliënten met beperkte mobiliteit en een lagere ADL score worden eerder onderworpen aan fysieke vrijheidsbeperking (Bredthauer et al. 2005; Huizing et al. 2007) — Een voorgaand valincident of botbreuk is ook een risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Engberg et al. 2008; Meyer et al. 2008). — Valpreventie initiatieven dragen bij aan de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Mamun & Lim 2005). — Mobiliteitsbeperking en daarbij komende afhankelijkheid als risicofactor voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Bredthauer et al. 2005, Huizing et al. 2007, Meyer et al. 2008). — Het voorkomen van het uittrekken van een voedingssonde is ook geassocieerd met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Mamun & Lim 2005). — Probleemgedrag: verbale (Meyer et al. 2008) en fysieke agitatie (Mamun & Lim 2005), agressief gedrag, tics (Bredthauer et al. 2005) — Het gebruik van psychoactive medicatie (Engberg et al. 2008). — Zowel langer als een korter verblijf in het verpleeghuis (Feng et al. 2009) was geassocieerd met de toepassing (inconsistent). — Dwalen (Saarnio & Isola 2009).
Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities: A scoping review Pu & Moyle, 2020	Een overzicht geven van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners met dementie.	**Risicofactoren voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking** — Het gebruik van antipsychotica was een risicofactor in een studie. In een andere studie was het gebruik van antipsychotica een indicatie voor het verminderde gebruik van fysieke vrijheidsbeperking (antipsychotica mogelijk een alternatief) — Cliënten met een zwarte huidskleur — Cliënten met een hoge ADL-afhankelijkheid — Cliënten met dementie
Psychofarmaca		
Relationship between	De review onderzocht de onderdelen en de rollen van de	**Organisatieklimaat**: — Door bewoners getoonde gedrags- en slaapproblemen werden eerder met psychofarmaca behandeld i.p.v.

Organizational Culture and the Use of Psychotropic Medicines in Nursing Homes: A Systematic Integrative Review Sawan et al., 2018	organisatiecultuur die invloed heeft op het gebruik van psychofarmaca in verpleeghuizen.	alternatieven door een ervaren gebrek aan personeel en een gebrek aan training. **De ervaren belasting door de zorg** — Personeel gaf de te hoge werkdruk als reden om psychofarmaca toe te passen. De gedrags- en slaapproblematiek bij bewoners verhoogde de werkdruk en zorgde ervoor dat personeel meer psychofarmaca toepaste. **Interacties van het personeel met artsen** — Het voorschrijven van psychofarmaca door artsen werd beïnvloed door het 'on-site personeel. Artsen gaven aan onder druk gezet te worden door het personeel om psychofarmaca voor te schrijven. **Structuren, processen & gedragingen** — Bewoners of families zetten artsen onder druk om psychofarmaca voor te schrijven. Daarbij stuurde familie ook niet op het afbreken van psychofarmaca, maar werd familie ook niet voldoende geïnformeerd over de bij effecten. **De normen en waarden van de organisatie en personeel** Wanneer er belang gehecht wordt aan het verminderen van de toepassing van psychofarmaca binnen de organisatie en haar personeel, wat bijdroeg aan het juist toepassen ban psychofarmaca.
Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review Cioltan et al., 2017	Samenvatten van factoren op organisatieniveau die bijdragen aan de toepassing antipsychotica in verpleeghuizen in Amerika.	**Personeelssamenstelling** — Een gebrek aan 'registered nurses' leidt tot een toename van het gebruik van antipsychotica. Het gebruik van antipsychotica ingezet worden om de kosten van extra personeel te drukken. Echter er bestaat een positive associatie tussen het aantal 'licensed practice nurses' en het gebruik van antipsychotics. Het verschil in training tussen RN en LPN kan dit verschil verklaren. — De aanwezigheid van een 'mental health professional' was positief geassocieerd met de toepassing van antipsychotica, dit kan verklaart worden doordat er meer mental health professionals aanwezig zijn op afdelingen waar er meer gedragsproblematiek is. — Over het algemeen lijkt het zo te zijn dat wanneer er meer tijd besteed word aan cliënten in het verpleeghuis het minder waarschijnlijk is dat antipsychotica wordt gebruikt. **Bezetting van het verpleeghuis** (zowel werknemers als bewoners) — Een lage bezetting van personeel was positief geassocieerd met het gebruik van psychofarmaca. Waarschijnlijk door een gebrek aan financiering om extra personeel in te huren, scholing en training te geven. — Een grote raciale diversiteit binnen het verpleeghuis, het zelf bekostigen van het verblijf was positief geassocieerd met de toepassing van antipsychotica. **Karakteristieken van zorgaanbieders** — Onafhankelijk eigenaarschap en minimale competitie tussen zorgaanbieders is positief geassocieerd met het gebruik van antipsychotica. Competitie tussen zorgaanbieders kan het

		gebruik van antipsychotica mogelijk verlagen doordat de competitie ervoor zorgt dat de kwaliteit verbetert. Onafhankelijk eigenaarschap draagt mogelijk bij aan de toepassing van antipsychotica doordat er mogelijk minder standaardisatie, verantwoordelijkheid en toezicht is. **Kwaliteitkenmerken** — Organisaties die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking moeten rapporterenn zijn positief geassocieerd met de toepassing van antipsychotica. Mogelijk doordat er wordt gaangenomen dat antipsychotica als alternatief voor fysieke vrijheidsbeperking minder nadelig is voor de cliënt. — Organisaties met een lage kwaliteit willen de kwaliteit verbeteren, maar doordat ze op vele gebieden iets moeten verbeteren (denk aan het verminderen van fysieke vrijheidsbeperking) wordt de toepassing van antipsychotica niet goed aangepakt.
		—

Individuele studies risicofactoren ouderenzorg

Tabel 13: individuele studies risicofactoren ouderenzorg

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de studie/review**	**Risicofactoren**
Fysieke vrijheidsbeperking		
Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints? Willemse et al. 2016	onderzoeken of kenmerken van een ongezonde werkomgeving in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie samenhangen met meer voorschrijven van psychofarmaca en fysieke dwangmaatregelen	— Meer steun van een supervisor droeg significant bij aan het minder voorschrijven van benzodiazepines bij mensen met dementie (Willemse et al., 2016)
Psychofarmaca		
Factors associated with appropriate psychotropic drug prescription in nursing home patients with severe dementia Van der Spek et al. 2018	Identificeren welke patiënt- en niet-patiëntfactoren geassocieerd waren met de geschiktheid van het voorschriften van vier groepen van psychofarmaca	**Psychofarmaca werd vaker juist toegepast bij mensen met dementie wanneer (Van der Spek et al., 2018):** — Cliënten met zwaardere vormen van neuro psychiatrische symptomen hebben — Ouder zijn — En andere vormen van dementie van Alzheimer hebben. **Antipsychotica:** — De mate van agressie was geassocieerd met de mate van juist toepassen van antipsychotica **Antidepressiva:** — De zwaarte van apathisch gedrag en depressief gedrag was geassocieerd met juist toepassen van antidepressiva

		Anxiolytics: — De ernst van agressie bepaalde de mate van juist toepassen van anxiolytica. — Het voorchrijven van anxiolytica was minder gepast wanneer verpleegkundigen meer werkdruk ervaarden. **Hypnotica:** — De ernst van agitatie bepaalde de mate van juist toepassen van hypnotica. — Het voorschrijven was minder gepast wanneer de arts een hogere werklast had (caseload) Wanneer neuropsychatrische symptomen minder duidelijk zijn waren adequate indicaties die voorafgingen aan de toepassing afwezig.
Antipsychotic drug prescription rates among Dutch nursing homes: the influence of patient characteristics and the dementia special care unit Van der Putten et al. 2014	de verschillende voorschrijfpercentages van antipsychotica tussen SCU's te evalueren en het effect van aanvullende klinische kenmerken (d.w.z. soorten agitatie/agressie en type dementie) te bestuderen om de variatie in voorschrijfpercentages van antipsychotica onder dementie SCU's bij Nederlandse verpleeghuisbewoners te verklaren	— Er werd significant meer antipsychotica voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners met dementie die agressief gedrag vertoonde (fysiek agressief en fysiek niet agressief: pacing, inappropriate dressing and undressing, trying to get to a different place, handling things inappropriately, general restlessness, and repetitious mannerisms) (Van der Putten et al., 2014) — Verpleeghuisbewoners met dementie die mixed dementia (alzheimer en vasculaire dementie) hebben werden vaker antipsychotica voorgeschreven in vergelijking met bewoners waarbij dementie niet anders werd gespecificeerd (Van der Putten et al., 2014)
Variations and factors associated with psychotropic use in cognitively impaired elderly residing in long-term care facilities in East Asia: a cross-sectional study Terada et al 2019	Het vergelijken van gebruikpatronen van 7 vormen van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met een cognitieve beperking en de factoren onderzoeken die geassocieerd zijn met de toepassing van psychofarmaca.	— De toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie was positief en zwak geassocieerd met de zwaarte van dementie (Terada et al., 2019) — De toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie was positief en zwak geassocieerd het aantal positief vastgestelde NPI-NH items (BPSD: Wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie/dysforie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie/onverschilligheid,ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust/slaapstoornissen, eetlust/eetgedrag verandering) (Terada et al., 2019)
Associated Factors With Antipsychotic Use in Long-Term Institutional Care in Eight European Countries: Results From the RightTimePlaceCare Study	het bepalen van de prevalentie en factoren bij het gebruik van AP-medicatie bij recentelijk opgenomen verpleeghuisbewoners met dementie/	— De toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie is geassocieerd met hyperactief gedrag (ontremd gedrag, euforie, aberrant motor behavior) (De Mauleon et al., 2014) — De toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie is geassocieerd met de aanwezigheid van een specifieke dementie afdeling in het verpleeghuis (De Mauleon et al., 2014)

De Mauleon et al., 2014		
Use of Antipsychotics among Elderly Nursing Home Residents with Dementia in the US Kamble et al., 2009 USA	Het onderzoeken van de prevalentie van de toepassing van antipsychotica en de factoren die geassocieerd zijn met de toepassing van atypische antipsychotica bij verpeleghuisbewoners met dementie.	— Vrouwelijke verpleeghuisbewoners met dementie hadden minder kans op het voorgeschreven krijgen van atypische antipsychotica dan mannen (in dementie) (Kamble et al., 2009) — De toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie was positief geassocieerd met een verminderde mate van besluitvorming capaciteit (Kamble et al., 2009) — De toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie was positief geassocieerd met depressieve buien (depressed mood) (Kamble et al., 2009) — De toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie was positief geassocieerd met de aanwezigheid van gedragssyptomen (Kamble et al., 2009) — De waarschijnlijkheid van het voorgeschreven krijgen van atypische antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie neemt af wanneer de ADL afhankelijkheid en afhankelijkheid van 'out-of- bed mobility' toeneemt (Kamble et al., 2009) — De kans op het voorgeschreven krijgen van atypische antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie werd groter wanneer er sprake is van een schizofrenie diagnose, bipolaire manie en angsten. (Kamble et al., 2009)
Factors Associated With Psychotropic Drug Usage Among Nursing Home Residents With Dementia Kim & Wall, 2006	Een beschrijving van het huidige psychofarmaca gebruik en de verpleeghuisfactoren die geassocieerd zijn met de toepassing van psychofarmaca bij bewoners met dementia.	— Depressieve symptomen zijn significante voorspellers voor het gebruik van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie (Kim & Wall, 2006) — Er bestaat ook een negatieve relatie tussen het aantal geregistreede verpleegkundige (RN) en het gebruik van psychofarmaca. Minder RN uren was geassocieed met meer toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie (Kim & Wall, 2006)
Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia Kleijer et al., 2014	De variatie in de prevalentie van antipsychotica in verpleeghuizen onderzoeken en de verschillen verklaren a.d.h.v. verpleeghuis en cliëntkenmerken.	— De instellingen waar de prevalentie voor antipsychotica het hoogst was (bij verpleeghuisbewoners met dementie), rapporteerde het hoogste aantal incidenten van verbaal grof gedrag, verstorend gedrag en of sociaal ongepast gedrag (Kleijer et al., 2014)
Antipsychotic use and related factors among people with dementia aged 75 years or older in Japan: A comprehensive population-based	Bepalen welke factoren geassocieerd zijn met de toepassing van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie.	De volgende factoren dragen bij aan een hogere kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij mensen met dementie (Kuroda et al., 2019): — Milde, gemiddeld en zware cognitieve beperking was geassocieerd met een hogere kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij verpleeghuis bewoners en thuiswonende ouderen met dementie

estimation using medical and long-term care data Kuroda et al., 2019		— Gebruik van medicatie tegen dementie was geassocieerd met een hogere kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners en thuiswonende ouderen met dementie — — Gebruik van langdurige institutionele zorg was geassocieerd met een hogere kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie. — Verpleeghuisbewoners of thuiswonende personen met dementie in de leeftijdsgroepen 87 tot 91 en ouder of gelijk aan 92 had minder kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica ten opzicht van de leeftijdsgroep jonger dan 77 (Kuroda et al., 2019)
Prescribing of psychotropic drugs and indicators for use in residential aged care and residents with dementia Brimelow et al., 2019	Het huidige gebruik van psychofarmaca beoordelen in verpleeghuizen en bepalen welke BPSD aangemerkt werden als reden voor voorschrijven bij cliënten met en zonder dementie	— Verpleeghuisbewoners met dementie hadden twee keer zoveel kans op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca tegen agitatie en psychoses dan verpleeghuisbewoners zonder dementie (Brimelow et al., 2019) — Verpleeghuisbewoners met dementie hadden twee keer zoveel kans op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca tegen psychoses dan verpleeghuisbewoners zonder dementie (Brimelow et al., 2019)
Use of antipsychotic medications in older home-care patients. Report from nine European countries Alanen et al., 2008	Het vaststellen van de verschillen in voorschrijven van antipsychotica en de factoren die geassocieerd zijn bij verpleeghuisbewoners in negen europese landen.	— Het hebben van waanideeën was geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij mensen die thuiszorg krijgen en ouder dan 65 jaar zijn (Alanen et al., 2008) — Gediagnosticeerd zijn met dementie was geassocieerd et het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij mensen die thuiszorg krijgen en ouder dan 65 jaar zijn (Alanen et al., 2008) — Het hebben van hallucinaties, was geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij mensen die thuiszorg krijgen en ouder dan 65 jaar zijn. (Alanen et al., 2008). — Het hebben van depressies was geassocieerd met het voorgeschreven krijgen antipsychotica bij mensen die thuiszorg krijgen en ouder dan 65 jaar zijn (Alanen et al., 2008) — Middel tot zware vormen van cognitieve beperkingen was geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij mensen die thuiszorg krijgen en ouder dan 65 jaar zijn (Alanen et al., 2008) — de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar was geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij thuiswonende ouderen die 65 jaar en ouder zijn. (Alanen et al., 2008)
Prescribing of psychotropic medications to the elderly population of a Canadian province: a retrospective study using administrative databases	De factoren die het niet optimal gebruik van psychofarmaca bij ouderen voorspellen onderzoeken.	— Clienten die ouder dan 65 jaar zijn en thuis of in het verpleeghuis wonen hadden eerder kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanneer ze man zijn (Alessi-Severini et al., 2013) — Clienten die ouder dan 65 jaar zijn en thuis of in het verpleeghuis wonen hadden eerder kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanneer ze Behandeld worden voor dementie (Alessi-Severini et al., 2013) — Cliënten die ouder zijn dan 65 jaar en thuis of in het verpleeghuis wonen hadden eerder kans op het

Alessi-Severini et al., 2013		voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanner ze psychoses hebben gehad Alessi-Severini et al., 2013) — Zeer oude thuiswonende of in het verpleeghuis wonende cliënten hadden minder kans op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica dan minder ouder cliënten (Alessi-Severini et al., 2013)
Antipsychotic drug use in nursing home residents with and without dementia: keep an eye on the pro re nata medication Allers et al., 2013	Het onderzoeken van de prevalentie van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met en zonder dementia en de factoren die geassocieerd zijn met de toepassing.	— Het hebben van dementie is significant geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners (Allers et al., 2013): — En een hoge zorgzwaarte hebben is significant geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners (level of care III) (Allers et al., 2013)
Azermai et al., 2011	Het gebruik van antipsychotica in Belgische verpleeghuizen beoordelen en onderzoeken of er sprake is van onjuist gebruik van antipsychotica.	— Verpleeghuisbewoners die ouder zijn dan 80 lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Azermai et al., 2011) — Verpleeghuisbewoners met dementie lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Azermai et al., 2011) — Verpleeghuisbewoners met slapeloosheid lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Azermai et al., 2011) — Verpleeghuisbewoners met depressies lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Azermai et al., 2011) — Verpleeghuisbewoners die antipsychotica voorgeschreven krijgen en de kans lopen dat dit onjuist is voorgeschreven hebben vaker last van slapeloosheid. — Verpleeghuisbewoners die antipsychotica voorgeschreven krijgen en de kans lopen dat dit onjuist is voorgeschreven hebben vaker last van depressies
The impact of facility characteristics on the use of antipsychotic medications in nursing homes: a cross-sectional study Frankenthal, 2016	De variatie in de prevalentie van antipsychotica onderzoeken in een sample van Israëlische verpleeghuizen en het effect van verpleeghuiskenmerken op de toepassing beoordelen.	— Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in Instellingen met winstoogmerk (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen wanneer de medisch directeur geen specialist ouderengeneeskunde is (geriatrician) (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen wanneer er een 'mentally frail' afdeling is (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen waar bewoners op 'self-pay' basis in de instelling zitten (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen waar een te kort is aan sociaal werkers (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen waar er een te kort is aan ergotherapeuten (Frankenthal et al., 2016) — Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen waar er een te kort is aan 'safe/well fitting equipment' (Frankenthal et al., 2016)

		— Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in instellingen waar er een te kort is aan vrije tijdsactiviteiten. (Frankenthal et al., 2016)
Determinants of the nurses' and nursing assistants' request for antipsychotics for people with dementia Janus et al., 2017	Een overzicht geven van de factoren en redenen voor verpleegkundigen en verzorgenden om de toepassing van antipsychotica bij verpeleghuisbewoners met dementie aan te vragen.	— De associatie tussen huidige positie en gedrag is positief en statistisch significant, dit geef aan dat lager opgeleide verpleegkundige die werkzaam zijn in verpleeghuizen eerder antipsychotica aanvroegen.
Organizational Factors Associated With Inappropriate Neuroleptic Drug Prescribing in Nursing Homes: A Multilevel Approach Laffon de Mazieres et al., 2015	De factoren die geassocieerd zijn met mogelijk onjuist voorschrijven van neuroleptica bij verpleeghuisbewoners identificeren (met een focus op het aantal verschillende artsen die beschikbaar zijn).	— Verpleeghuisbewoners hebben een grotere kans op het onjuist voorgeschreven krijgen van neuroleptica wanneer er meer dan 30 'general practitioners' per 100 bedden zijn in vergelijking met minder 10 'general practitioners' per 100 bedden (The more likely explanation for the association between number of GPs and potentially inappropriate prescribing of neuroleptics may be related to organizational difficulties, with poor communication because of a large number of physicians in the nursing home) (Laffon de Mazieres et al., 2015) — Verpleeghuisbewoners die 85 jaar oud waren hebben meer kans op het onjuist voorgeschreven krijgen van neuroleptica (Laffon de Mazieres et al., 2015) — Verpleeghuisbewoners met dementie hebben meer kans op het onjuist voorgeschreven krijgen van neuroleptica (Laffon de Mazieres et al., 2015)
Factors associated with antipsychotic drug use in residential care: changes between 1990 and 1997 Lindesay et al., 2003	Het onderzoeken van de relatie tussen het voorschrijven van antipsychotica, cognitieve beperking en probleemgedrag en de mogelijke negatieve gevolgen bestuderen.	— Een jongere leeftijd bij verpleeghuisbewoners (die wel ouder dan 65 jaar zijn) was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica, zowel in 1990 als 1997 (Lindesay et al, 2003) — Het type verpleeghuis was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij bewoners die 65 jaar en ouder zijn (Lindesay et al, 2003) — Cognitieve beperking was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners die 65 jaar en ouder zijn (Lindesay et al, 2003) — Aanstootgevend gedrag was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners die 65 jaar en ouder zijn (Lindesay et al, 2003) — Lagere ADL afhankelijkheid was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners die 65 jaar en ouder zijn (Lindesay et al, 2003)
Psychological factors related to nurses' intentions to initiate an antipsychotic or psychosocial intervention with nursing home residents	De factoren onderzoeken die gerelateerd zijn aan de intentie van een verpleegkundige om de toepassing van antipsychotica of psychosociale interventie in te zetten bij	— Verpleegkundigen die hogere 'uitkomstverachtingen' hebben van het effect van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners vergrootte de intentie om te starten met antipsychotica bij verpleeghuisbewoners (Ludwin & Meeks, 2018) — Verpleegkundige die een positievere attitude hebben tegenover antipsychotica hadden een grotere intentie om antipsychotica te initiëren bij verpleeghuisbewonersbewoners (Ludwin & Meeks, 2018) — Verpleegkundigen die zichzelf identificeerde als behorende tot een etnische minderheid hadden een hogere intentie

Ludwin & Meeks et al., 2018	verpleeghuisbewoners	antipsychotica te initieren bij verpleeghuisbewoners (Ludwin & Meeks, 2018)
Prescribing Psychoactive Medications in Nursing Homes: Current Practice in Singapore Mamun & Goh-Tan., 2003	Het beoordelen van de toepassing van antipsychotica en de negatieve effecten in Singaporese verpleeghuizen.	— Het onjuist gebruik van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners was geassocieerd met de diagnose dementie (Mamun & Goh-Tan, 2003)
Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study Mann et al, 2009	De prevalentie van de voorgeschreven psychofarmaca bepalen en onderzoeken welke institutionele en cliëntkenmerken geassocieerd zijn met het gebruik van psychofarmaca.	— Cognitieve beperking bij verpleeghuisbewoners was omgekeerd geassocieerd met het voorschrijven van psychofarmaca (Mann et al., 2009) — Chronische rusteloosheid was significant geassocieerd met het voorschrijven van antipsychotica, anxiolytica, hypnotica en 'iedere type psychofarmaca' bij verpleeghuisbewoners (Mann et al., 2009) — Het hebben van een wettelijke voogd als verpleeghuisbewoners is omgekeerd geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Mann et al., 2009) — Het permanent ongepast omgaan met spullen door verpleeghuisbewoners was geassocieerd met het voorschrijven van antidepressiva (Mann et al., 2009)
Predicting Off-Label Antipsychotic Medication Use in a Randomly Selected Nursing Home Sample Based on Resident and Facility Characteristics Mansbach et al., 2016	Hoe vaak wordt off-label antipsychotica toegepast en welke cliënt- en zorgomgeving karakteristieken voorspellen off-label gebruik van antipsychotica voor BPSD.	— Verpleeghuisbewoners die behandeld werden voor BPSD en beter scoorde op de Brief Cognitive Assessment Tool (BCAT) hebben minder kans om off-label antipsychotica voorgeschreven te krijgen (Mansbach et al., 2016) — Verpleeghuisbewoners die behandeld werden voor BPSD hadden meer kans op het off-label voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanneer men ouder werd (ieder jaar ouder = meer kans op off-label voorgeschreven krijgen) (Mansbach et al., 2016)
Association of resident and room characteristics with antipsychotic use in long-term care facilities (LTCF) Monette et al., 2012	De associatie tussen cliënt- of omgevingskenmerken en het gebruik van antipsychotica bij verpeleghuisbewoners onderzoeken in Montreal en Quebec, Canada.	— Verstorend gedrag bij verpleeghuisbewoners was geassocieerd met het gebruik van antipsychotica (Monette et al., 2012)
Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing home patients with young-onset dementia	Inzicht krijgen in de prevalentie van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met jong gediagnosticerde dementie	— Man zijn is geassocieerd met het hoger psychofarmaca gebruik bij verpleeghuisbewoners met 'young onset dementia' — Antipsychotica werd vaker voorgeschreven bij verpleeghuisbewoners met young onset dementia die andere vormen van dementie hebben dan alzheimer (Mulders et al., 2019)

Mulders et al., 2019	En de associatie tussen leeftijd, geslacht, soort dementie, zwaarte van dementie, neuropsychiatrische symptomen en de toepassing van psychofarmaca onderzoeken.	— Depressie bij verpleeghuisbewoners met young onset dementie was geassocieerd met het voorschrijven van antidepressiva (Mulders et al., 2019) — Apatisch gedrag bij verpleeghuibewoners met young onset dementia was negatief geassocieerd met het gebruik van psychofarmaca in het algemeen (Mulders et al., 2019) — Nachtelijke abnormaal gedrag bij verpleeghuis bewoners met young onset dementia was positief geassocieerd met het gebruik van hypnotica (Mulders et al., 2019) — Verbale agitatie bij verpleeghuisbewoners met young onset dementia was geassocieerd met een hoger risico op het gebruik van antipsychotica (Mulders et al., 2019)
Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia Nijk et al., 2009	De toepassing van psychofarmaca bij Nederlandse verpleeghuisbewoners met dementie onderzoeken en bekijken of leeftijd, geslacht, zwaarte van dementie of neuropsychiatrische symptomen geassocieerd zijn met de toepassing.	— Cliënten met dementie wonend in het verpleeghuis in de leeftijdsgroep 65 tot 74 hadden een groter risico op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca in vergelijking met de leeftijdsgroep 85 jaar en ouder (Nijk et al., 2009) — Vrouwen met dementie wonend in het verpleeghuis hadden een hoger risico op het voorgeschreven krijgen van antidepressiva (Nijk et al., 2009) — Mate van dementie: Psychofarmaca in het algemeen en maar vooral antipsychotica en antidepressiva werden het meest voorgeschreven bij verpleeghuisbewoners met dementie die een 6 scoorde op de GDS (ernstige GDS) (Nijk et al., 2009) — Psychotisch gedrag was positief geassocieerd met het gebruik van antipsychotica, anxiolytica en antidepressiva bij verpleeghuisbewoners met dementie (Nijk et al., 2009) — Apathisch gedrag was negatief geassocieerd met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie (Nijk et al., 2009) — Agitatie bij verpleeghuisbewoners met dementie was significant positief geassocieerd met het gebruik van psychofarmaca, antipsychotica en anxiolytica (Nijk et al., 2009) — Agressief gedrag bij verpleeghuisbewoners met dementie was geassocieerd met het gebruik van psychofarmaca (Nijk et al., 2009)
Determinants of Antidepressant Medication Prescribing in Elderly Residents of Aged Care Homes in Australia: A Retrospective Study Nishtala et al., 2009	Beoordelen wel factoren geassocieerd zijn met het voorschrijven van antidepressiva bij verpleeghuisbewoners in Sydney, Australië.	— Antidepressiva werd voorgeschreven bij mensen met dementia in het verpleeghuis die stemmingsstoornissen, depressie en/ of parkinson hebben (Nishtala et al., 2009)
Psychotropic Polypharmacy in Patients with Dementia: Prevalence and Predictors Norgaard, et al., 2017	Het onderzoeken van de prevalentie en voorspellers van de toepassing van psychotrope polyfarmacie bij cliënten met dementie.	— Cliënten met dementie zowel thuiswonend als wonend in het verpleeghuishuis hebben meer kans op het gebruik van psychotrope polyfarmacie wanneer ze jonger zijn dan 75 jaar (Norgaard et al., 2017) — Cliënten met dementie zowel thuiswonend als wonend in het verpleeghuis hebben meer kans op het gebruik van psychotrope polyfarmacie wanneer ze vrouw zijn (Norgaard et al., 2017) — Verpleeghuisbewoners met dementie hebben meer kans op het psychotrope polyfarmacie (Norgaard et al., 2017)

		— Cliënten met dementie zowel thuiswonend als wonend in het verpleeghuis hebben meer kans op psychotrope polyfarmacie wanneer ze in 2011, 5 of meer type medicatie gebruikte (Norgaard et al., 2017)
Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGEP-NH criteria Nyborg et al., 2017	De frequentie van onjuist toegepaste medicatie bij verpleeghuisbewoners beoordelen a.d.h.v. de NORGEPH criteria. Daarnaast werd er onderzocht welke factoren geassocieerd zijn met onjuist toepassen van medicatie en psychofarmaca.	— Vrouwelijke verpleeghuisbewoners hadden significant meer kans op psychotrope polyfarmacie dan mannen (Nyborg et al., 2017) — Verpleeghuisbewoners met de beste score op de ADL schaal hadden een hoger risico op psychotrope polyfarmacie (Nyborg et al., 2017) — Verpleeghuisbewoners die op langdurige zorg afdelingen woonde hadden meer risico op het gebruik van 3 of meer psychofarmaca (langdurige zorg afdelingen & dementie afdelingen) (Nyborg et al., 2017)
Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: crosssectional study Petek Ster et al., 2011	De prevalentie van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners in Slovenië bepalen en achterhalen welke factoren geassocieerd zijn met het voorschrijven.	— Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven aan vrouwelijke verpleeghuisbewoners (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven aan jongere verpleeghuisbewoners (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners die chronisch rusteloos zijn (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners met dementie (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners die vaker reguliere medicatie voorgeschreven krijgen (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven in grotere verpleeghuizen (Petek Ster et al., 2011) — Psychofarmaca werd vaker voorgeschreven door mannelijk artsen in het verpleeghuis (Petek Ster et al., 2011)
Current Psychotropic Medication Use and Contributing Factors Among Nursing Home Residents with Cognitive Impairment Resnick et al., 2021	De prevalentie van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met een cognitieve beperking onderzoeken en de factoren die geassocieerd zijn met de toepassing onderzoeken.	— Verpleeghuisbewoners met een cognitieve beperking die meer agitatie vertoonde hadden een grotere kans op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca — Verpleeghuisbewoners met een cognitieve beperking die meer comorbiditeiten hadden, hebben een grotere kans op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca.
Prevalence of Psychotropic Medication Use among German and Austrian Nursing Home Residents: A Comparison of 3 Cohorts Richter et al., 2012	(1) De prevalentie van de toepassing van psychofarmaca tussen studies vergelijken (2) verschillende vormen van psychofarmaca (3) psychofarmaca gebruikt voor het slapen faan	— Oudere leeftijd was negatief geassocieerd met de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners (Richter et al., 2012) — Het zijn van een man was negatief geassocieerd met de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners (Richter et al., 2012) — Mate van zorgafhankelijkheid was positief geassocieerd met het voorschrijven van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners (Richter et al., 2012)

	(4) associaties tussen voorschrijven van psychofarmaca en institutionele en cliëntkenmerken	
Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people—characteristics of persistent and incident users Rikala et al., 2011	Het analyseren van de toepassing van psychofarmaca bij thuiswonende ouderen over een periode van 3 jaar en de personen die het meeste risico lopen op de toepassing bepalen. To analyze psychotropic drug use in community-dwelling elderly people over a 3-year period and characterize those individuals most susceptible to persistent and incident use.	— De oudste 'community dwelling' oudere die ouder dan 75 jaar is zijn is geassocieerd met het aanhoudend gebruik van psychofarmaca (Rikala et al., 2011) — Het gebruik van minimaal 2 psychofarmaca soorten is geassocieerd met het aanhoudend gebruik van psychofarmaca bij 'community dwelling elderly' die ouder dan 75 jaar zijn. (Rikala et al., 2011) — Het aanhoudend gebruik van psychofarmaca is geassocieerd met Community dwelling elderly die ouder zijn dan 75 en regelmatig psychofarmaca gebruiken. (Rikala et al., 2011) — Het aanhoudend gebruik van psychofarmaca is geassocieerd met community dwelling elderly die hun eigen gezondheid goed inschatten. Factoren die geassocieerd zijn met incidenteel gebruik van psychofarmaca: — Een toenemende GDS15 score is geassocieerd met incidenteel gebruik van psychofarmaca bij community dwelling elderly die ouder dan 75 jaar zijn (Rikala et al., 2011) — Een MMSE score van kleiner of gelijk aan 24 is geassocieerd met het incidenteel gebruik van psychofarmaca bij community dwelling elderly die ouder dan 75 jaar zijn. (Rikala et al., 2011) — Vaker of gelijk aan 6 keer de arts bezoeken is geassocieerd met incidenteel gebruik van psychofarmaca bij community dwelling elderly die ouder dan 75 jaar zijn (Rikala et al., 2011) — Een slecht eigen ingeschatte gezondheid is geassocieerd met het incidenteel gebruik van psychofarmaca bij community dwelling elderly die ouder dan 75 jaar zijn (Rikala et al., 2011) — Een gemiddelde en lage levensvoldoening is geassocieerd met het incidenteel gebruik van psychofarmaca bij community dwelling elderly die ouder dan 75 jaar zijn (Rikala et al., 2011)
Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts Ruths et al., 2013	De trend in het voorschrijven van psychofarmaca in Noorse verpleeghuizen onderzoeken om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de praktijk.	— Aan verpleeghuisbewoners die vrouw zijn werden eerder ieder type psychofarmaca, anxiolytica of antidepressiva voorgeschreven dan aan bewoners die man zijn (Ruths et al., 2013) — Aan verpleeghuisbewoners die jonger dan 80 waren werd eerder ieder type psychofarmaca, anxiolytica of antidepressiva voorgeschreven dan aan bewoners die ouder zijn dan 80 (Ruths et al., 2013) — Aan verpleeghuisbewoners in normale afdelingen werd eerder ieder type psychofarmaca, anxiolytica of antidepressiva voorgeschreven dan aan verpleeghuisbewoners in special care units (Ruths et al., 2013)

		— Aan Recente cohorten van verpleeghuisbewoners werd eerder ieder type psychofarmaca, anxiolytica of antidepressiva voorgeschreven dan aan verpleeghuisbewoners in oudere cohorten (Ruths et al., 2013)
Antipsychotic prescribing to older people living in care homes and the community in England and Wales Shah et al., 2011	De toepassing van antipsychotica bij ouderen in een grote nationale steekproef beschrijven.	— Zowel ouderen ouder dan 65 jaar die thuis wonen als in het verpleeghuis lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanneer er een diagnose dementie is (Shah et al., 2011) — Ouderen ouder dan 65 jaar die thuis wonen en de meest achtergestelde wijken wonen lopen een hoger risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Shah et al., 2011)
Psychotropic drug prescription for nursing home residents with dementia: prevalence and associations with non-resident-related factors Smeets et al., 2018	De voorschrijffrequentie van psychofarmaca bij verpeleghuisbewoners met dementia beschrijven en factoren identificeren die geassocieerd zijn met de toepassing.	— Het voorgeschreven krijgen van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementia was waarschijnlijker bij langer verblijf in een speciale dementie afdeling (Smeets et al., 2018) — Het voorgeschreven krijgen van antidepressiva bij verpleeghuisbewoners met dementia was waarschijnlijker wanneer de bewoner zwaardere vormen van neuro psychiatrische symptomen heeft (fysieke agressie en 'physically non agressive) (Smeets et al., 2018) — Het voorgeschreven krijgen van anxiolytica bij verpleeghuisbewoners met dementie was waarschijnlijker bij mensen met zwaardere neuro psychiatrische symptomen (NPI voor angsten) (Smeets et al., 2018) — Antidepressiva werd vaker voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners met dementie wanneer verpleegkundige meer tevreden waren over het patienten contact (MAS-GZ) (Smeets et al., 2018) — Het voorschrijven van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie was minder waarschijnlijk wanneer er meer artsen beschikbaar waren (Smeets et al., 2018)
Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents Sorensen et al., 2001	Voorschrijfpatronen bepalen van psychofarmaca in Deense verpleeghuizen en factoren onderzoeken die geassocieerd zijn met het prevalent gebruik van psychofarmaca.	— Als er door personeel een beoordeling is gedaan van de mentale gezondheid van verpleeghuisbewoners dan is dit een determinant voor het gebruik van ieder type psychofarmaca (Sorensen et al., 2001) — Een GMS AGECAT diagnose (cognitieve beperking?) bij verpleeghuisbewoners was een determinant voor het gebruik van neuroleptica (Sorensen et al., 2001) — Gedragsproblemen bij verpleeghuisbewoners was een determinant voor neuroleptica en benzodiazepines ongeacht of er wel of geen psychiatrische diagnose gesteld is (Sorensen et al., 2001) — Het gebruik van antidepressiva bij verpleeghuisbewoners is geassocieerd met het mannelijke geslacht (Sorensen et al., 2001) — Het gebruik van antidepressiva bij verpleeghuisbewoners is geassocieerd met een toename in leeftijd (Sorensen et al., 2001)
Nursing Home Deficiency Citations for Medication Use Castle & Engberg, 2007	Het onderzoeken van markt en structurele factoren die geassocieerd zijn met het krijgen van een aantekening voor de	— 10% grotere verpleeghuizen hadden bijvoorbeeld meer kans op het herhaaldelijk krijgen van een deficiency citation voor psychofarmaca dan kleinere verpleeghuizen (Castle & Engberg, 2007) — Meer Registered Nurse personeel in het verpleeghuis was geassocieerd met een lagere waarschijnlijkheid voor het

	toepassing van psychofarmaca	krijgen van een deficiency citation voor psychofarmaca (Castle & Engberg, 2007). — Verpleeghuizen met hogere 'medicaid reimbursement rates' hadden minder kans op het krijgen van een deficiency citation voor psychofarmaca dan verpleeghuizen met lagere 'rates' (Castle & Engberg, 2007)
Use of Psychotropics in Sydney Nursing Homes: Associations With Depression, Psychosis, and Behavioral Disturbances Draper et al., 2001	De prevalentie van de toepassing van psychofarmaca in verpleeghuizen in Sydney beschrijven en de relatie tussen het voorschrijven van psychofarmaca en de aanwezigheid van BPSD bepalen	— Verpleeghuisbewoners kregen eerder psychofarmaca voorgeschreven wanneer ze vrouw zijn (Draper et al., 2001) — Verpleeghuisbewoners kregen eerder psychofarmaca voorgeschreven wanneer jonger zijn (Draper et al., 2001) — Verpleeghuisbewoners kregen eerder psychofarmaca voorgeschreven wanneer ze angsten en fobieën hebben (Draper et al., 2001) —
Inappropriate Antipsychotic Use: The Impact of Nursing Home Socioeconomic and Racial Composition Fashaw et al., 2020	Onderozoeken hoe verpeleghuiskarakteristieken geassocieerd zijn met de toepassing van onjuist voorgeschreven antipsychotica.	— Verpleeghuizen met meer donkere verpleeghuisbewoners was geassocieerd met een afname in het onjuist voorschrijven van antipsychotica (Fashaw et al., 2020) — Meer 'medicaid' Verpleeghuisbewoners is geassocieerd met een toename in onjuist voorgeschreven antipsychotica (Fashaw et al., 2020) — Meer 'medicare' verpleeghuisbewoners is geassocieerd met een afname in onjuist voorgeschreven antipsychotica (Fashaw et al., 2020) — Fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen was significant en positief geassocieerd met het onjuist voorschrijven van antipsychotica (Fashaw et al., 2020)
Use and misuse of antipsychotic drugs in patients with dementia in Alzheimer special care units Nobili et al., 2009	De prevalentie van de toepassing van antipsychotica bepalen en onderzoeken welke factoren geassocieerd zijn met de toepassing bij ouderen cliënten met dementie die toegewezen zijn aan een alzheimer unit.	— Het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners in een alzheimer afdeling was geassocieerd met een toename op de NPI score (Neuropsychiatric inventory). De univariate analyse liet zien dat antipsychotica gerelateerd was aan Aberrant motor behavior, agitatie, irritatie en labiliteit, waanideeën, nachtelijk gedrag, angsten, ontremd gedrag en hallucinaties (Nobili et al., 2009)
Psychotropic drug use in nursing homes and variations between institutions Ruths et al., 2001	Het karakteriseren van de toepassing van psychofarmaca in verpleeghuizen en analyseren welke factoren geassocieerd zijn met de toepassing.	— De toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners nam af wanneer de leeftijd vorderde (Ruths et al., 2001) — Vrouwelijke verpleeghuisbewoners werd vaker antidepressiva voorgeschreven (Ruths et al., 2001) — Er werd vaker neuroleptica voorgeschreven aan mannelijke verpleeghuisbewoners (bivariate analyse), dit kan verklaard worden door de jongere leeftijd van mannen ten opzichte van vrouwen. (Ruths et al., 2001)

Review risicofactoren verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 14: review risicofactoren verstandelijk gehandicaptenzorg

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	Type en doel(-groep) van de studie/review	Risicofactoren
Restraint of adults with intellectual disabilities: A critical review of the prevalence and characteristics associated with its use Fitton & Jones, 2020	Prevalentie van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking en de kenmmerken die geassocieerd zijn met de toepassing.	Client factoren die mogelijk bijdragen aan de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Fitton & Jones, 2020): — Cliënten die communiceren via gebarentaal. — Cliënten die aangetast spraakvermogen hebben. — Cliënten met lagere ADL-scores en lager functioneren m.b.t. sociale interactie. — Cliënten met een hoger IQ en 'ontwikkelingsleeftijd' — Cliënten die probleemgedrag vertonen zoals: o Ongepast 'geluid' maken: schreeuwen, vloeken, nonsens spreken. o Niet aan of uitgekleed willen worden. o Excessief om aandacht vragen o Het onbekende afwijzen. o Fysieke agressie o Asociaal gedraag o Destructief gedrag. o Zichzelf of anderen pijn doen. Personeel en organisatie — Werkdruk van personeel was hoger bij cliënten waarbij fysieke vrijheidsbeperking werd toegepast (Lundström et al., 2011) — Een hogere ratio tussen 'senior staff' en bewoners was geassocieerd met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Emerson et al., 2000) — Cliënten met een 'formulier voor een de escalatie interventie' en 'functionele beoordeling' werden eerder blootgesteld aan fysieke vrijheidsbeperking (Merineau-Cote and Morin, 2013) — Cliënten die gebruik maken van 'National Health Services (NHS)' (Emerson et al., 2000) — Cliënten die leven in 'woonvormen' (Emerson et al., 2000) — Cliënten die gebruik maken diensten die hoge kosten hebben (Emerson et al., 2000) Inconsistent bewijs: — Cliënten met een sociale achterstand die moeilijkheden hebben met communiceren. — Cliënten die een fysieke beperking hebben zoals: verminderd zicht, spasticiteit en verminderd loopvermogen. Tegenstrijdig bewijs (Lundström, 2011 concludeert dit, Sturmey, 2009 vindt dit echter niet terug). — Cliënten met een psychiatrische diagnose. — Cliënten die man zijn (maar 2 studies die dit concluderen) — De leeftijd van cliënten: sommige studies concluderen dat een oudere leeftijd een risico factor is, andere studies concluderen dat een jongere leeftijd een risico factor is.

Individuele studies risicofactoren verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 15: individuele studies risicofactoren verstandelijk gehandicaptenzorg

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de studie/review**	**Risicofactoren**
Predictors of Restrictive Reactive Strategy Use in People with Challenging Behaviour Allen, 2009	Het verkennen van voorspellende factoren voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking, afzondering en psychofarmaca in een grote onderzoekspopulatie van kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking in zuid-Wales	Fysieke vrijheidsbeperking • Gebruik maken van de 'Mental health act' • Een gedragsplan hebben voor agressie • Destructief gedrag • Leeftijd (jonger) • Adaptief gedrag Afzondering • Opname (out of area placement) • Destructief gedrag • Zwaarte van het gedrag Psychofarmaca • Gebruik maken van de 'Mental health act' • Gedragsplannen voor zelfverminking • Destructief gedrag • Agressie • Leeftijd (ouder)
Prevalence of psychotropic medication use and association with challenging behaviour in adults with an intellectual disability. A total population study Bowring et al. 2017	Het achterhalen van de prevalentie van psychofarmaca bij volwassenen met een verstandelijke beperking en de factoren die ermee geassocieerd zijn.	Factoren voor psychofarmaca na GLM • Psychiatrische stoornis (RR = 3.725; 95% CI 2.68 tot 5.178; P < 0.001), • Probleemgedrag (RR = 1.565; 95% CI 1.074 tot 2.282; P = 0.02) • Living in paid/congregate care (RR = 1.542; 95% CI 1.082 to 2.196; P = 0.016) • Oudere leeftijd (RR = 1.023; 95% CI 1.013 tot 1.034; P < 0.001).
Prevalence of psychotropic medication and factors associated with antipsychotic treatment in adults with intellectual disabilities: a cross-sectional, epidemiological study in Germany Koch et al. 2021	Het vaststellen van de prevalentie van de toepassing van psychofarmaca en de kenmerken die geassocieerd zijn met de toepassing van antipsychotica.	Het relative risico voor de toepassing van antipsychotica bij cliënten met een verstandelijke beperking is groter wanneer: — Cliënten in een woonvorm wonen — Cliënten gediagnosticeerd zijn met autisme — Cliënten een psychiatrische diagnose hebben volgens het EPD, dat een bepaald niveau overschreidt. — Cliënten die probleemgedrag vertonen, onafhankelijk van de zwaarte van dit gedrag.

Polypharmacy and psychotropic polypharmacy in adults with intellectual disability: a cross-sectional total population study McMahon, 2020	Het vaststellen van de prevalentie en voorschrijfpatronen van polyfarmacie en psychotrope polyfarmacie bij cliënten met een verstandelijke beperking. Het onderzoeken van de realtie tussen polyfarmacie en psychotrope polyfarmacie en SES, gezondheid en demografische variabelen.	Factoren die geassocieerd zijn met polyfarmacie van psychofarmaca (meerdere types van psychofarmaca worden samen voorgeschreven): — Cliënten die ouder dan 50 jaar zijn — Cliënten die werkeloos zijn — Cliënten die een lage Sociaal Economische Status (SES) hebben — Cliënten met Down syndroom — Cliënten met een psychiatrische diagnose — Cliënten met meer ICD 10- condities (meer gezondheidsproblemen)
Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland O'Dwyer et al. 2017	Het vaststellen van de demografische en klinische factoren die geassocieerd zijn met de toepassing van psychofarmaca en psychotrope polyfarmacie	Factoren die geassocieerd zijn met de toepassing van psychofarmaca: — Cliënten die ooit gediagnosticeerd zijn met een psychiatrische aandoening is geassocieerd met psychofarmaca en psychotrope polyfarmacie — Cliënten die leven in een woonvorm — Cliënten met een zwaardere verstandelijke beperking lopen een groter risico op het toegeschreven krijgen van psychofarmaca
Factors associated with long-term use of restrictive interventions Richardson et al. 2019	De focus van de studie lag bij het achterhalen van de duur van de toepassing van onvrijwillige zorg en welke factoren het risico op langdurige toepassing vergroten.	Risicofactoren voor doorgaand gebruik van 'restraint' — Het meer toepassen van fysieke vrijheidsbeperking is een indicator voor blijvend gebruik van fysieke vrijheidsbeperking — De toepassing van psychofarmaca is ook een indicator voor blijvend gebruik van fysieke vrijheidsbeperking. — Cliënten die gediagnosticeerd zijn met autisme — Cliënten die aangetast spraakvermogen hebben.
Psychotropic medication use in adults with intellectual disability in Queensland, Australia, from 1999 to 2015: a cohort study Song et al. 2020	Het onderzoeken van de toepassing van psychofarmaca, initiatie, afbouwen en factoren die geassocieerd zijn met de toepassing bij cliënten met een verstandelijke beperking.	Factoren geassocieerd met de toepassing van psychtrope medicatie: — Probleemgedrag — Psychiatrische ziekte

Correlates of restraint use in an institutional population: a replication Sturmey et al. 2005	Het evalueren van de relatie tussen probleemgedrag en de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking over een periode van 12 maanden in een grote zorginstelling voor volwassenen met een zware verstandelijke beperking.	Univariate analyse, de groep waarbij fysieke vrijheidsbeperking is toegepast had significant meer: — Angsten — Pervasieve ontwikkelingstoornissen (PDD-NOS) — Schizofrenie — 'elimination disorder' ongepast elimineren van urine en feces. — 'Stereotypy (tics) zoals wiebelen — Impulse control disorder: Moeite met het in bedwang houden van emoties of gedragingen ABC score: Cliënten waarbij fysiek vrijheidsbeperking werd toegepast hadden hogere scores op het gebied van: — prikkelbaarheid — Stereotypy (tics) — En hyperactiviteit Discriminant function analyse, stapsgewijze multiple regressie model Alleen prikkelbaarheid (ABC) en 'elimination disorder' (DASH-II) voorspelde significant 'group membership
Factors associated with the use of mechanical restraint in disability services Webber et al. 2019	Het onderzoeken van de associaties tussen de toepassing van mechanische vrijheidsbeperking en cliënt- en organisatiekenmerken.	Factoren die bijdragen aan het gebruik van mechanische vrijheidsbeperking: — Cliënten met een gehoorbeperking — Cliënten met een fysieke beperking — Cliënten die moeilijker kunnen communiceren — Cliënten met een neurologische beperking — Cliënten met een visuele beperking — Cliënten die ook autisme hebben

Onderstaand volgt de onderbouwing voor de bovengenoemde aanbevelingen. De onderbouwing bestaat uit (1) een overzicht van risicofactoren uit eerder publiceerde richtlijnen, rapporten en tools en (2) een overzicht van bekende risicofactoren uit de wetenschappelijke literatuur.

Eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools die uitspraken doen over risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg.

De eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools, richten zich voornamelijk op de langdurige ouderenzorg. Van de negen richtlijnen gaan er drie in op risicofactoren. Deze drie richtlijnen beschrijven factoren die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking vergroten bij ouderen. De geïdentificeerde richtlijnen, rapporten en tools beschrijven dus geen factoren die het risico op de toepassing van psychofarmaca of dwang vergroten bij ouderen en

voor cliënten met een verstandelijke beperking is er ook geen informatie uit richtlijnen beschikbaar met betrekking tot factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten.

De Drie richtlijnen die factoren beschrijven die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen vergroten:

a) Streven naar een fixatiearme thuiszorg, KU leuven (Scheepmans et al., 2016)
b) Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2012)
c) Evidenzbasierte praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in der beruflichen altenplege (Köpke et al., 2015)

Risicofactoren voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen uit eerder gepubliceerde richtlijnen.

Cliëntgebonden kenmerken fysieke vrijheidsbeperking

- Beperkte mobiliteit (a & b) *
- Verhoogd valrisico/angst voor vallen (a, b & c)
- Verminderd cognitief functioneren (dementie) (a&b)
- Delirium (b)
- Hoge lichamelijke afhankelijkheid (a, b & c)
- Gedragsproblematiek (zoals agressie en angst) (a, b & c))
- Ouder worden (b)
- Verminderde communicatie bij de cliënt (b)
- Achteruitgang in gehoor en/of visus (b)
- Incontinentie van urine en stoelgang (b)
- Sundowning syndroom (rustelozer zijn aan het einde van de middag) (b)
- Gebruik van medicatie (psychofarmaca en polyfarmacie) (b)
- Onvervulde behoeften zoals angst, honger/dorst en pijn (b)
- Dwalen (c)

(Informele) zorgverlener kenmerken (a)

- Misvatting van de zorgverlener omtrent fysieke fixatie zoals zogenaamd afdoend middel bij een verhoogd valrisico bij de patiënt (a)
- Misvatting van de zorgverlener dat fysieke fixatie vereist is omwille van de morele verplichting om personen tegen schade te beschermen (a)
- Onvoldoende bewustzijn en gebrek aan kennis over de negatieve gevolgen en/of alternatieven voor fysieke fixatie (a)
- Routinegedrag: bijvoorbeeld het overnemen van gewoontes wanneer een patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen of wanneer een zorgverlener de vaste zorgverlener vervangt en de aanwezige middelen overneem (a)
- Juridische verantwoordelijkheid personeel en vrees voor gerechtelijke vervolging (a & c)

- Negatieve en/of paternalistische houding ten aanzien van patiënten (a)
- Voorkomen van onderbreking medicatie of behandeling (c)

Organisatie- en (sociale-)omgevingskenmerken

- Personeelsbezetting (a & c)
- Afwezigheid van (a):
    - Een duidelijk beleid omtrent het gebruik van fysieke fixatie
    - Multidisciplinaire betrokkenheid bij besluitvorming
    - Proactief communicatiebeleid
    - Een zorgcultuur waarin patiëntgerichte zorg centraal staat
- Muziek/geluid (a)
- Temperatuur (a)
- Onbekende omgeving (a)
- Vrede bewaren in de zorgomgeving (c)

* (a) = alleen in Belgische richtlijn
* (b) = alleen in Canadese richtlijn
* (c) = alleen in Duitse richtlijn
* (a & b) = zowel in Belgische richtlijn als Canadese richtlijn
* (a & c) = zowel in Belgische richtlijn als Duitse richtlijn
* (b & c) = zowel in Duitse richtlijn als Canadese richtlijn
* (a, b & c) = zowel in Nederlandse, Duitse en Canadese richtlijn.

Wetenschappelijke literatuur

Ouderenzorg

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van <u>fysieke vrijheidsbeperking</u> vergroten bij oudere cliënten (met een psychogeriatrische aandoening).

Cliëntgebonden kenmerken

Afhankelijkheid bij het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)

ADL-afhankelijkheid wordt door zowel reviews (H. Hofmann & Hahn; L. Pu & Moyle) en geïdentificeerde individuele artikelen beschreven als factor die geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Estévez-Guerra et al., 2017; Heeren et al., 2014; Huang, Huang, Lin, & Kuo, 2014; Kuronen, Kautiainen, Karppi, Hartikainen, & Koponen, 2017; Lam, Kwan, Kwan, et al., 2017; Sirin, Castle, & Smyer, 2002). Scheepmans en collega's (2019) onderbouwt deze associatie voor thuiswonende ouderen (Scheepmans et al., 2019).

Beperkte mobiliteit

Twee reviews beschrijven dat een beperkte mobiliteit geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Hedi Hofmann & Hahn, 2014; Lihui Pu & Moyle, 2020) (Hofmann & Hahn, 2014; Pu & Moyle, 2020). Verder concluderen ook individuele

studies dat een beperkte mobiliteit geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners(Hamers, Gulpers, & Strik, 2004; Heeren et al., 2014; Sirin et al., 2002; J. Wang, Liu, Zhao, Xiao, & Peng, 2021) en verpleeghuisbewoners met dementie (Karlsson, Bucht, Eriksson, & man, 2001). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Onbegrepen gedrag/ neuro psychiatrische symptomen

Hoffman & Hahn (2014) beschrijven in een review dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking geassocieerd is met agressie, fysieke agitatie, en repetitief gedrag bij verpleeghuisbewoners (Hedi Hofmann & Hahn, 2014). Individuele studies beschrijven ook dat agressief gedrag bij verpleeghuisbewoners (ook met dementie: (Karlsson et al., 2001) een risico factor is voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Heeren et al., 2014; Karlsson et al., 2001; J. Wang et al., 2021). Verder worden ook psychoses (Kuronen et al., 2017), desoriëntatie in plaats (Heinze, Dassen, & Grittner, 2012b), slecht humeur (Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017) en neuro psychiatrische symptomen benoemd als risicofactoren voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Kuronen et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Cognitieve beperking

Het hebben van een cognitieve beperking is geassocieerd met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. Voor verpleeghuisbewoners wordt dit onderbouwt door de review van Hofmann & Hahn (2014) en door individuele studies (Estévez-Guerra et al., 2017; Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017; Sirin et al., 2002; J. Wang et al., 2021). Scheepmans en collega's (2019) vonden dezelfde associatie bij thuiswonende ouderen (Scheepmans et al., 2019).

Valrisico

Hofmann & Hahn (2014) beschrijven dat een (groter) valrisico geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Hedi Hofmann & Hahn, 2014). De beschreven associatie wordt onderbouwt door individuele studies(Heeren et al., 2014; Sirin et al., 2002; J. Wang et al., 2021). Scheepmans en collega's beschrijven dat valrisico als ervaren door verpleegkundigen geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij thuiswonende ouderen (Scheepmans et al., 2019).

Leeftijd

Leeftijd wordt door een review (Hedi Hofmann & Hahn, 2014) en twee individuele studies (Heinze et al., 2012b; Lam, Kwan, Kwan, et al., 2017) beschreven als factor die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking beïnvloedt bij verpleeghuisbewoners. Hofman & Hahn (2014) beschrijven in hun review dat de resultaten echter inconsistent zijn (Hedi Hofmann & Hahn, 2014). Ditzelfde beeld is te bemerken in de individuele studies Heinze en collega's (2011) beschrijven dat fysieke vrijheidsbeperking vaker werd toegepast bij verpleeghuisbewoners die jonger zijn, terwijl Lam en collega's (2017) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met een oudere leeftijd (Heinze, Dassen, & Grittner, 2012a; Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Mannelijke verpleeghuisbewoners

Hoffman & Hahn (2014) beschrijven in een review dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking geassocieerd is met het zijn van een mannelijk verpleeghuisbewoner (Hedi Hofmann & Hahn, 2014).

Verpleeghuisbewoners die hun voedingssonde willen uittrekken

Hoffman & Hahn (2014) beschrijven in een review dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking geassocieerd is met verpleeghuisbewoners die hun voedingssonde willen uittrekken(Hedi Hofmann & Hahn, 2014).

Grotere zorgafhankelijkheid

Verschillende individuele studies beschrijven dat een grotere zorgafhankelijkheid geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Jun Wang, Liu, Peng, Xiao, & Zhao, 2020) (Hamers et al., 2004; Heinze et al., 2012b). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Incontinentie

De toepassing van fysieke vrijheidsbeperking wordt door twee individuele studies beschreven als geassocieerd met incontinentie van urine (Heinze et al., 2012a; Lam, Kwan, Kwan, et al., 2017) en stoelgang (Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Een katheter

Wang en collega's (2020) beschrijven op basis van een observationele cross-sectionele studie een associatie tussen het hebben van een katheter (indwelling tube) en de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Jun Wang et al., 2020). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Toepassing van psychofarmaca

Kuronen en collega's (2017) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met het gebruik van psychofarmaca van deze bewoners (Kuronen et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

De diagnose dementie

Lam en collega's (2017) beschrijven op basis van een observationele studie dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met de diagnose dementie(Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Zorgverlener gerelateerde kenmerken

Positieve attitude

Op basis van een observationele cross-sectionele studie beschrijven Wang en collega's (2021) dat een positieve attitude bij zorgverleners geassocieerd is met een grotere intentie om fysieke vrijheidsbeperking toe te passen bij verpleeghuisbewoners (J. Wang et al., 2021).

Leeftijd van primaire zorgverlener

Huang en collega's beschrijven op basis van een epidemiologische survey dat een lagere leeftijd van de primaire zorgverlener geassocieerd is met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Huang et al., 2014).

Het welzijn van de informele zorgverleners

Scheepmans en collega's (2019) beschrijven op basis van een secundaire analyse van een cross-sectionele studie dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij thuiswonende ouderen geassocieerd is met het afgenomen welzijn van de informele zorgverlener (Scheepmans et al., 2019).

Organisatiekenmerken

Een hogere bezetting/meer bedden in een verpleeghuis

Castle (2002) en later Wagner en collega's (2013) beschrijven op basis van een analyse van nationale data (US) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in een instelling waarschijnlijker is wanneer het verpleeghuis een hogere bezetting (N. G. Castle & Castle, 2002) of meer bedden heeft (Wagner, McDonald, & Castle, 2013).

Personeelsamenstelling

Castle (2002) en later Wagner en collega's (2013) beschrijven op basis van een analyse van nationale data (US) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in een instelling waarschijnlijker is wanneer er meer verzorgenden (nursing assistants) per 100 bewoners waren (Nicholas G Castle, 2002; Wagner et al., 2013).

ADL-scores van bewoners

Castle (2002) beschrijft op basis van een analyse van nationale data (US) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in een instelling waarschijnlijker is wanneer meer bewoners fysiek beperkt zijn (lagere ADL scores) (Nicholas G Castle, 2002).

Meer bewoners met dementie

Wagner en collega's (2013) beschrijven op basis van een analyse van nationale data (US) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in een instelling waarschijnlijker is wanneer meer bewoners dementie hebben (Wagner et al., 2013).

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van psychofarmaca vergroten bij ouderen cliënten (met een psychogeriatrische aandoening)

Cliëntgebonden kenmerken

Gedragsproblematiek en/of gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie

Neuro psychiatrische symptomen en gedragsproblematiek in het algemeen

Een zestal studies beschrijven dat de toepassing van psychofarmaca bij voornamelijk verpleeghuisbewoners met dementie geassocieerd is met verschillende neuropsychiatrische symptomen en gedragsproblematiek in het algemeen (de Mauleon et

al., 2014; Kamble, Chen, Sherer, & Aparasu, 2009; Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017; Nobili et al., 2009; Sørensen, Foldspang, Gulmann, & Munk-Jørgensen, 2001; Terada et al., 2019).

Angsten

De toepassing van psychofarmaca (Draper et al., 2001) en specifieker atypische antipsychotica (Kamble et al., 2009) en anxiolytica (Smeets et al., 2018) als vormen van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie is geassocieerd met het ervaren van angsten. Alanen en collega's (2008) beschrijven in hun studie dat ook voor thuiswonende ouderen het hebben van angsten en waanideën geassocieerd is met de toepassing van psychofarmaca en specifiek antipsychotica (H.-M. Alanen et al., 2008).

Delier

Lam en collega's beschrijven op basis van een observationele studie dat de toepassing van chemische vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met delier (Lam, Kwan, Kwan, et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Rusteloosheid

Een viertal studies beschrijven rusteloosheid en fysiek niet agressief gedrag zoals ijsberen als risicofactor voor de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners (ook met dementie) (Mann, Köpke, Haastert, Pitkälä, & Meyer, 2009; Petek Šter & Cedilnik Gorup, 2011; Smeets et al., 2018; Van der Putten, Wetzels, Bor, Zuidema, & Koopmans, 2014). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Agressie, agitatie en grof gedrag

Elf studies beschrijven dat de agressie, agitatie en grof gedrag geassocieerd is met de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners en verpleeghuisbewoners met dementie (Kleijer et al., 2014; Lindesay, Matthews, & Jagger, 2003; Monette et al., 2012; Mulders et al., 2019; Nijk et al., 2009; Resnick et al., 2021; Smeets et al., 2018; Van der Putten et al., 2014; van der Spek et al., 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Depressie en apathie

De toepassing van psychofarmaca is geassocieerd met depressie of depressieve symptomen bij verpleeghuisbewoners (Azermai, Elseviers, Petrovic, van Bortel, & Vander Stichele, 2011; Kamble et al., 2009) en verpleeghuisbewoners met dementie (Kim & Whall, 2006; Mulders et al., 2019; Nishtala, McLachlan, Bell, & Chen, 2009). Verder is ook apatisch gedrag geassocieerd met de toepassing van psychofarmaca en antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie (Mulders et al., 2019; Nijk et al., 2009). Ook voor thuiswonende ouderen is depressie geassocieerd met het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca (Rikala, Korhonen, Sulkava, & Hartikainen, 2011) en specifiek antipsychotica (H. Alanen et al., 2008).

Slapeloosheid en nachtelijk abnormaal gedrag

Verpleeghuisbewoners die last hebben van slapeloosheid lopen een groter risico op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Azermai et al., 2011). Mulders en collega's beschrijven dat verpleeghuisbewoners met young onset dementia die nachtelijk abnormaal gedrag vertonen geassocieerd is met de toepassing van hypnotica (Mulders et al., 2019). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Cognitieve beperking

Cognitieve beperking/ een verminderde besluitvormingscapaciteit bij verpleeghuisbewoners en verpleeghuisbewoners met dementie is een risicofactor voor de toepassing van psychofarmaca (Mann et al., 2009; Nijk et al., 2009), chemische vrijheidsbeperking (Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017), antipsychotica (Kamble et al., 2009; Kuroda et al., 2019; Lindesay et al., 2003; Nijk et al., 2009), Off-label antipsychotica (Mansbach, Mace, Clark, Firth, & Breeden, 2016), antidepressiva (Nijk et al., 2009) en Neuroleptica (Sørensen et al., 2001). Ook voor thuiswonende ouderen is er een associatie gevonden voor de toepassing van psychofarmaca (Rikala et al., 2011) en antipsychotica (H. Alanen et al., 2008; Kuroda et al., 2019) wanneer er sprake is van cognitieve beperking.

Leeftijd (inconsistent)

Leeftijd als risicofactor voor de toepassing van psychofarmaca bij ouderen is een vaak terugkomende factor. Deze factor is echter inconsistent. Verschillende studies beschrijven een associatie tussen de toepassing van psychofarmaca en 'jongere' ouderen, andere studies beschrijven een associatie tussen de toepassing van psychofarmaca en 'oudere' ouderen.

Jongere ouderen

Jongere verpleeghuisbewoners, in deze studies vaker uitgedrukt als ouderen in een lagere leeftijdscategorie en in vergelijking met een oudere leeftijdscategorie liepen een groter risico op het toegepast krijgen van psychofarmaca (Azermai et al., 2011; Nijk et al., 2009; Nørgaard, Jensen-Dahm, Gasse, Hansen, & Waldemar, 2016) (Draper et al., 2001; Petek Šter & Cedilnik Gorup, 2011; Sabine Ruths et al., 2013). Andere studies beschrijven dat oudere ouderen minder risico lopen of psychofarmaca vaker juist wordt toegepast (Alessi-Severini, Dahl, Schultz, Metge, & Raymond, 2013; Kuroda et al., 2019; Straand Ruths, Straand, & Nygaard, 2001; van der Spek et al., 2018). Ook voor thuiswonende ouderen is er een associatie gevonden tussen de jongere leeftijdscategorieën en het meer toepassen van psychofarmaca (Alessi-Severini et al., 2013; Nørgaard, Jensen-Dahm, Gasse, Hansen, & Waldemar, 2017).

Oudere ouderen

Een vijftal studies beschrijft dat oudere verpleeghuisbewoners een groter risico lopen op het (onjuist) voorgeschreven krijgen van psychofarmaca (de Mazières, Lapeyre-Mestre, Vellas, de Souto Barreto, & Rolland, 2015; Lam, Kwan, Wai Kwan, et al., 2017; Mansbach et al., 2016; Richter, Mann, Meyer, Haastert, & Köpke, 2012; Sørensen et al., 2001). Ook voor thuiswonende ouderen is het gebruik van psychofarmaca geassocieerd met de oudere leeftijdscategorie (Rikala et al., 2011).

De diagnose dementie

De toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners is geassocieerd met de diagnose dementie (H. Alanen et al., 2008; Alessi-Severini et al., 2013; Allers, Dörks, Schmiemann, & Hoffmann, 2017; Azermai et al., 2011; Brimelow, Wollin, Byrne, & Dissanayaka, 2019; de Mauleon et al., 2014; de Mazières et al., 2015; Kuroda et al., 2019; Mamun, Goh-Tan, & Ng, 2003; Shah, Carey, Harris, Dewilde, & Cook, 2011). Ook voor thuiswonende ouderen is de diagnose dementie geassocieerd met de toepassing van psychofarmaca (Kuroda et al., 2019) (Alessi-Severini et al., 2013; Shah et al., 2011). Twee studies beschrijven verder dat het type dementie van invloed is op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Mulders et al., 2016; Terada et al., 2019).

Geslacht (inconsistent)

Er is inconsistent bewijs voor geslacht als risicofactor voor de toepassing van psychofarmaca. 6 studies beschrijven dat mannen meer risico lopen op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca of een specifiek type psychofarmaca en in 7 studies lopen vrouwen meer risico op het voorgeschreven krijgen van psychofarmaca of een specifiek type psychofarmaca.

Mannen

In verschillende studies liepen mannen meer risico op de toepassing van psychofarmaca (Mulders et al., 2019) (Richter et al., 2012) en specifiek antipsychotica (Alessi-Severini et al., 2013; Kamble et al., 2009), antidepressiva (Sørensen et al., 2001) en neuroleptica (Straand Ruths et al., 2001). Ook voor thuiswonende ouderen is er een associatie gevonden tussen het mannelijke geslacht en het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Alessi-Severini et al., 2013).

Vrouwen

Uit verschillende studies blijkt dat vrouwelijke verpleeghuisbewoners en in sommige gevallen vrouwelijke verpleeghuisbewoners met dementie meer risico lopen op het toegepast krijgen van psychofarmaca (Petek Šter & Cedilnik Gorup, 2011; Sabine Ruths et al., 2013; Selbæk et al.), antidepressiva (Nijk et al., 2009; Straand Ruths et al., 2001), psychotrope polyfarmacie (Nørgaard et al., 2017; Nyborg, Brekke, Straand, Gjelstad, & Romøren, 2017). Ook voor thuiswonende oudere vrouwen met dementie is er een associatie gevonden voor specifiek een hogere kans op het gebruik van psychotrope polyfarmacie (Nørgaard et al., 2017).

ADL-afhankelijkheid

Op basis van de onderstaande artikelen lijkt ADL-afhankelijkheid geassocieerd te zijn met de toepassing van psychofarmaca. Echter lijkt het risico op de toepassing van psychofarmaca weer af te nemen wanneer de persoon zo ADL afhankelijk is dat er geen psychofarmaca meer nodig is. Kamble en collega's (2009) beschrijven dat de waarschijnlijkheid voor het voorgeschreven krijgen van atypische antipsychotica afneemt wanneer de ADL-afhankelijkheid toeneemt bij verpleeghuisbewoners met dementie (Kamble et la., 2009). Lindesay en collega's beschrijven dat lagere ADL-afhankelijkheid geassocieerd is met het gebruik van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners (Lindesay et al., 2003). Nyborg en collega's (2017) beschrijven dat verpleeghuisbewoners met de beste score op de ADL schaal een hoger risico lopen op het

voorgeschreven krijgen van psychotrope polyfarmacie (Nyborg et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Zorgafhankelijkheid

Een hogere zorg zwaarte/zorgafhankelijkheid is geassocieerd met de toepassing van psychofarmaca (Richter et al., 2012) en specifieker antipsychotica (Allers et al., 2013) bij verpleeghuisbewoners.

Langdurige zorg in instelling

De toepassing van psychotrope polyfarmacie (Nyborg et al., 2017), psychofarmaca zoals antipsychotica (Kuroda et al., 2019; Smeets et al., 2018) is geassocieerd met gebruikmaken van langdurige zorg in het verpleeghuis. Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Het hebben van een wettelijke voogd

Mann en collega's beschrijven op basis van een cross-sectionele studie een associatie tussen het hebben van een wettelijk voogd als verpleeghuisbewoners en een omgekeerde associatie met het voorgeschreven krijgen van antipsychotica (Mann et al., 2009). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Valrisico

Lam en collega's (2017) beschrijven op basis van een observationele studie dat de toepassing van chemische vrijheidsbeperking geassocieerd is met vallen bij verpleeghuisbewoners (Lam et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Meer gebruik van psychofarmaca resulteert in aanhoudend gebruik

Rikala en collega's beschrijven op basis van een prospectieve cohortstudie dat het gebruik van minimaal twee soorten psychofarmaca geassocieerd is met het aanhoudend gebruik van psychofarmaca bij thuiswonende ouderen die ouder dan 75 jaar zijn (Rikala et al., 2011). Er is geen studie geïdentificeerd voor de verpleeghuiszorg.

Meer medicatie

Petek Ster en collega's (2011) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat psychofarmaca vaker werd voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners die vaker medicatie voorgeschreven krijgen (Petek Ster et al., 2011). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Voedingssonde

Lam en collega's (2017) beschrijven op basis van een observationele studie dat de toepassing van chemische vrijheidsbeperking geassocieerd is met het gebruik van een voedingssonde (Lam et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Zorgverlener kenmerken

Werkdruk

Hypnotica en anxiolytica werd minder gepast voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners met dementie wanneer artsen of verpleegkundigen meer werkdruk ervaarden (Van der Spek et al., 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Opleidingsniveau

Janus en collega's (2017) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat lager opgeleide verpleegkundigen eerder antipsychotica aanvragen voor verpleeghuisbewoners met dementie (Janus et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Positieve attitude en uitkomstverwachting

Ludwin & Meeks (2018) beschrijven op basis van een exploratieve studie dat verpleegkundigen met een positieve attitude en hogere uitkomstverwachting van het effect, een grotere intentie hebben om te starten met antipsychotica bij verpleeghuisbewoners (Ludwin & Meeks, 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Etniciteit zorgverlener

Ludwin & Meeks (2018) beschrijven op basis van een exploratieve studie dat verpleegkundigen die zichzelf identificeerde als behorende tot een etnische minderheid hadden een hogere intentie om antipsychotica te initiëren bij verpleeghuisbewoners (Ludwin & Meeks, 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Geslacht voorschrijver

Petek Ster en collega's (2011) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat psychofarmaca vaker werd voorgeschreven aan verpleeghuisbewoners door mannelijk artsen (Petek Ster et al., 2011). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Organisatiekenmerken

Personeelssamenstelling

Een drietal studies beschrijven dat een associatie tussen de samenstelling van het personeel en specifiek het aantal 'Registered Nurses' (RN) en de toepassing van psychofarmaca. Cioltan en collega's (2017) beschrijven in een review dat een gebrek aan RN leidt tot een toename van de toepassing van antipsychotica en er een positieve associatie bestaat tussen het aantal verzorgenden en de toepassing van antipsychotica (Cioltan et al., 2017). Kim & Wall (2006) beschrijven dat wanneer er minder RN uren waren binnen de organisatie er meer psychofarmaca werd toegepast bij verpleeghuisbewoners met dementie. Een vergelijkbaar beeld komt voort uit de studie van Castle & Engberg (2007) waarin beschreven wordt dat wanner er meer RN aanwezig zijn in het verpleeghuis het minder waarschijnlijk is dat het verpleeghuis een registratie krijgt voor het verkeerd of te veel voorschrijven van psychofarmaca (Castle & Engberg, 2007). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Aantal personeelsleden

> *Lage bezetting*: Cioltan en collega's (2017) beschrijven in een review over verpleeghuizen dat een lage bezetting van personeel positief geassocieerd was met het gebruik van psychofarmaca (Cioltan et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg

Meer artsen meer voorschrijven: Laffon de Mazieres en collega's (2015) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie naar organisatorische factoren dat verpleeghuisbewoners een grotere kans hebben op het onjuist voorgeschreven krijgen van neuroleptica wanneer er meer dan 30 artsen per 100 bedden zijn in vergelijking met minder 10 artsen per 100 bedden. Dit kan voortkomen door een bemoeilijkte communicatie wanneer er meer artsen beschikbaar zijn. (Laffon de Mazieres et al., 2015). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Meer artsen minder voorschrijven: Smeets en collega's (2018) beschrijven op basis van een cross-sectionele observatie studie dat et voorschrijven van antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementieminder is waarschijnlijk wanneer er meer artsen beschikbaar zijn (Smeets et al., 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Status/type en soort zorginstelling

Het zelf bekostigen van het verblijf in het verpleeghuis is geassocieerd met de toepassing van antipsychotica (Cioltan et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Er werd meer antipsychotica voorgeschreven in verpleeghuizen met winstoogmerk (Frankenthal et al., 2016). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Onafhankelijk eigenaarschap en minimale competitie was positief geassocieerd met het gebruik van santipsychotica (Cioltan et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Uitwerking van verplichte registratie kwaliteitsindicatoren fysieke vrijheidsbeperking

Cioltan en collega's (2017) beschrijven in een review dat het verplicht registreren van kwaliteitsindicatoren voor fysieke vrijheidsbeperking positief geassocieerd is met de toepassing van antipsychotica. Mogelijk wordt antipsychotica als alternatief gebruik voor fysieke vrijheidsbeperking (Cioltan et al., 2017). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Grootte van het verpleeghuis

In grotere verpleeghuizen werd vaker psychofarmaca voorgeschreven of een registratie voor verkeerd en te veel voorschrijven genoteerd (Petek Ster et al., 2011; Castle & Engberg, 2007). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Wonen in achtergestelde wijken

Shah en collega's (2011) beschrijven op basis van een cross-sectionele observationele studie dat thuiswonende ouderen een groter risico lopen op het voorgeschreven krijgen van antipsychotica wanneer ze in de meest achtergestelde wijken wonen (Shah et al., 2011).

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van dwang vergroten bij ouderen.

Er zijn geen studies geïdentificeerd die organisatiekenmerken die mogelijk geassocieerd zijn met de toepassing van dwang onderzoeken.

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten bij ouderen.

Bovenstaand gaan de studies in op de risicofactoren voor specifiek fysieke vrijheidsbeperking en psychofarmaca. In de wetenschappelijke literatuur is er vanuit verschillende werelddelen ook aandacht voor onvrijwillige zorg als concept. Onderstaand een overzicht van de factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen vergroten.

Cliëntgebonden kenmerken

ADL-afhankelijkheid

Kirkevold en collega's (2004) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van onvrijwillige zorg (constraints) bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met een ADL-beperking (Kirkevold et al., 2004). Ook bij thuiswonende ouderen met een cognitieve beperking wordt de toepassing van onvrijwillige zorg in meerdere studies geassocieerd met ADL-afhankelijkheid (Hamers et al., 2016; Mengelers et al., 2020; Moermans et al., 2018).

Cognitieve beperking

De toepassing van onvrijwillige zorg bij thuiswonende ouderen is geassocieerd met het hebben van een cognitieve beperking (Hamers et al., 2016; Mengelers et al., 2020; Moermans et al., 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de verpleeghuiszorg.

Alleen wonen

Hamers en collega's (2016) en later Mengelers en collega's (2020) beschrijven dat de toepassing van onvrijwillige zorg bij thuiswonende ouderen met een cognitieve beperking geassocieerd is met alleenstaand zijn/alleen wonen (Hamers et al., 2016; Mengelers et al., 2020).

Diagnose dementie en zwaarte dementie

Hamers en collega's (2016) beschrijven op basis van een cross-sectionele survey een associatie tussen de diagnose dementie en de toepassing van onvrijwillige zorg bij thuiswonende ouderen (Hamers et al., 2016). Voor de verpleeghuiszorg beschrijven Kirkevold en collega's (2004) op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van onvrijwillige zorg (constraints) geassocieerd is met de zwaarte van dementie (Kirkevold et al., 2004).

Agressie

Kirkevold en collega's (2004) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van onvrijwillige zorg (constraints) bij verpleeghuisbewoners geassocieerd is met het vertonen van agressie (Kirkevold et al., 2004). Er is geen studie geïdentificeerd voor de thuiszorg.

Leeftijd

Moermans en collega's beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van onvrijwillige zorg bij thuiswonende ouderen geassocieerd is met een jongere leeftijd (jonger maar boven de 60 jaar oud) (Moermans et al., 2018). Er is geen studie geïdentificeerd voor de verpleeghuiszorg.

Zorgverlener kenmerken

Ervaren belasting informele zorgverlener

In drie studies bij thuiswonende ouderen met een cognitieve beperking wordt de toepassing van onvrijwillige zorg geassocieerd met de ervaren belasting van informele zorgverleners (Hamers et al., 2016; Mengelers et al., 2020; Moermans et al., 2018).

Organisatiekenmerken

Er zijn geen studies geïdentificeerd die organisatiekenmerken die mogelijk geassocieerd zijn met de toepassing van onvrijwillige zorg onderzoeken.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking vergroten bij cliënten met een verstandelijke beperking.

Cliëntgebonden kenmerken

Onbegrepen/probleemgedrag

Fitton en Jones (2020) beschrijven in een review dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking geassocieerd is met getoond onbegrepen/probleemgedrag zoals agressie, excessief om aandacht vragen, destructief gedrag, zichzelf of anderen pijn doen en asociaal gedrag. Allen en collega's (2009) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking groter is wanneer cliënten een plan voor agressief gedrag hebben en destructief gedrag vertonen (Allen et al., 2009). Sturmey en collega's (2005) beschrijven op basis van een case-by-case matched studie dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking geassocieerd is met prikkelbaarheid (op basis van de 'Aberrant Behavior Checklist) en 'elimination disorder' (ongepaste eliminatie van urine of ontlasting) (Sturmey et al., 2005).

Gehoorbeperking - spraakbeperking - visuele beperking - communiceren via gebarentaal - lage sociale interactie

Fitton en Jones (2020) beschrijven in een review dat het communiceren via gebarentaal, een aangetast spraakvermogen en laag functioneren m.b.t. sociale interactie het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking vergroot bij cliënten met een verstandelijke beperking (Fitton & Jones, 2020). Richardson en collega's beschrijven een associatie tussen aangetast spraakvermogen en de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Richardson et al., 2019). Webber en collega's (2019) beschrijven dat een gehoorbeperking, visuele beperking en moeilijk kunnen communiceren ook het risico op de toepassing van in dit geval mechanische vrijheidsbeperking verhoogd (Webber et al., 2019).

Fysiek functioneren

Fitton en Jones (2020) en Webber en collega's (2019) beschrijven dat het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking hoger is wanneer cliënten met een verstandelijke beperking ook een lichamelijke beperking heeft (Fitton & Jones et al., 2020; Webber et al., 2019).

Neurologische beperking

Webber en collega's (2019) beschrijven dat cliënten met een verstandelijke beperking die ook een neurologische aandoening hebben een groter risico lopen op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Webber et al., 2019).

Cliënten die verplicht opgenomen zijn

Allen en collega's (2009) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking groter is wanneer cliënten met een verstandelijke beperking formeel opgesloten zijn in naam van de geestelijke gezondheidswet in Engeland en Wales (Allen et al., 2009).

Zorgverlener kenmerken

Er zijn geen studies geïdentificeerd waarin zorgverlener kenmerken die mogelijk het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking vergroten onderzocht worden.

Organisatiekenmerken

In een review beschrijven Fitton en Jones (2020) op basis van twee studies een aantal organisatiekenmerken die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking vergroten:

- Een hogere werkdruk bij personeel (Lundström et al., 2011)
- Een hogere ratio tussen 'senior staff' en bewoners (Emerson et al., 2000)
- Cliënten met een formulier voor een de-escalatie interventie en functionele beoordeling (Merineau-Cote & Morin, 2013).
- Cliënten die leven in woonvormen (Emerson et al., 2000)
- Cliënten die gebruik maken van diensten met hoge kosten (Emerson et al., 2000)

Wetenschappelijke onderbouwing voor factoren die het risico op de toepassing van psychofarmaca vergroten bij cliënten met een verstandelijke beperking.

Cliëntgebonden kenmerken

Een psychiatrische diagnose

Een vijftal studies beschrijven dat cliënten met een verstandelijke beperking die een psychiatrische diagnose hebben meer risico lopen op het toegepast krijgen van psychofarmaca (Bowring et al., 2017; Koch et al., 2021 McMahon et al., 2020; Song et al., 2020; O'Dwyer et al., 2017); en psychotrope polyfarmacie (McMahon et al., 2020; O'Dwyer, 2017). Echter is het voorschrijven van psychofarmaca op basis van een psychiatrische diagnose een gegronde reden en wordt dus niet aangemerkt als onvrijwillige zorg.

Leeftijd

Een drietal studies beschrijven een associatie tussen leeftijd en de toepassing van psychofarmaca. Cliënten met een verstandelijke beperking die ouder zijn lopen een groter risico op de toepassing

van psychofarmaca (Allen et al., 2009; Bowring et al., 2017; McMahon et al., 2020) en psychotrope polyfarmacie (McMahon et al., 2020).

Cliënten die intensieve zorg krijgen

De toepassing van psychofarmaca bij cliënten met een verstandelijke beperking is geassocieerd met het krijgen van intensieve zorg: 24 uurs zorg (Bowring et al., 2017) en leven in woonvormen (Koch et al., 2021; O'Dwyer et al., 2017).

Diagnose Autisme

Koch en collega's (2021) beschrijven op basis van een cross-sectionele epidemiologische studie dat de toepassing van psychofarmaca bij cliënten met een verstandelijke beperking geassocieerd is met de diagnose Autisme (Koch et al., 2021). Richardson en collega's (2019) beschrijven voor zowel fysieke vrijheidsbeperking als psychofarmaca dat de diagnose autisme geassocieerd is met de toepassing van psychofarmaca (Richardson et al., 2019).

Formeel opgesloten zijn

Allen en collega's (2009) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat cliënten met een verstandelijke beperking een groter risico lopen op de toepassing van psychofarmaca wanneer ze formeel opgesloten zijn in naam van de geestelijk gezondheidswet in Engeland en Wales (Allen et al., 2009).

Onbegrepen/probleemgedrag

Een viertal studies beschrijven dat het risico op de toepassing van psychofarmaca groter is wanneer de cliënt met een verstandelijke beperking onbegrepen/probleemgedrag vertoont. Dit wordt beschreven als probleemgedrag in het algemeen (Bowring et al., 2017; Koch et al., 2011; Song et al., 2020) en specifiek zelfverminking, destructief gedrag en agressie (Allen et al., 2009).

Werkeloosheid

McMahon en collega's (2020) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van psychofarmaca en polyfarmacie geassocieerd is met werkeloosheid bij cliënten met een verstandelijke beperking (McMahon et al., 2020).

Lage Sociaal Economische Status (SES)

McMahon en collega's (2020) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van psychofarmaca en polyfarmacie geassocieerd is met een lage SES bij cliënten met een verstandelijke beperking (McMahon et al., 2020).

Downsyndroom

McMahon en collega's (2020) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van psychofarmaca en polyfarmacie geassocieerd is met specifiek het Downsyndroom bij mensen met een verstandelijke beperking (McMahon et al., 2020)

Meer ICD-10 condities

McMahon en collega's (2020) beschrijven op basis van een cross-sectionele studie dat de toepassing van psychofarmaca en polyfarmacie geassocieerd is met meer ICD-10 condities (meer gezondheidsproblemen) (McMahon et al., 2020).

Zwaarte van de verstandelijke beperking

O'Dwyer en collega's (2017) beschrijven op basis van een cross-sectionele observatie studie dat cliënten met een zwaardere verstandelijke beperking een groter risico lopen op de toepassing van psychofarmaca (O'Dwyer et al., 2017).

Aangetast spraakvermogen

Richardson en collega's (2019) beschrijven dat cliënten die een aangetast spraakvermogen hebben een groter risico lopen op de toepassing van psychofarmaca (Richardson et al., 2019).

Zorgverlener kenmerken

Er zijn geen studies geïdentificeerd waarin zorgverlener kenmerken die mogelijk het risico op de toepassing van psychofarmaca vergroten onderzocht worden.

Organisatiekenmerken

Er zijn geen studies geïdentificeerd waarin organisatiekenmerken die mogelijk het risico op de toepassing van psychofarmaca vergroten onderzocht worden.

Verantwoording uitgangsvraag 1.2

Het uitgangspunt voor het achterhalen van meetinstrumenten is de database 'Meetinstrumenten in de zorg'. Daarnaast zijn de websites van het Trimbosinstituut, 'Zorg voor beter' en 'werken in de ouderengeneeskunde', het handboek Dementie en verschillende richtlijnen geraadpleegd.

Verantwoording uitgangsvraag 2.1

PICO-selectiecriteria

In tabel 16 de selectiecriteria op basis van PICO om studies te kunnen selecteren die gericht zijn op het achterhalen van factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen of cliënten met een psychogeriatrische aandoening verhogen.

Tabel 16: PICO-selectie criteria uitgangsvraag 2.1

Patiënt/probleem/populatie	**A:** Thuiswonende of in het verpleeghuis wonende ouderen (55+) al dan niet met een psychogeriatrische aandoening zoals dementie OF **B:** Cliënten met een verstandelijke beperking die 18 jaar of ouder zijn en ambulante zorg krijgen of zorg in een instelling.
Interventie/blootstelling/studie	Interventies die de toepassing van onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca of dwang) verminderen. Daarbij werd er vooraf geen onderscheid gemaakt tussen een interventie op patiënt-, zorgverlener- of organisatieniveau. Het uitgangspunt zijn systematische reviews naar effectieve interventies, aangevuld met individuele interventie studies.
Controle	Gewoonlijke zorg of een andere interventie
Uitkomst	1. Het stoppen van de toepassing van onvrijwillige zorg 2. Het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg in de vorm van een lagere frequentie, kortere duur of minder ingrijpend.

Zoekstrategie

De opbouw van de zoekstrategie voor dit literatuuronderzoek bestond uit 4 delen. Deel een omvatte diverse zoektermen voor onvrijwillige zorg (bv. 'involuntary treatment', 'coercion'), Deel twee betrof termen voor effectieve interventies ('randomized controlled trial', 'intervention', 'program'), deel drie bestond uit termen die de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg beschrijven (bv. 'Nursing home', 'Home care', of 'intellectual disability', 'developmental disability'), en deel 4 omvatte termen voor de inclusie van specifiek reviews ('systematic review', 'scoping review'). De algemene zoekstrategie is vervolgens specifiek gemaakt voor de databases PubMed en CINAHL. Er is geen beperking in publicatiedatum aangebracht in de zoekstrategie.

Onvrijwillige zorg

((((("Involuntary treatment"[Mesh:NoExp] OR "Restraint, Physical"[Mesh] OR "Coercion"[Mesh] OR "Psychotropic drugs"[Mesh] OR Restrain*[tiab] OR Seclusion[tiab] OR Coercion[tiab] OR Containment[tiab] OR Physical Restraint*[tiab] OR Mechanical Restraint*[tiab] OR Environmental Restraint*[tiab] OR Pharmacological Restraint*[tiab] OR Chemical restraint*[tiab] OR Psychotropic medication*[tiab] OR Psychoactive drug*[tiab] OR Psychotropic drug*[tiab] OR Psychoactive agent*[tiab] OR Psychopharmaceutical*[tiab] OR Antipsychotic agent*[tiab] OR Liberty restrict*[tiab] OR Compulsion[tiab] OR involuntary care[tiab] OR involuntary treatment*[tiab] OR involuntary measure*[tiab] OR involuntary intervention*[tiab] OR coercive care[tiab] OR coercive treatment*[tiab] OR coercive measure*[tiab] OR coercive intervention*[tiab] OR forced care[tiab] OR forced treatment*[tiab] OR forced measure*[tiab] OR forced intervention*[tiab] OR restrictive care[tiab] OR restrictive treatment*[tiab] OR restrictive measure*[tiab] OR restrictive intervention*[tiab] OR compulsory care[tiab] OR compulsory treatment*[tiab] OR compulsory measure*[tiab] OR compulsory intervention*[tiab] OR mandatory care[tiab] OR mandatory treatment*[tiab] OR mandatory measure*[tiab] OR mandatory intervention*[tiab] OR non-voluntary care[tiab] OR non-voluntary treatment*[tiab] OR non-voluntary measure*[tiab] OR non-voluntary intervention*[tiab] OR immobilization[tiab] OR immobilization[tiab] OR protective equipment[tiab] OR Protective device*[tiab] OR movement restrict*[tiab] OR movement suppression[tiab] OR protective hold*[tiab] OR surveillance technolog*[tiab])

Interventie

AND ("Comparative Effectiveness Research"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Non-Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR Randomized controlled trial*[tiab] OR clinical trial*[tiab] OR Non-randomized controlled trial*[tiab] OR comparative stud*[tiab] OR training[tiab] OR Intervention*[tiab] OR program*[tiab] OR evaluation[tiab] OR tool*[tiab] OR effect*[tiab] OR prevent* [tiab] OR reduc*[tiab] OR minimi*[tiab] OR decreas*[tiab] OR improve* OR increas*[tiab]))

Langdurige ouderenzorg

AND ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR long-term care[tiab] OR Long term care[tiab] OR nursing home*[tiab] OR residential care[tiab] OR home care[tiab] OR elderly care[tiab] OR Elder*[tiab] OR frail*[tiab] OR geriatri*[tiab] OR old age*[tiab])))

Verstandelijk gehandicaptenzorg

AND ("Developmental disabilities"[Mesh] OR "Intellectual disability"[Mesh] OR Intellectual deficienc*[tiab] OR Intellectual impairment*[tiab] OR Intellectual handicap[tiab] OR Intellectual deficit*[tiab] OR Intellectual disorder*[tiab] OR intellectual defect*[tiab] OR intellectual disabilit*[tiab] OR intellectual dysfunction*[tiab] OR intellectual retard*[tiab] OR intellectual distortion*[tiab] OR intellectual illness*[tiab] OR intellectual delay[tiab] Learning deficienc*[tiab] OR Learning impairment*[tiab] OR Learning handicap[tiab] OR Learning deficit*[tiab] OR Learning disorder*[tiab] OR learning defect*[tiab] OR learning disabilit*[tiab] OR learning dysfunction*[tiab] OR learning retard*[tiab] OR learning distortion*[tiab] OR learning

illness*[tiab] OR learning delay[tiab] OR Developmental deficienc*[tiab] OR Developmental impairment*[tiab] OR Developmental handicap[tiab] OR Developmental deficit*[tiab] OR Developmental disorder*[tiab] OR developmental defect*[tiab] OR developmental disabilit*[tiab] OR developmental dysfunction*[tiab] OR developmental retard*[tiab] OR developmental distortion*[tiab] OR developmental illness*[tiab] OR developmental delay[tiab] OR Mental deficienc*[tiab] OR Mental impairment*[tiab] OR Mental handicap[tiab] OR Mental deficit*[tiab] OR Mental disorder*[tiab] OR mental defect*[tiab] OR mental disabilit*[tiab] OR mental dysfunction*[tiab] OR mental retard*[tiab] OR mental distortion*[tiab] OR mental delay[tiab] OR Cognitive deficienc*[tiab] OR Cognitive impairment*[tiab] OR Cognitive handicap[tiab] OR Cognitive deficit*[tiab] OR Cognitive disorder*[tiab] OR cognitive defect*[tiab] OR cognitive disabilit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognitive retard*[tiab] OR cognitive distortion*[tiab] OR cognitive illness*[tiab] OR cognitive delay[tiab] OR mentally disabled person*[tiab])))

Review

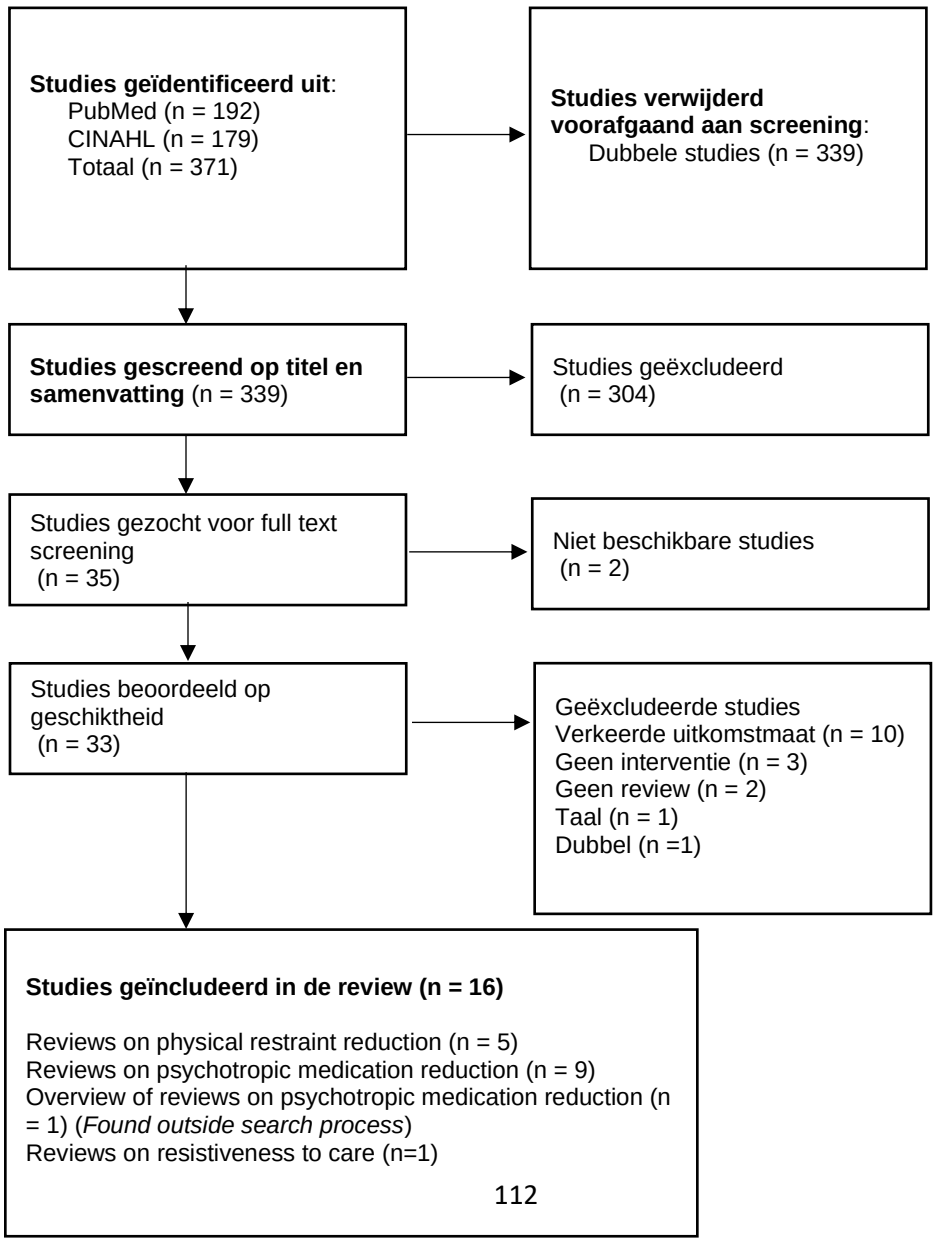
AND ((((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE [subset]) OR (Cochrane Database Syst Rev[ta] AND review[pt]) OR systematic review[pt])

Flowchart ouderenzorg

Zowel de screening van titel en samenvatting en full tekst screening is uitgevoerd door twee personen. Studies werden alleen geëxcludeerd tijdens de screening van titel en samenvatting wanneer het voor twee personen duidelijk was dat de studies niet relevant waren. Wanneer er twijfel bestond over de relevantie is ervoor gekozen om de volledige tekst van de studie te lezen. Het uitgangspunt voor de literatuurstudie zijn reviews. Wanneer de project- en werkgroep er niet van overtuigd was dat de geïncludeerde reviews een volledig beeld gaven van de risicofactoren voor de toepassing van onvrijwillige zorg, is er gekeken naar de mogelijkheid tot het includeren van individuele studies. Relevante individuele studies werden geëxcludeerd wanneer deze al geïncludeerd werden in de door ons geïncludeerde reviews.

Prisma Flow diagram ouderenzorg

Review van reviews naar effectieve interventies om de toepassing van onvrijwillige zorg bij ouderen in de langdurige ouderenzorg te voorkomen of te verminderen



Kwaliteitsbeoordeling geïncludeerde studies ouderenzorg

Kwaliteitsbeoordeling voor geïncludeerde reviews volgen de 'Joanna Briggs Institute Appraisal checklist for systematic reviews and research synthesis'

Ouderenzorg

Tabel 17: kwaliteitsbeoordeling reviews fysieke vrijheidsbeperking, ouderenzorg

Critical appraisal checklist	Godkin & Onyskiw et al., 1999	Möhler et al., 2011	Ayalon et al., 2016	Lan et al., 2017	Brugnolli et al., 2020
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	Y	Y	Y	Y	Y
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	Y	Y	Y	Y	Y
3. Was the search strategy appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	Y	Y	Y	Y	Y
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	Y	Y	Y	Y	Y
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	Y	Y	Y	Y	Y
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	Y	Y	Y	Y	
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	Y	Y	Y	Y	Y
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	Y	Y	Y	Y	Y
11. Were the specific directives for new research appropriate?	Y	Y	Y	Y	Y
Include (I) or Exclude (E)	I	I	I	I	**I**

Tabel 18: reviews psychofarmaca, ouderenzorg

Critical appraisal checklist	Wiggin et al., 2021 (review of reviews)	Nishtala et al., 2008	Sadowski et al., 2020
Is the review question clearly and explicitly stated?	Y	Y	Y
Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	Y	Y	Y
Was the search strategy appropriate?	Y	Y	Y
Were the sources and resources used to search for studies adequate?	Y	Y	Y
Were the criteria for appraising studies appropriate?	Y	N	Y
Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	Y	N	Unclear
Were there methods to minimize errors in data extraction?	Y	Y	Y
Were the methods used to combine studies appropriate?	Y	Y	Y
Was the likelihood of publication bias assessed?	Y	N	N
Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	Y	Y	Y
Were the specific directives for new research appropriate?	Y	y	Y
Include (I) or Exclude (E)	I	I	I

Tabel 19: review dwang ouderenzorg

Critical appraisal checklist	Konno et al., 2014
Is the review question clearly and explicitly stated?	Y
Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	Y
Was the search strategy appropriate?	Y
Were the sources and resources used to search for studies adequate?	Y
Were the criteria for appraising studies appropriate?	Y
Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	Y

Were there methods to minimize errors in data extraction?	Y
Were the methods used to combine studies appropriate?	Y
Was the likelihood of publication bias assessed?	Y
Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	Y
Were the specific directives for new research appropriate?	Y
Include (I) or Exclude (E)	I

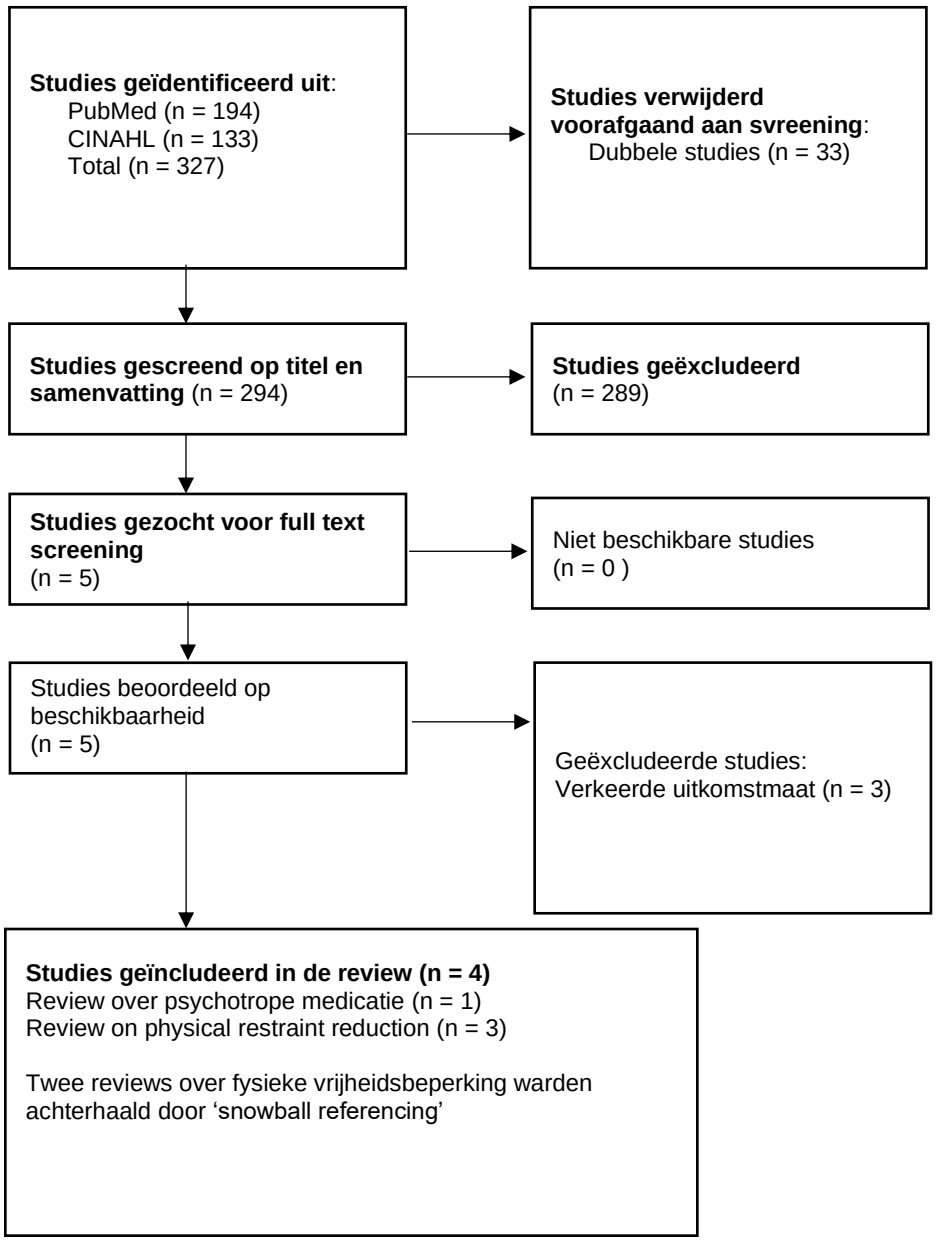
Tabel 20: individuele studies dwang ouderenzorg

Checklist	Williams et al., 2017	Galik et al., 2021
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	Y	Y
2. Was allocation to treatment groups concealed?	Y	Y
3. Were treatment groups similar at the baseline?	Y	Y
4. Were participants blind to treatment assignment?	Y	N
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	N	N
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	Y	Y
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	Y	Y
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	Y	Y
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	Y	Y
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	Y	Y
11. Were outcomes measured in a reliable way?	Y	Y
12. Was appropriate statistical analysis used?	Y	Y
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	Y	Y
Overall appraisal: Include (I) or Exclude (E)	I	I

Flowchart verstandelijk gehandicaptenzorg

Prisma Flow diagram verstandelijk gehandicaptenzorg

Review van reviews naar effectieve interventies om de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking te voorkomen of te verminderen



Kwaliteitsbeoordeling geïncludeerde studies verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 21: Kwaliteitsbeoordeling reviews verstandelijk gehandicaptenzorg

Critical appraisal checklist	Luiselli, 2009	Williams, 2010	Gaskin, 2013
12. Is the review question clearly and explicitly stated?	Y	Y	Y
13. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	N	Y	Y
14. Was the search strategy appropriate?	Unknown	Y	Y
15. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	Unknown	Y	Y
16. Were the criteria for appraising studies appropriate?	No appraisal	N	Y
17. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	No appraisal	Unknown	Y
18. Were there methods to minimize errors in data extraction?	Unknown	Unknown	Y
19. Were the methods used to combine studies appropriate?	Unknown	Not applicable	Not applicable
20. Was the likelihood of publication bias assessed?	Unknown	N	Y
21. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	Y	Y	Y
22. Were the specific directives for new research appropriate?	Y	Y	Y
Include (I) or Exclude (E)	I	I	I

Tabel 22: kwaliteitsbeoordeling inividuele studie verstandelijk gehandicaptenzorg

Checklist	Schippers, 2018
14. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	Y
15. Was allocation to treatment groups concealed?	Y
16. Were treatment groups similar at the baseline?	U
17. Were participants blind to treatment assignment?	U
18. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	Y
19. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	N
20. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	Y
21. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	Y
22. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	Y
23. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	Y
24. Were outcomes measured in a reliable way?	Y
25. Was appropriate statistical analysis used?	Y
26. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	Y
Overall appraisal: Include (I) or Exclude (E)	I

Reviews ouderenzorg

Tabel 23: reviews ouderenzorg

Naam/titel van de interventie/review Auteur & Jaar	Type en doel(-groep) van de interventie/review	Conclusies van studies
Fysieke vrijheidsbeperking		
A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment Ayalon et al., 2016	Het systematisch beoordelen van de huidige kennis over interventies ter preventie van ouderenmishandeling	Interventies om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen hebben de grootste empirische onderbouwing. De studies richten zich voornamelijk op educatie over alternatieven en zorg voor mensen met dementie. Sommige studies maakte gebruik van consultatie door een expert of een 'change agent'.
The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies Brugnolli et al., 2020	De effectiviteit van educatie en multicomponent interventie evalueren m.b.t. het voorkomen van fysieke vrijheidsbeperking in het verpleeghuis en veranderingen in vallen en valgerelateerd letsel	Deze review laat de effectiviteit zien van educatieve interventies ten einde van de studies en van multicomponent interventies voor alle follow up metingen (6 tot 24 maanden) op het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de verpleeghuissetting.
A Systematic Overview of Interventions to Reduce Physical Restraint Use in Long-Term Care Settings Godkin & Onyskiw, 1999	Het samenvatten van het empirische bewijs voor de effectiviteit van interventies ter reductie van fysieke vrijheidsbeperking in langdurige zorg organisaties.	Het bewijs suggereert dat programma's om fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners te verminderen effectief zijn. De meeste studies hebben echter een aantal limitaties. Maar weinig studies maakte gebruik van een controlegroep het is daarom niet duidelijk of de effecten toe te schrijven zijn aan de interventies.
Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities e Systematic review and meta-analysis Lan et al., 2017	De effectiviteit evalueren van educatieve programma's (met consultatie) om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen in het verpleeghuis	De kwantitatieve methode verifieert het effect van een educatieve interventies (met of zonder consultatie). De interventies zijn effectief in het verminderen van fysieke vrijheidsbeperking. Meer en langdurende educatie leidt tot meer reductie van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.
Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care Möhler et al., 2011	De effectiviteit evalueren van interventies ter preventie en reductie van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen die langdurige	Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van interventies om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de langdurige ouderenzorg te voorkomen of te verminderen. De resultaten van de review zijn gebaseerd op een beperkt aantal studies met verschillende methodologische tekortkomingen.

	zorg nodig hebben (thuiszorg en verpleeghuiszorg)	
Psychofarmaca		
Effects of Psychosocial Interventions for Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia on the Prescription of Psychotropic Drugs: A Systematic Review and Meta-Analyses Birkenhäger-Gillesse et al., 2018	Het doel van de review was het updaten van de beschikbare literatuur voor het effect van multidisciplinaie pschosociale interventies op neuropsychiatrische symptomen en het gevolg op de toepassing van psychofarmaca.	De gestandaardiseerd gemiddelde effecten van psychosociale interventies om de toepassing van antipsychotica te verminderen waren significant in vergelijking met de normale zorg. Echter waren educatieve componenten niet meer effectief dan de normale zorg. Langer durende interventies waarin ook een cultuurverandering plaatsvond waren superieur in vergelijking met de normale zorg. Educatie is belangrijk, maar is er is dus meer voor nodig om de toepassing van antipsychotica blijvend te verminderen.
Clinical and Economic Outcomes of Interventions to Reduce Antipsychotic and Benzodiazepine Use Within Nursing Homes: A Systematic Review Hoyle et al., 2018	Het doel van de review is om interventies gericht op het verminderen van de toepassing van antipsychotica of benzodiazepines in verpleeghuizen te evalueren en de impact hiervan op verpleeghuisbewoners, personeel en het zorgsysteem in kaart te brengen.	Er is een nood aan interventies die ook klinische en economische uitkomsten rapporteren om zo de inzet van schaarse zorg en onderzoeksmiddelen te rechtvaardigen. Het is lastig om definitieve klinische aanbevelingen te formuleren. Echter er is weinig bewijs voor de negatieve effecten van interventies om de toepassing van antipsychotica en benzodiazepines te verminderen.
Psychotropic Prescribing in Long-Term Care Facilities: Impact of Medication Reviews and Educational Interventions Nishtala et al., 2008	Het doel van de studie is het evalueren van de impact van medicatiebeoordelingen en/of educatieve interventies om de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners te optimaliseren.	Medicatie beoordelingen en/of educatieve interventies zijn effectief in het verminderen van de toepassing van psychofarmaca in langdurige zorginstellingen.
Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents Richter et al., 2012	Achterhalen of psychosociale interventies de toepassing van antipsychotica kan verminderen in vergelijking met geen of andere interventies.	Het geëvalueerde bewijs laat consistente verminderingen in het gebruik van antipsychotica zien. De grootte van het effect verschilde echter per studie. De studie met de meest complexe interventie en tevens ook de langste liet een absoluut verschil van 19.1 % punt zien aan het einde van de follow up na 12 maanden.
The role and impact of the pharmacist in long-term care settings: A systematic review	Het evalueren van het effect van een apotheker geleidde interventie op medicatie, het zorg	Er is bewijs dat de inzet van een apotheker interventie ondersteunt, voornamelijk met behulp van een medicatiebeoordeling om de toepassing van psychofarmaca te verminderen en de gepastheid van het voorschrijven te verbeteren. In het algemeen laat het bewijs zien dat een

Sadowski et al., 2020	systeem en klinische uitkomsten bij verpleeghuisbewoners.	apotheker interventie in de langdurige zorg leidt tot kostenbesparing. Echter zijn er meer gerandomiseerde studies nodig met een lange duur waarin een volledige apotheker interventie wordt toegepast.
Association of Focused Medication Review With Optimization of Psychotropic Drug Prescribing A Systematic Review and Meta-analysis Sheehan et al., 2018	Het beschrijven van de inhoud en levering van gefocuste psychofarmaca beoordeling en een evaluatie van het bewijs voor de optimalisatie van het voorschrijven. Van psychofarmaca	Een meta-analyse van 3 RCT studies lieten een significante effect van een medicatie beoordeling op het verminderen van psychofarmaca zien bij verpleeghuisbewoners met een cognitieve beperking. De verschillende ongecontroleerde voor en na studies bevestigen dit effect.
Improving the use of benzodiazepines-Is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years Smith & Tett, 2010	Het effect van interventies (van de afgelopen 20 jaar) gericht op het verminderen van benzodiazepines evalueren.	De meest succesvolle interventies om de juistheid van voorschrijven te verbeteren bestonden uit meerdere elementen en gericht op meerdere doelgroepen (zowel voorschrijvers als cliënten).
Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of Antipsychotic Medications in People With Dementia Resident in Care Homes: A Systematic Review Thompson Coon et al., 2014	Het vaststellen van de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van het onjuist voorschrijven an antipsychotica bij verpleeghuisbewoners met dementie.	Ongeacht de opzet van de interventie werd antipsychotica minder voorgeschreven in studies met robuuste designs. Dit effect werd ondanks de mindere studie designs bevestigd door de overige studies. Interventies gericht op het verminderen van onjuist voorgeschreven antipsyotica voor verpleeghuisbewoners met dementie is effectief op de korte termijn, er zijn langdurige studies nodig met robuuste designs om de langdurige effecten te kunnen evalueren.
Dwang		
A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes Konno et al., 2014	Het vaststellen van de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van verzet getoond door verpleeghuisbewoners met dementie.	De meeste studies zagen significante verminderingen in getoond verzet. De studies waren gericht op het eetmoment, wassen en ochtendzorg. Het niveau van aanbeveling is laag vanwege problemen met studie design, uitkomstmaten voor verzet en de evaluatie van de interventies. Het leveren van cultureel juiste persoonsgerichte zorg op basis van individuele wensen, behoeften en mogelijkheden is een basis principe voor persoonlijke zorg, wanneer het alternatief niet persoonsgerichte zorg is.

Individuele studies ouderenzorg

Tabel 24: individuele studies ouderenzorg

Naam/titel van de interventie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de interventie/review**	**Conclusies van studies**
Dwang		

A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial Williams et al., 2017	Het evalueren van een interventie om de communicatie methoden van verpleeghuispersoneel te verbeteren en zo verzet geuit door verpleeghuisbewoners met dementie te reduceren.	Het succes van de CHAT interventie in het voorkomen van 'elderspeak' door verpleeghuispersoneel en daarbijkomende vermindering van getoond verzet laat zien dat de interventie een effectieve niet farmacologische aanpak is om gedrag voortkomend uit dementie te 'managen'.
A Cluster Randomized Controlled Trial Testing the Impact of Function and Behavior Focused Care for Nursing Home Residents With Dementia Galik et al., 2021	Het testen van de effectiviteit van 'function and Behavior focused care fort he cognitively impaired interventie op de uitkomstmaten fysiek functioneren, fysieke activiteit en gedragssymptomen.	De studie biedt enige ondersteuning voor het gebruik van de FBFC-CI interventie om fysieke activiteit te vergroten en verzet getoond door verpleeghuisbewoners met dementie te verlagen.

Reviews verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 25: reviews verstandelijk gehandicaptenzorg

Naam/titel van de interventie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de interventie/review**	**Conclusies van studies**
Fysieke vrijheidsbeperking		
Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: A systematic review and quantitative synthesis Gaskin et al., 2013	Het vaststellen van de mogelijkheid tot het verminderen van de toepassing van afzondering en fysieke vrijheidsbeperking bij personen met een verstandelijke beperking.	De bevindingen van de review suggereren dat het mogelijk is om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking te verminderen. Wat echter mist zijn grootschalige initiatieven om vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. De geïncludeerde studies richtte zich voornamelijk op 'single- subject designs'. Er is voldoende bewijs in de literatuur voor steun om minder fysieke vrijheidsbeperking toe te passen.
Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: An overview of recent research Williams et al., 2010	Een overzicht presenteren van methodologieën om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking en zware gedragsstoornissen te verminderen.	Het geleidelijk wegnemen van een maatregel is het meest onderzochte en succesvolle middel voor het voorkomen van doorlopende mechanische vrijheidsbeperking voor zelfverminkend gedrag. Het trainen van personeel kan effectief zijn. Echter is het design van deze studies zwak.
Physical Restraint of People with Intellectual	De review beschrijft procedures om de toepassing van	Fysieke vrijheidsbeperking kan effectief verminderd en voorkomen worden door gebruik te maken van antecedent interventies en Fixed Time release regels

Disability: A Review of Implementation Reduction and Elimination Procedures Luiselli et al., 2009	fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen of te verminderen bij cliënten met een verstandelijke beperking.	
Psychofarmaca		
Association of Focused Medication Review With Optimization of Psychotropic Drug Prescribing A Systematic Review and Meta-analysis Sheehan et al., 2018	Het beschrijven van de inhoud en levering van gefocuste psychofarmaca beoordeling en een evaluatie van het bewijs voor de optimalisatie van het voorschrijven. Van psychofarmaca	Een gefocuste medicatie beoordeling voor psychofarmaca als een gestructureerde en kritische evaluatie van de medicatie therapie van een cliënt heeft de potentie tot het bijdragen aan medicatie optimalisatie. Het bewijs voor een medicatie beoordeling als een op zichzelf staande interventie is echter zwak. Onderzoek van hoge kwaliteit is echter essentieel voordat een medicatie beoordeling aanbevolen kan worden

Individuele studie verstandelijk gehandicaptenzorg

Tabel 26: individuele studie verstandelijk gehandicaptenzorg

Naam/titel van de interventie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de interventie/review**	**Conclusies van studies**
Fysieke vrijheidsbeperking		
Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: A systematic review and quantitative synthesis Gaskin et al., 2013	Het vaststellen van de mogelijkheid tot het verminderen van de toepassing van afzondering en fysieke vrijheidsbeperking bij personen met een verstandelijke beperking.	De bevindingen van de review suggereren dat het mogelijk is om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking te verminderen. Wat echter mist zijn grootschalige initiatieven om vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. De geïncludeerde studies richtte zich voornamelijk op 'single- subject designs'. Er is voldoende bewijs in de literatuur voor steun om minder fysieke vrijheidsbeperking toe te passen.

Samenvatting onderbouwing uit eerdere richtlijnen en wetenschappelijke literatuur

De eerder gepubliceerde richtlijnen en wetenschappelijke literatuur beschrijven interventiecomponenten die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg. Deze richtlijnen en interventies richten zich voornamelijk op de langdurige ouderenzorg. De langdurige ouderenzorg is in te delen in de intramurale – en extramurale zorg. Een groot deel van de wetenschappelijke literatuur beschrijft informatie uit de intramurale zorg. Er is beperkt bewijs voor de extramurale zorg beschikbaar. Voor de langdurige verstandelijke gehandicaptenzorg is de wetenschappelijke literatuur voor effectieve interventies beperkt.

Er zijn ook richtlijnen ontwikkeld die zich richten op onbegrepen/probleemgedrag bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening en cliënten met een verstandelijke beperking. Deze richtlijnen beschrijven interventies die effectief zijn in het voorkomen of reduceren van onbegrepen/probleemgedrag. Onbegrepen/probleemgedrag is vaak een aanleiding om onvrijwillige zorg toe te passen. Als dit onbegrepen/probleemgedrag weggenomen wordt kan het zo zijn dat er geen aanleiding voor de toepassing van onvrijwillige zorg ontstaat. Ben daarom op de hoogte van deze richtlijnen. Onderstaand een overzicht van richtlijnen rondom onbegrepen/probleemgedrag:

- Multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking (Nederland, 2019)
- Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie (Nederland, 2018)
- Behaviour management a guide to good practice: Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (Australia, 2012)

Eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools die uitspraken doen over de interventies gericht op de preventie en reductie van onvrijwillige zorg

In totaal beschrijven vijf richtlijnen van de negen richtlijnen, rapporten en tools aanbevelingen voor effectieve interventies én beoordelen deze de kwaliteit van het bewijs. De vijf richtlijnen die aanbevelingen voor effectieve interventies beschrijven én de kwaliteit van het bewijs beoordelen zijn de volgende:

1. Streven naar een fixatiearme thuiszorg, KU leuven (België, 2016)
2. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (Canada, 2012)
3. Evidence based practice information sheet for professionals: Physical Restraint - Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities (Evans et al., 2002)
4. Evidenzbasierte praxisleitlinie: Vermeidung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in der beruflichen altenplege (Köpke et al., 2015)
5. Evidence based clinical practice guideline: Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia (Bjerre et al., 2018)

De vijf eerder gepubliceerde richtlijnen beschrijven aanbevelingen voor effectieve interventies om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen of te verminderen. Vier van de vijf richtlijnen richten zich op het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij

ouderen en één richtlijn richt zich op het voorkomen of verminderen van antipsychotica bij cliënten met dementie en slapeloosheid.

Eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools

Het herkennen en in kaart brengen van factoren die het risico op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking vergroten

Zowel de Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints (RNAO, 2012) en de Belgische richtlijn Fixatiearme thuiszorg (Scheepmans, 2016) beschrijven dat het herkennen en in kaart brengen van risicofactoren voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking met behulp van meetinstrumenten kan bijdragen aan het voorkomen of verminderen van de toepassing. De risicofactoren kunnen ontstaan vanuit de cliënt, maar ook vanuit de context (zorgverlener/organisatie). De Canadese richtlijn beschrijft dat de aanbeveling onderbouwt wordt door op zijn minst een adequaat ontworpen gecontroleerde studie zonder randomisatie (RNAO, 2012). De Belgische richtlijn onderbouwt haar aanbeveling, als een sterke aanbeveling met een lage bewijslast (Scheepmans et al., 2016).

Het inzetten van multicomponent programma's/ strategieën

Zowel de Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints (RNAO, 2012) als de Duitse richtlijn Vermeidung von Freiheitseinschränkenden maBnahmen in der beruflichen altenplege (Köpke & Meyer, 2015), bevelen aan dat multicomponentprogramma's binnen de organisatie en multicomponentstrategieën door zorgverlener moeten worden ingezet om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen. De Canadese richtlijn onderbouwt beschrijft dat haar aanbeveling onderbouwt wordt door op zijn minst één adequaat ontworpen gecontroleerde studie zonder randomisatie (RNAO, 2012). De Duitse richtlijn schaalt haar statement als in op de hoogste categorie van haar schaal, m.a.w. zij beveelt dit aan om toe te passen in de praktijk. Verder geeft de Duitse richtlijn een overzicht van elementen die onderdeel zijn van deze multicomponentprogramma's (Köpke & Meyer, 2015):

- Een scholingprogramma'
- Aanvullende scholing van kartrekkers/ sleutelfiguren die de informatie willen verspreiden binnen de organisatie
- Doorlopende scholing van kartrekkers/ sleutelfiguren die de informatie willen verspreiden
- Deelnemende zorginstellingen die een verplichting aangaan om fysieke vrijheidsbeperking niet meer toe te passen.
- Het beschikbaar maken van een richtlijn en de daar bijbehorende materialen (samenvatting, brochures)
- Beschikbaar stellen van hulpmiddelen zoals sensormatten en heupprotectoren.

Stel multidisciplinair en samen met de cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordiger een geïndividualiseerd zorgplan op en evalueer dit doorlopend

De Canadese richtlijn 'Alternative Approaches tot he use of restraint' (RNAO, 2012) en de Belgische richtlijn 'Fixatiearme thuiszorg' (Scheepmans et al., 2016) beschrijven dat er een geïndividualiseerd zorgplan dient te worden opgesteld om doelen en alternatieven/ preventie handelingen te bepalen. De Canadese richtlijn specificeert dit verder door het geïndividualiseerde zorgplan op te stellen in samenspraak met de cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordiger (RNAO, 2012). De Canadese richtlijn onderbouwt haar aanbeveling met bewijs uit op zijn minst een ander type adequaat onderworpen quasi-experimentele studie, zonder randomisatie (RNAO, 2012). De Belgische richtlijn onderbouwt haar aanbeveling als een sterke aanbeveling met weinig bewijslast

(Scheepmans et al., 2016). Verder beschrijft de Canadese richtlijn, op basis van expert consensus dat dit geïndividualiseerde zorgplan doorlopend geëvalueerd dient te worden op basis van observaties en/of zorgen geuit door de cliënt, naasten of cliëntvertegenwoordiger (RNAO, 2012).

Communicatie met de cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordiger

- Voer een transparante communicatie met cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordiger. De Belgische richtlijn beschrijft dit als een sterke aanbeveling weinig bewijslast (Scheepmans et al., 2016)
- Ontwikkel een therapeutische relatie met de cliënt die risico loopt om zichzelf of andere schade aan te richten om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen. De Canadese richtlijn onderbouwt deze aanbeveling met op basis van expert consensus (RNAO, 2012).

Educatie van zorgverleners

Educatie in combinatie met consultatie of educatie alleen werd door de Australische richtlijn 'Physical restraint minimisation in acute and residential care facilities' op basis van een enkele gerandomiseerde gecontroleerde trial beschreven als veilig en effectief om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in het verpleeghuis te verminderen (Evans et al., 2002). Later werd in de Canadese en Duitse richtlijn beschreven dat multicomponent programma's met als onderdeel educatie de voorkeur heeft. De Canadese richtlijn 'Alternative Approaches to the use of restraint' (RNAO, 2012) specificeert welke elementen onderdeel kunnen zijn van de educatie en onderbouwt haar aanbeveling met bewijs van tenminste één goed ontworpen gerandomiseerde gecontroleerde trial:

- Zorgaanpakken (b.v. trauma sensitief werken)
- Communicatie en educatie van de cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordigers
- Educatie over verpleegkundige verantwoordelijkheden m.b.t. het juist toepassen van fysieke vrijheidsbeperking
- Ethische besluitvorming
- Kennis van diagnoses en triggers die geassocieerd zijn met reactief gedrag waardoor cliënten risico lopen op de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking
- Multidisciplinaire samenwerking
- Kennis van preventie, alternatieve aanpakken en de-escalatie en crisismanagement
- Monitoring en registratie verantwoordelijkheden
- Zelfreflectie en normen en waarden m.b.t. het wel of niet inzetten van fysieke vrijheidsbeperking en autonomie en mensenrechten.
- Therapeutische relaties met de cliënt, persoonsgerichte zorg en rechten van de cliënt
- Vormen van fysieke vrijheidsbeperking (minst tot meest restrictief) en negatieve gevolgen
- Wet- en regelgeving rondom de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Multidisciplinair samenwerken

Zowel de Canadese richtlijn als Belgische richtlijn bevelen aan om binnen de organisatie multidisciplinair en in samenspraak me de cliënt, naasten en cliëntvertegenwoordiger samen te werken om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen. De canadese richtlijn onderbouwt haar aanbeveling met bewijs uit goed ontworpen niet experimentele beschrijvende

studies (RNAO, 2012). De Belgische richtlijn beschrijft haar aanbeveling als sterk, met een lage bewijslast (Scheepmans et al., 2016).

De-escalatie en crisismanagement
Zet samen met het multidisciplinaire team de-escalatie technieken en crisismanagement in om de gevolgen van escalerend probleemgedrag te beperken. De Canadese richtlijn onderbouwt haar aanbeveling met bewijs van tenminste een goed ontworpen quasi-experimentele studie, zonder randomisatie (RNAO, 2012).

Gevolgen beperken wanneer de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking niet kan worden voorkomen
Wanneer de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking niet kan worden voorkomen dient de zorgprofessional in samenwerking met het multidisciplinaire team zorgstrategieën in te zetten die de gevolgen met het oog op veiligheid en welzijn voor de cliënt beperken. De Canadese richtlijn onderbouwt haar aanbeveling op basis van expert consensus (RNAO, 2012).

Aanbeveling voor de organisatie: een cultuuromslag
Zorgorganisatie dienen risicomanagement en kwaliteitsinitiatieven in te zetten om een cultuur te bewerkstelligen die ruimte biedt voor alternatieven voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking door (RNAO, 2012):

- Helder te maken wat fysieke vrijheidsbeperking inhoud (definities)
- Alternatieven beschikbaar stellen en verspreiden.
- Beleid omtrent voorkomen en verminderen afkondigen.
- Zorgpraktijken ontwikkelen om cliënten die risico lopen vroeg te kunnen identificeren
- Cliënten, naasten en cliënt vertegenwoordigers onderwijzen onder meer over de gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.
- Een multicomponent programma implementeren waarin zorgprofessionals worden onderwezen over alternatieve strategieën.
- Duidelijke protocollen m.b.t. monitoring voor het geval dat fysieke vrijheidsbeperking toch wordt ingezet.
- Ontwikkel evaluatiemethoden om het aantal ingezette fysiek vrijheidsbeperkende maatregelen te kunnen peilen, het aantal alternatieven te meten en de impact op cliënten, naasten, cliëntvertegenwoordigers en het multidisciplinaire team te onderzoeken.

De Canadese richtlijn onderbouwt deze aanbeveling met bewijs uit ten minste een goed ontworpen gerandomiseerde gecontroleerde trial (RNAO, 2012).

Werkgelegenheidsprogramma's
De Duitse richtlijn beschrijft dat specifieke werkgelegenheidsprogramma's in overweging genomen kunnen worden. Er zijn echter geen kwalitatief hoogwaardige studies beschikbaar die de effectiviteit op het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking weergeven. Wel zijn er aanwijzingen dat het positieve effecten heeft op probleemgedrag. De kwaliteit van het bewijs is echter laag en voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking dus indirect (Köpke & Meyer, 2015).

Specialistische zorg voor mensen met dementie
De Duitse richtlijn beschrijft dat er aanwijzingen zijn dat er op afdelingen waar specialistische zorg voor mensen met dementie beschikbaar is er minder fysieke vrijheidsbeperking wordt

toegepast. Men kan specialistische zorg voor mensen met dementie in overweging nemen. De kwaliteit van het bewijs is echter laag (Köpke & Meyer, 2015).

Onderbouwing effectieve interventies uit de wetenschappelijke literatuur

De wetenschappelijke literatuur is voor zowel de langdurige ouderenzorg als de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg afzonderlijk doorzocht door middel van een systematische review om eerder gepubliceerde reviews te identificeren. Met behulp van MeSH termen en vrije zoektermen zijn de wetenschappelijke databases PubMed en CINAHL doorzocht. Reviews werden geïncludeerd wanneer deze de wetenschappelijke literatuur samenvatten voor effectieve interventies gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg of onderdelen hiervan (fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en dwang). Dit voor de cliënt met dementie en de cliënt met een verstandelijke beperking die gebruik maken van intra- of extramurale zorg.

De wetenschappelijke literatuur in de vorm van reviews, beschrijven voor zowel de ouderenzorg als de verstandelijk gehandicaptenzorg interventies die effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking, psychofarmaca en/of dwang. Uit de reviews zijn geen interventies naar voren gekomen die gericht zijn op het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg zoals we dit kennen uit de Wet zorg en dwang. Recent is er onderzoek gedaan naar een interventie gericht op het verminderen van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking, deze interventie studie is meegenomen in de onderbouwing.

Ouderenzorg

Fysieke vrijheidsbeperking

Een vijftal reviews beschrijven interventies gericht op het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij voornamelijk verpleeghuisbewoners. De eerste geïdentificeerde review is gepubliceerd in het jaar 1999 en de laatst bekende review in 2020. Vanaf het einde van de zoekperiode van de laatst gepubliceerde review in 2020 (september 2019) zijn er geen gepubliceerde interventies geïdentificeerd. Onderstaand een overzicht van de conclusies uit de gepubliceerde reviews.

Godkin & Onyskiw (1999): De review richtte zich op interventies die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (long-term care facilities) trachten te voorkomen of te verminderen. De review includeert 12 voor-na studies, 2 quasi-experimentele studies en een case-control studie (Godkin & Onyskiw, 1999). Een zevental studies wordt beschreven als van gemiddelde kwaliteit en een achttal studies wordt beschreven als sterk m.b.v. een eigen ontwikkelde kwaliteitsbeoordeling.

> **Conclusie**: Godkin & Onyskiw (1999) beschrijven dat interventies die gebruik maakte van educatie, het stoppen met toepassen en componenten die gericht zijn op de behoeften van de bewoner, succesvol waren in het verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Möhler et al., 2011: De review richt zich op interventies die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de langdurige ouderenzorg trachten te voorkomen of te verminderen. De reviews includeert vijf cluster-RCT's en beoordeelt de algemene kwaliteit van de studies als laag tot gemiddeld m.b.v. de 'Cochrane handbook' kwaliteitsbeoordeling. De interventies omvatte educatie, consultatie en begeleiding (Möhler, Richter, Köpke, & Meyer, 2011).

> **Conclusie**: De auteurs concluderen dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van interventies die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking voorkomen of verminderen, de review is gebaseerd op een beperkt aantal studies met verschillende methodologische tekortkomingen (Möhler et al., 2011). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Ayalon et al., 2016: De systematische review en meta-analyse includeert studies naar interventies die ontworpen zijn om mishandeling bij ouderen te voorkomen. Er worden ook specifiek interventies beschreven die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking voorkomen of verminderen. De review includeert twee quasi-experimentele studies, 9 cluster-RCT's en een vergelijkende retrospectieve voor-na studie. De auteurs concluderen dat het sterkste bewijs bestaat voor interventies die de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking trachten te voorkomen of te verminderen. De meeste interventies richten zich op ouderen met dementie. De studies richten zich voornamelijk op interventie componenten zoals educatie om zorgverleners te helpen alternatieven in te zetten en informatie te verstrekken over de zorg voor ouderen met dementie. Bij sommige interventies werd ook een 'change-agent' in gezet of een expert ter consultatie beschikbaar gesteld. De auteurs beschrijven verder dat ondanks dat deze interventies veelbelovende handvatten bieden voor interventiecomponenten, zij het eens zijn met de conclusie van een eerdere review (Möhler et al., 2011) dat de kwaliteit van de geïncludeerde studie te wensen over laat (Ayalon, Lev, Green, & Nevo, 2016).

> **Conclusie**: Van alle geïncludeerde interventies, hebben de interventies gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking de grootste empirische ondersteuning (Ayalon et al., 2016). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Lan et al., 2017: De auteurs beschrijven een systematische review en meta-analyse van educatieve interventies om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de langdurige ouderenzorg te voorkomen of te verminderen. De review includeert 14 cluster-RCT's, 1 RCT en 1 klinische trial. Zeven studies werden op basis van een Joanna Briggs Institute instrument als sterk beoordeeld en acht studies werden als van gemiddelde kwaliteit beoordeeld. Anders dan eerdere reviews concluderen de auteurs dat educatieve programma's de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking significant verminderen. De auteurs concluderen wel dat de helft van de in de meta-analyse geïncludeerde studies (5 van de 10) niet effectief zijn.

> **Conclusie**: De auteurs beschrijven dat educatie niet het enige interventie component dient te zijn, maar een onderdeel dient te zijn van een interventie met meerdere componenten bestaande uit nieuw beleid vanuit de overheid, nieuwe richtlijnen, educatie binnen de organisatie, geïndividualiseerde zorg en toevoeging van een verpleegkundig specialist

(Lan et al., 2017). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Brugnolli et al., 2020: De auteurs beschrijven in een review de effectiviteit van RCT studies gericht op het voorkomen van fysieke vrijheidsbeperking in de verpleeghuissetting. Het is de meest recente review in een reeks publicaties over effectieve interventies om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen of te verminderen. De review includeert zowel educatieve interventies als multicomponent interventies. De kwaliteit van studies werd beoordeeld a.d.h.v. de richtlijnen uit de 'Cochrane Handbook'. De kwaliteit van de RCT-studies werd als gemiddeld beoordeeld. De multicomponent interventies die geïncludeerd zijn in de meta-analyse zijn effectief in het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners. Een drietal quasi-experimentele multicomponent studies die wél geïdentificeerd zijn door de auteurs maar niet meegenomen worden in de meta-analyse bevestigen de effectiviteit van de multicomponent interventies (Gulpers et al., 2011, 2013; Gulpers et al., 2012). De interventies die zich alléén richten op educatie van zorgpersoneel zijn ook effectief, echter zijn deze op de midden en lange termijn niet meer effectief (Brugnolli et al., 2020). De auteurs beschrijven dat om langdurig effect te bewerkstelligen het nodig lijkt te zijn om interventies te implementeren die bestaan uit meerdere componenten. De interventies met meerdere componenten richten zich op het veranderen van de organisatiecultuur naar een organisatie waar fysieke vrijheidsbeperking zo min mogelijk wordt toegepast en educatie en/of training van zorgprofessionals een onderdeel is van de multicomponent interventie. Het belangrijkste educatie element is het veranderen van de attitude van zorgprofessionals die betrokken zijn bij het besluitvormingsproces. Daarnaast kan ook verandering in de zorgomgeving bewerkstelligd worden door aanpassingen aan de fysieke omgeving, personeelssamenstelling, mate van betrokkenheid van familieleden, attitudes van management en directie en toezicht en begeleiding van zorgprofessionals te bieden (Brugnolli et al., 2020). De steun van management en directie is nodig om het bovenstaande te kunnen bewerkstelligen.

De multicomponent interventies die effectief bevonden zijn bevatte de volgende componenten:

- Educatie en/of training van zorgprofessionals
- Begeleiding en consultatie door een expert op het gebied van fysieke vrijheidsbeperking
- Het beschikbaar stellen van alternatieven voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking
- Het verspreiden van een richtlijn in de dagelijkse praktijk
- Nieuw beleid binnen een organisatie waarin fysieke vrijheidsbeperking zo min mogelijk wordt toegepast.

De educatie elementen van de multicomponent interventies bevatte specifiek informatie over:

- Dementie
- Agressie en onbegrepen gedrag
- Strategieën voor het analyseren en omgaan met agressie en onbegrepen gedrag
- De zorg voor mensen met dementie en complicaties die gepaard gaan met dementie
- Het besluitvormingsproces
- Wet en regelgeving

- Negatieve consequenties en het gevoel van de cliënt wanneer hij of zij de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking ervaart
- Alternatieven voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking
- Een overzicht van het wetenschappelijk bewijs over de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking
- Een samenvatting van bestaande richtlijnen.

Conclusie: De studies geïncludeerd in deze review onderstrepen dat educatieve interventies op de korte termijn en multicomponent programma's ook op de midden en lange termijn effectief zijn in het verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de verpleeghuissetting (Brugnolli et al., 2020). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Psychofarmaca

Acht reviews zijn geïdentificeerd die de effectiviteit van interventies beschrijven om de toepassing van psychofarmaca bij ouderen te voorkomen of te verminderen. Een van deze negen studies is een overzicht van gepubliceerde reviews (Wiggin et al., 2021) en is daarom het uitgangspunt van het onderstaande overzicht.

Wiggin en collega's (2021) beschrijven in een overzicht van reviews de effectiviteit van interventies die het juist gebruik van psychofarmaca verhogen en uiteindelijk de algehele toepassing verminderen (Wiggin et al., 2021). De review includeert 6 kwantitatieve reviews.

Richter en collega's (2012) vonden consistente verminderingen in het voorschrijven van antipsychotica als gevolg van psychosociale interventies gericht op educatie van verpleegkundig personeel, artsen, apothekers en trainers. De 4 geïncludeerde studies werden beoordeeld als van een gemiddelde kwaliteit (Richter et al., 2012). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Richter en collega's (2012) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een gemiddelde kwaliteit.

Thompson Coon en collega's (2014) onderzochten het effect van educatieve en multicomponent programma's. Het gebruik van antipsychotica verminderde door middel van multicomponent programma's variërend van 12% tot 66% en door middel van educatie variërend van 12% tot 20%. De review beoordeelde acht van de 22 studies als van gemiddelde of hoge kwaliteit (Coon et al., 2014). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review Thompson Coon en collega's (2012) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een gemiddelde kwaliteit.

Jutkowitz en collega's (2016) Onderzochten het bewijs voor de implementatie van klinische protocollen om de toepassing van antipsychotica en ander psychofarmaca te verminderen. De auteurs vonden geen algemeen bewijs voor een effect op de toepassing

van psychofarmaca. De auteurs van deze gemiddeld beoordeelde review concluderen dat de geïncludeerde studies weinig, of weinig tot een gemiddeld risico voor bias hebben (Jutkowitz et al., 2016). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Jutkowitz en collega's (2016) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een gemiddelde kwaliteit.

Hoyle en collega's (2018) onderzochten interventies met professionele en organisatorisch componenten en vonden een statistisch significante reductie in het gebruik van antipsychotica. De auteurs van deze review die beoordeeld word als van lage kwaliteit, beoordeelde zeven van de veertien studies als van gemiddelde of hoge kwaliteit (Hoyle, Bindoff, Clinnick, Peterson, & Westbury, 2018). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Hoyle en collega's (2018) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een lage kwaliteit.

Birkenhäger-Gillesse en collega's (2018) Onderzochten het effect van multicomponent psychosociale interventies op het gebruik van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie. De interventies gericht op een cultuurverandering werden geassocieerd met een statistisch significante vermindering van het antipsychotica gebruik. Psychosociale interventies gericht op de cliënt met dementie waren ook effectief. De auteurs van deze zeer laag beoordeelde review, beoordeelde acht van de elf studies als van een hoge kwaliteit (Birkenhäger-Gillesse et al., 2018). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Birkenhäger-Gilles en collega's (2018) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een zeer lage kwaliteit.

Sheehan en collega's (2018) onderzochten de literatuur voor de interventie 'focused medication review', een kritische evaluatie van de voorgeschreven medicatie. De interventie 'Focused medication review' maakte het significant meer waarschijnlijk dat de toepassing van psychofarmaca verminderde. Deze review werd beoordeeld als van een zeer lage kwaliteit. De auteurs beoordeelde de meeste van de geïncludeerde studies met gemiddelde tot een hoge risico op bias (Sheehan et al., 2018). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Sheehan en collega's (2018) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een zeer lage kwaliteit.

Conclusie: Wiggin en collega's (2021) concluderen op basis van de bovengenoemde studies het volgende: De effectiviteit van interventies die zich alléén richten op het voorkomen en verminderen van psychofarmaca door middel van educatie en/of training van zorgpersoneel zijn inconsistent met betrekking tot effectiviteit. De effecten van educatie en/of training van zorgpersoneel alléén, in een setting die zich kenmerkt door veel personeelswisselingen, kunnen van korte duur zijn. Educatie en/of training van zorgpersoneel moet herhaaldelijk terugkomen. Naast educatie en/of training is er bewijs voor het veranderen van de organisatiecultuur en het implementeren van multidisciplinaire samenwerking (Wiggin et al., 2021). Wiggin en collega's (2021) concluderen daarom dat betekenisvolle verandering in het voorschrijven van psychofarmaca voorafgegaan dient te worden door een uitgebreide en complexe aanpak (multicomponent), die alle stakeholders betrekt om zo niet alleen kennishiaten aan te pakken maar ook de organisatiecultuur te veranderen (Wiggin et al., 2021).

De effectieve interventies bevatten de volgende componenten:

- Multicomponent interventies met een educatie en/of training component
- Medicatie beoordeling: systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door de voorschrijver, apotheker en patiënt (en/of mantelzorger) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie (bron; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)
- Psychosociale interventies zowel bedoeld voor de persoon met dementie als de organisatiecultuur
- 'In reach service' (doorverwijzing en consultatieservice bij vraagstukken rondom psychofarmaca)

Daarbij zijn de volgende aspecten belangrijk:

- Betrokkenheid van alle stakeholders
- Effectieve communicatie en samenwerking
- Sterk leiderschap
- Lokale kartrekkers
- Het wegnemen van misconcepties over de effectiviteit van psychofarmaca
- Het veranderen van de organisatiecultuur

De overige reviews die niet geïncludeerd zijn in het overzicht van Wiggin en collega's (2021) worden onderstaand besproken.

Nishtala en collega's (2008) beschrijven interventies gericht op medicatie reviews en/of educatie (voor artsen en verpleegkundig personeel) om de toepassing van psychofarmaca te verminderen in de langdurige ouderenzorg. Een medicatie review wordt gedefinieerd als 'een samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals die expertise hebben over geriatrische farmacotherapie, gericht op het identificeren en voorkomen van medicatie gerelateerde problemen, om zo de toepassing van medicatie te optimaliseren' (Nishtala, McLachlan, Bell, & Chen, 2008). De review includeerde zeven RCT's en drie gecontroleerde studies. De kwaliteit van de studies werd niet beoordeeld.

> **Conclusie**: De auteurs concluderen dat medicatie reviews en/of educatieve interventies effectief zijn in het verminderen van de toepassing van psychofarmaca (Nishtala et al., 2008). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als gemiddeld beoordeeld.

Sadowski en collega's (2020) beschrijven in een systematische review de rol en impact van interventies waarbij een apotheker betrokken is op de langdurige ouderenzorg. De systematic review besteedt ook specifiek aandacht aan interventies die het effect van een 'apotheker interventie' op de toepassing van psychofarmaca meten. De review includeert drie cluster-RCT's, één RCT en twee niet gerandomiseerde gecontroleerde studies. Vier van de zes studies (drie RCT's en één niet gerandomiseerd gecontroleerde trial) beschrijven een statistisch significante

vermindering van de voorgeschreven psychofarmaca. De interventie componenten bestaan uit een medicatie review, een case conference (casusbepreking met professionals), documentatie en rapportage en educatie (Sadowski et al., 2020).

> **Conclusie**: De auteurs concluderen dat er bewijs is dat de inzet van een apotheker ondersteunt om de toepassing van psychofarmaca te verminderen. Dit voornamelijk door een medicatie beoordeling om de toepassing te verminderen. Ook kan het leiden tot een vermindering van kosten. De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als gemiddeld beoordeeld.

Dwang

Konno et al., 2014: Een review naar interventie studies met als doel het voorkomen van verzet bij het leveren van zorg aan verpleeghuisbewoners met dementie, beschrijft de effectiviteit van non-farmacologische interventies (Konno et al., 2014). De review includeerde 3 gerandomiseerde controleerde interventie studies en 16 quasi-experimentele interventie studies. Onderstaand een overzicht van de conclusies met betrekking tot de inzet van muziek (de kwaliteit van het bewijs is echter laag):

> **Conclusie**:
>
> - De auteurs geven ter overweging mee om ontspannende muziek te draaien om verzet te voorkomen of te verminderen tijdens het eetmoment. Deze muziek dient wel toepasselijk te zijn voor de cultuur van de bewoners.
> - Tot slot geven de auteurs ter overweging mee om gebruik te maken van muziek om verzet te voorkomen gedurende persoonlijke zorg momenten. Deze muziek dient wel toepasselijk te zijn voor de cultuur van de bewoners.
>
> De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Galik et al., 2021: de cluster RCT van Galik en collega's (2021) is gericht op het vergroten van fysieke activiteit en fysiek functioneren en het verlagen van gedragssymptomen zoals verzet (resistiveness to care en agitatie) en gebruik van psychofarmaca middels een multicomponent interventie. De Function and Behavior Focused Care for the Cognitively Impaired (FBFC-CI) interventie betrof veranderingen in het beleid en de omgeving, educatie en training van verpleegkundig personeel, doelen stellen in samenspraak met verpleeghuisbewoners en familie en doorlopende training en motivatie voor verpleeghuispersoneel om de interventie te integreren

in de dagelijkse zorg. De interventie resulteerde in een vermindering van getoond verzet ten opzichte van de controlegroep na 4 maanden (p = 0.009).

> Conclusie: De auteurs concluderen dat de studie enige ondersteuning biedt voor het gebruik van de FBFC-CI interventie om fysieke activiteit te vergroten en verzet getoond door verpleeghuisbewoners met dementie te verlagen (Galik et al., 2021). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Williams et al., 2017: De cluster RCT van Williams en collega's (2017) waarin een interventie wordt getest om verzet geuit door verpleeghuisbewoners met dementie te verminderen is gericht op het verbeteren van de communicatiemethoden van verpleegkundig personeel en specifiek het verminderen van 'Elderspeak' (simpel taal gebruiken). De interventie met een duur van drie weken bestond uit 3 'CHAT' sessies waarin verpleegkundig personeel werd geleerd om 'Elderspeak' (Simpel taalgebruik) te voorkomen en een meer respectvolle manier van communiceren te hanteren. Direct na de interventie werd het verzet getoond door verpleeghuisbewoners verminderd met 15.3% (SD=32.4, p=0.021) en na 3 maanden was dit 13.4% (SD =33.7, p= 0.077).

> **Conclusie**: De auteurs concluderen dat de CHanging Talk (CHAT) interventie de communicatie skills van verpleeghuispersoneel verbetert en door verpleeghuisbewoners met dementie getoond verzet verminderd (K. N. Williams et al., 2017). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

De wetenschappelijke literatuur voor de verstandelijk gehandicaptenzorg richt zich voornamelijk op het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking en in mindere mate ook op het verminderen en voorkomen van psychofarmaca. Recent is er ook onderzoek gedaan naar een interventie om de toepassing van onvrijwillige zorg (zoals we dit kennen uit de Wzd) te voorkomen of te verminderen bij cliënten met een verstandelijke beperking. Effectieve interventies om de toepassing van dwang te voorkomen of te verminderen zijn niet geïdentificeerd.

Fysieke vrijheidsbeperking

Luiselli, 2009: Luiselli (2009) beschrijft in een narratieve review twee methoden om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking te voorkomen of te verminderen. De eerste methode is het analyseren van de omstandigheden dat probleemgedrag veroorzaakt. Er wordt in dit geval vanuit gegaan dat probleemgedrag van cliënten met een verstandelijke beperking beantwoord wordt met de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. Wanneer de achterliggende omstandigheden die voorafgaan aan getoond probleemgedrag weggenomen worden, zal het probleemgedrag niet meer ontstaan en de noodzaak voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking weggenomen worden. De studies die door Luiselli (2009) aangehaald worden zijn effectief in het verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking, met de kanttekening dat het casestudies betreft. De tweede methoden betreft het stoppen met toepassen van fysieke vrijheidsbeperking gebaseerd op een vast moment.

Cliënten die niet rustig worden nadat er fysieke vrijheidsbeperking en waarbij de toepassing alleen gestopt wordt bij het vertonen van het gewenste gedrag zijn daardoor vaker lang onderworpen aan de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. Het vaststellen van de maximale periode waarin fysieke vrijheidsbeperking werd toegepast verminderde de totale tijd waarin een cliënt werd beperkt en verminderde het probleemgedrag net zoveel als bij de methode gericht op gewenst gedrag. Dit alles wederom met de kanttekening dat deze resultaten hoofdzakelijk uit casestudies komt (Luiselli, 2009).

> **Conclusie**: Het analyseren van omstandigheden dat probleemgedrag veroorzaakt en het toepassen van een maximale periode waarbinnen fysieke vrijheidsbeperking wordt toegepast zijn de methoden met de meeste onderbouwing, deze onderbouwing is echter wel mager (Luiselli, 2009). De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als laag beoordeeld. Dit heeft voornamelijk te maken met de keuze voor een narratieve stijl van de review.

Williams, 2010: Williams (2010) beschrijft in een narratieve review het meest recente onderzoek gericht op het voorkomen en verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking. Williams (2010) beschrijft het geleidelijk verminderen van de toepassing, training van personeel, het analyseren van omstandigheden dat voorafgaand aan probleemgedrag en mogelijk leidt tot de toepassing, het aanpassen van de criteria voor het stoppen van de toepassing en succesvolle gedragstherapie effectief kan zijn om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen.

> **Conclusie**: Williams (2010) concludeert dat het geleidelijk verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking met meest onderzocht is en de meest succesvolle methode is om doorlopende fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen. De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als gemiddeld beoordeeld. Dit heeft voornamelijk te maken met de gekozen narratieve stijl.

Gaskin et al., 2013: Gaskin en collega's beschrijven in een systematische review en kwantitatieve synthese de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van de toepassing van afzondering en fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking (Gaskin et al., 2013). De review includeerde 14 studies die allen een 'sing-subject' design hanteerde. De studies richtte zich op het verminderen van fysieke vrijheidsbeperking om agitatie, agressie en zelfverminking te behandelen. De studies gericht op fysieke vrijheidsbeperking om agitatie en agressie te behandelen lieten reductie van 79% in de frequentie en duur van de toepassing zien. De studies gericht op het verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking om zelf verminking te behandelen lieten een daling van 71% zien. De interventies richten zich op de noden van de cliënt met een verstandelijke beperking, of training van personeel.

> **Conclusie:** De review laat zien dat het mogelijk is om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking te verminderen, specifiek bij cliënten die zelf verminkend gedrag vertonen. De veranderingen waren vaak substantieel. Echter er is een noodzaak aan meer robuuste onderzoeksdesigns. De

kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Over het algemeen zijn er twee effectieve methoden die alle drie de reviews beschreven worden:

Applied behavior Analysis: Deze methode wordt door drie reviews besproken als methode om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te voorkomen of te verminderen (Gaskin et al., 2013; Luiselli, 2009; D. E. Williams, 2010). Met behulp van deze methode gaat men opzoek naar specifieke gedragingen van de cliënt en de omstandigheden die dit gedrag (onbegrepen/probleem gedrag) veroorzaken. Om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen of te verminderen, worden de omstandigheden die het gedrag veroorzaken aangepast zodat de cliënt dit gedrag niet meer vertoont. Hierdoor vervalt de noodzaak om onvrijwillige zorg toe te passen. Hoewel studies positieve resultaten laten zien, was de onderzoekspopulatie binnen deze studies zeer klein en is het moeilijk om de resultaten te generaliseren (Luiselli, 2009; D. E. Williams, 2010).

Het trainen van personeel: Williams en collega's (2010) beschrijven in een review hoe personeel getraind wordt om de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking te voorkomen. Williams en collega's (2010) concluderen dat het trainen van personeel een bruikbare methode is binnen een organisatie brede aanpak om de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking te verminderen. Het gebrek aan experimentele studie designs betekent echter het onduidelijk is of het trainen van personeel de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking verminderde of dat andere factoren hier verantwoordelijk voor zijn (D. E. Williams, 2010).

Trainingsprogramma's bestonden uit en werden geïmplementeerd naast andere elementen zoals:

Allen en collega's (1997):

- Het begrijpen van agressief gedrag
- Primaire preventie (wegnemen van omstandigheden die geassocieerd zijn met het probleemgedrag)
- Secundaire preventie (herkennen en reageren op probleemgedrag)
- Reactieve strategieën (minimaal fysiek ingrijpen)
- en steun nadat een incident heeft plaatsgevonden.

Singh en collega's (2009):

- Mindfulness training

Sanders (2009):

- Een actieplan
- Personeelstraining in 'extraordinary blocking'. Het gebruik van kussens, en andere zachte materialen om cliënten te ondersteunen en personeel te beschermen.
- Steun van management op locatie en op aanvraag.
- Nabespreken/ evalueren wanneer fysieke vrijheidsbeperking toch werd toegepast.
- Maandelijks werd er organisatiebreed, op team niveau iedere toepassing van fysieke vrijheidsbeperking besproken en werd er feedback gegeven.

Psychofarmaca

Medicatiebeoordeling: Sheehan en collega's (2018) beschrijven in een systematische review de effectiviteit van een gefocuste psychofarmacabeoordeling bij verschillende doelgroepen om de toepassing van psychofarmaca te optimaliseren. Bij cliënten met een verstandelijke beperking betrof het een multidisciplinaire medicatiebeoordeling. Met uitzondering van één studie werden de meeste studies uitgevoerd voor het jaar 2000 (Sheehan et al., 2018).

> Conclusie: De studies demonstreerde een associatie tussen een medicatiebeoordeling en een verandering in medicatiegebruik voornamelijk resulterend in verminderde doseringen en het stoppen met voorschrijven van psychofarmaca (Sheehan et al., 2018). Wiggin en collega's (2021) beoordelen de review van Sheehan en collega's (2018) op basis van de AMSTAR 2 tool als van een zeer lage kwaliteit.

Dwang

Interventies die de toepassing van dwang bij cliënten met een verstandelijke beperking voorkomen of verminderen zijn nog onvoldoende onderzocht.

Onvrijwillige zorg

Multicomponent interventies: Schippers en collega's (2018) beschrijven multicomponent interventies gericht op cliënten, personeel en management om de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking te voorkomen of te verminderen (Schippers et al., 2018). De interventie van Schreiner en collega's (2004) bevatte een uitgebreide beoordeling van toegepaste vormen van onvrijwillige zorg en de factoren die bijdragen aan het initiëren en blijvend toepassen van deze middelen. Op basis van deze beoordeling werden interventies ingezet om personeel te trainen, behandelingen voor cliënten te starten en samenwerking tussen een multidisciplinair adviescomité en multidisciplinair behandelteam in te stellen (Schreiner et al., 2004). De toepassing van afzondering en mechanische vrijheidsbeperking nam af met respectievelijk 35% en 43% (Schreiner et al., 2004) De studie van Williams en Grosset (2011), implementeerde een interventie gericht op een gedragsmanagement plan dat organisatie breed ingezet werd om de toepassing van mechanische vrijheidsbeperking te verminderen bij cliënten met een verstandelijke beperking (Williams & Grosset, 2011). Er werden verplichte gedragsinterventie plannen in gezet en werd door een management coördinatieteam feedback gegeven aan psychologen en ander personeel. Na 17 maanden werd de toepassing van mechanische vrijheidsbeperking met 80% verminderd (Williams & Grosset, 2011). Schippers en collega's merken echter op dat geen van de bovengenoemde studies een gerandomiseerd experimenteel onderzoeksdesign hanteerde (Schippers et al., 2018)

Op basis van de bovengenoemde informatie hebben Schippers en collega's (2018) een multidisciplinair en multicomponent interventie ontwikkeld om de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking te voorkomen of verminderen. De interventie richtte zich op het vergroten van het bewustzijn en registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg op het organisatieniveau, multidisciplinaire consultatie op het team niveau en multidisciplinaire interventie op het cliënt niveau. De interventie werd getest in een cluster gerandomiseerde trial. De interventie bestond uit:

- *Een multidisciplinair expert team*: Het team bestond uit een speciaal onderwijsspecialist, psychologen, gedragstherapeuten, artsen, fysiotherapeuten, video feedback trainers, een manager, cliëntvertegenwoordiger en een coördinator.
- *Een consultatie plan*: Het multidisciplinaire expert team maakte een overzicht van de toegepast vormen van onvrijwillige zorg en de mogelijke oorzaken van deze toepassing. Vervolgens werd eer een plan ontwikkeld om de toepassing te verminderen. Dit plan werd bijvoorbeeld ontwikkeld met behulp van het eerder beschreven 'Applied behavior Analysis' waarin onbegrepen en riskant gedrag werd beoordeeld en aangepast.

Interventie effecten

Ten einde van de interventie nam het aantal toegepaste vormen van onvrijwillige zorg af met 40% in de interventie groep en 20% in de controlegroep. De reductie van onvrijwillige zorg in de interventiegroep was significant hoger dan de reductie in de controlegroep (b = 1.42, t = 2.874, p = .009).

Conclusie

Schippers en collega's (2018) concluderen dat een multidisciplinair en multicomponent interventie programma effectief is in het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking in grote langdurige zorginstellingen. Men kan er niet vanuit gaan dat de verschillende elementen opzichzelfstaand effectief zijn om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen. De effecten van het multidisciplinaire expert team moeten daarom geïnterpreteerd worden in het licht van de andere organisatie brede elementen. De kwaliteit van de review wordt op basis van de toegepaste Joanna Briggs appraisal tool voor systematic reviews als hoog beoordeeld.

Verantwoording uitgangsvraag 2.2

Alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg
Uit het voor uitgangsvraag 2.1 uitgevoerd literatuuronderzoek zijn geen alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg geïdentificeerd. De lijst van genoemde alternatieven bestaat uit een overzicht van alternatieven uit eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools en de alternatievenbundel gepubliceerd door Vilans.

In de genoemde richtlijnen, rapporten en tools is er ook gezocht naar alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg. In totaal beschrijven 6 documenten (vier richtlijnen, één rapport en één decision making tool) van de negen, alternatieven voor de toepassing van onvrijwillige zorg:

1. Streven naar een fixatiearme thuiszorg, KU Leuven (België, 2016)
2. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (Canada, 2012)
3. Evidence based practice information sheet for professionals: Physical Restraint - Part 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities (Evans et al., 2002)
4. Guidelines on the use of restraints in the care of the older person, Irish Nurses Organisation (Ireland, 2003).
5. Decision-making tool: supporting a restraint free environment in residential aged care, Australian government, Department of Health and Ageing (Australië, 2012).
6. Rapport: The use of restraint and psychotropic medication in people with dementia, Alzheimer's Australia (Australië, 2014).

Bijlage 7: Verantwoording en onderbouwing voor het overzicht van negatieve gevolgen

Verantwoording voor de negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg

Zoekstrategie

De opbouw van de zoekstrategie voor dit literatuuronderzoek bestond uit 3 delen. Deel een omvatte diverse zoektermen voor onvrijwillige zorg (bv. 'involuntary treatment', 'coercion'), Deel twee betrof termen voor de gevolgen van de toepassing ('Consequence', 'Impact'), deel drie bestond uit termen die de ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg beschrijven (bv. 'Nursing home', 'Home care', of 'intellectual disability', 'developmental disability'), en deel 4 omvatte termen die niet terug mochten komen in studies (bv. 'animals', 'acute care'). De algemene zoekstrategie is vervolgens specifiek gemaakt voor de databases PubMed en CINAHL. Binnen deze databases is er vanaf 25-10-2021 gezocht naar studies die gepubliceerd zijn in de laatste 5 jaar. Dit om het aantal hits te beperken.

Onderstaande het volledige overzicht van zoektermen voor de literatuurstudie

Onvrijwillige zorg

((("Involuntary treatment"[Mesh:NoExp] OR "Restraint, Physical"[Mesh] OR "Coercion" [Mesh] OR "Psychotropic drugs"[Mesh] OR Restrain*[tiab] OR Seclusion[tiab] OR Coercion[tiab] OR Containment[tiab] OR Physical Restraint*[tiab] OR Mechanical Restraint*[tiab] OR Environmental Restraint*[tiab] OR Pharmacological Restraint*[tiab] OR Chemical restraint*[tiab] OR Psychotropic medication*[tiab] OR Psychoactive drug*[tiab] OR Psychotropic drug*[tiab] OR Psychoactive agent*[tiab] OR Psychopharmaceutical*[tiab] OR Antipsychotic agent*[tiab] OR Liberty restrict*[tiab] OR Compulsion[tiab] OR involuntary care[tiab] OR involuntary treatment*[tiab] OR involuntary measure*[tiab] OR involuntary intervention*[tiab] OR coercive care[tiab] OR coercive treatment*[tiab] OR coercive measure*[tiab] OR coercive intervention*[tiab] OR forced care[tiab] OR forced treatment*[tiab] OR forced measure*[tiab] OR forced intervention*[tiab] OR restrictive care[tiab] OR restrictive treatment*[tiab] OR restrictive measure*[tiab] OR restrictive intervention*[tiab] OR compulsory care[tiab] OR compulsory treatment*[tiab] OR compulsory measure*[tiab] OR compulsory intervention*[tiab] OR mandatory care[tiab] OR mandatory treatment*[tiab] OR mandatory measure*[tiab] OR mandatory intervention*[tiab] OR non-voluntary care[tiab] OR non-voluntary treatment*[tiab] OR non-voluntary measure*[tiab] OR non-voluntary intervention*[tiab] OR immobilization[tiab] OR immobilization[tiab] OR protective equipment[tiab] OR Protective device*[tiab] OR movement restrict*[tiab] OR movement suppression[tiab] OR protective hold*[tiab])

Gevolgen van de toepassing

effect*[tiab] OR consequence*[tiab] OR impact*[tiab] OR outcome*[tiab] OR result*[tiab] OR Harm*[tiab] OR "Patient Harm"[Mesh] OR "Wounds and Injuries"[Mesh] OR injur*[tiab] OR trauma*[tiab] OR strain* OR detriment*[tiab] OR wound*[tiab] OR maltreat*[tiab] OR trauma[tiab]

Cliënten met een verstandelijke beperking
AND ("Developmental disabilities"[Mesh] OR "Intellectual disability"[Mesh] OR Intellectual deficienc*[tiab] OR Intellectual impairment*[tiab] OR Intellectual handicap[tiab] OR Intellectual deficit*[tiab] OR Intellectual disorder*[tiab] OR intellectual defect*[tiab] OR intellectual disabilit*[tiab] OR intellectual dysfunction*[tiab] OR intellectual retard*[tiab] OR intellectual distortion*[tiab] OR intellectual illness*[tiab] OR intellectual delay[tiab] Learning deficienc*[tiab] OR Learning impairment*[tiab] OR Learning handicap[tiab] OR Learning deficit*[tiab] OR Learning disorder*[tiab] OR learning defect*[tiab] OR learning disabilit*[tiab] OR learning dysfunction*[tiab] OR learning retard*[tiab] OR learning distortion*[tiab] OR learning illness*[tiab] OR learning delay[tiab] OR Developmental deficienc*[tiab] OR Developmental impairment*[tiab] OR Developmental handicap[tiab] OR Developmental deficit*[tiab] OR Developmental disorder*[tiab] OR developmental defect*[tiab] OR developmental disabilit*[tiab] OR developmental dysfunction*[tiab] OR developmental retard*[tiab] OR developmental distortion*[tiab] OR developmental illness*[tiab] OR developmental delay[tiab] OR Mental deficienc*[tiab] OR Mental impairment*[tiab] OR Mental handicap[tiab] OR Mental deficit*[tiab] OR Mental disorder*[tiab] OR mental defect*[tiab] OR mental disabilit*[tiab] OR mental dysfunction*[tiab] OR mental retard*[tiab] OR mental distortion*[tiab] OR mental delay[tiab] OR Cognitive deficienc*[tiab] OR Cognitive impairment*[tiab] OR Cognitive handicap[tiab] OR Cognitive deficit*[tiab] OR Cognitive disorder*[tiab] OR cognitive defect*[tiab] OR cognitive disabilit*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognitive retard*[tiab] OR cognitive distortion*[tiab] OR cognitive illness*[tiab] OR cognitive delay[tiab] OR mentally disabled person*[tiab]))

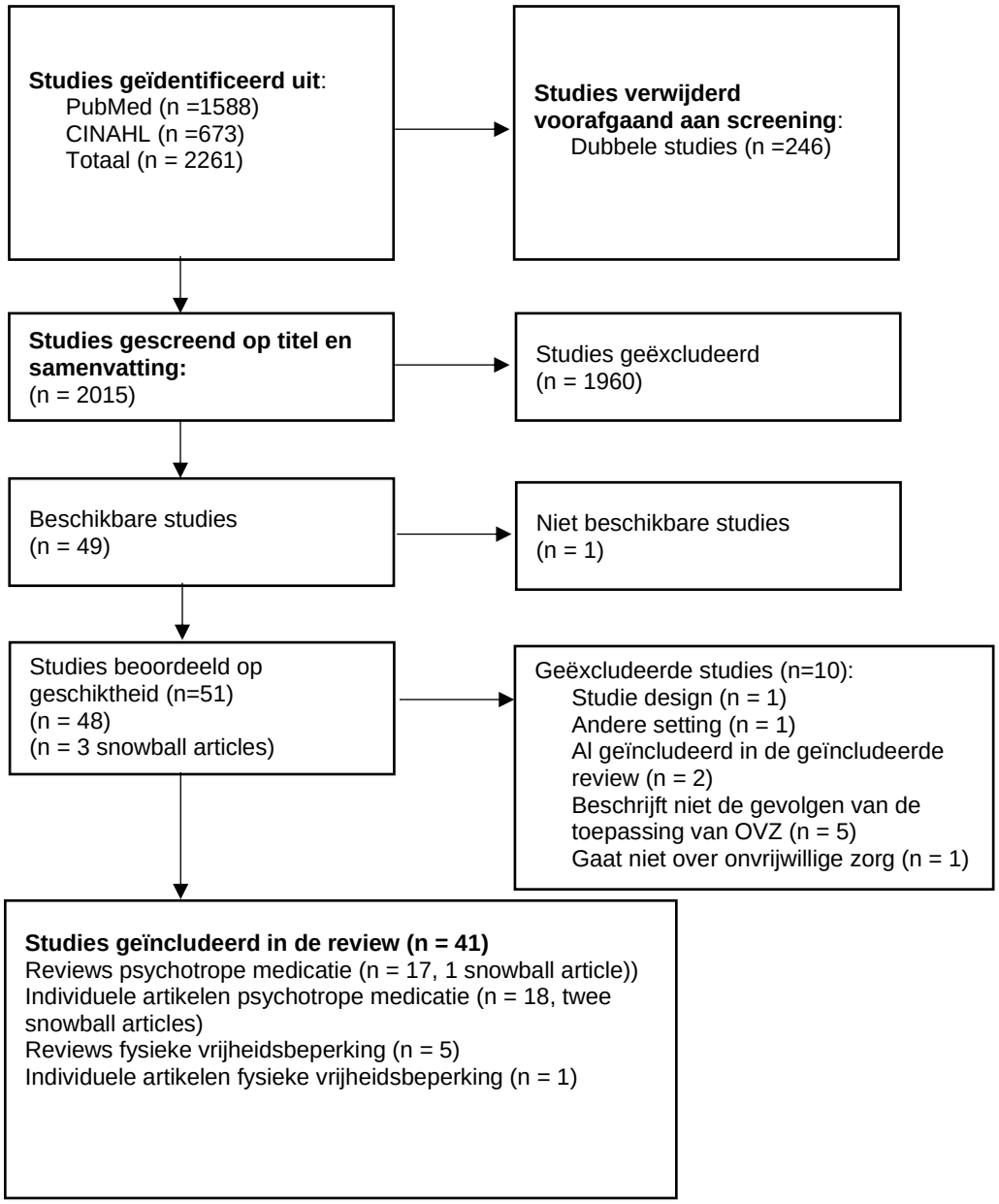
Ouderenzorg

AND ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR long-term care[tiab] OR Long term care[tiab] OR nursing home*[tiab] OR residential care[tiab] OR home care[tiab] OR elderly care[tiab] OR Elder*[tiab] OR frail*[tiab] OR geriatri*[tiab] OR old age*[tiab]))

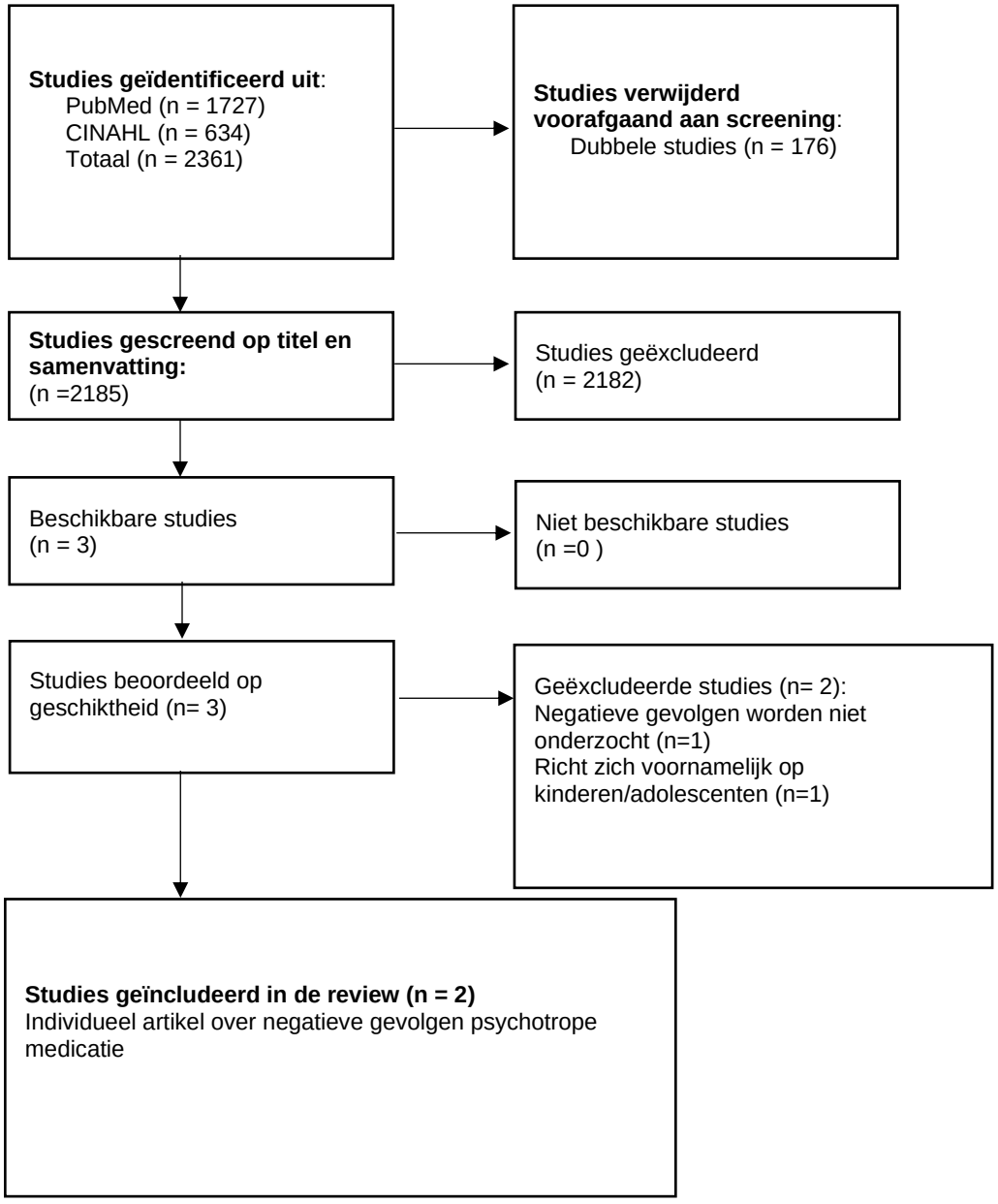
Flow charts

Zowel de screening van titel en samenvatting en full tekst screening is uitgevoerd door twee personen. Studies werden alleen geëxcludeerd tijdens de screening van titel en samenvatting wanneer het voor twee personen duidelijk was dat de studies niet relevant waren. Wanneer er twijfel bestond over de relevantie is ervoor gekozen om de volledige tekst van de studie te lezen. Het uitgangspunt voor de literatuurstudie zijn reviews. Wanneer de project- en werkgroep er niet van overtuigd was dat de geïncludeerde reviews een volledig beeld gaven van de gevolgen voor de toepassing van onvrijwillige zorg, is er gekeken naar de mogelijkheid tot het includeren van individuele studies. Relevante individuele studies werden geëxcludeerd wanneer deze al geïncludeerd werden in de door ons geselecteerde reviews.

Review naar de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening (dementie)



Review naar de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking



Data extractie tabellen

Reviews over negatieve gevolgen van de toepassing van psychotrope medicatie bij ouderen

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	Type en doel(-groep) van de studie/review	Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg
Reducing Off-Label Antipsychotic Use in Older Community-Dwelling Adults With Dementia: A Narrative Review Bain et al., 2017	De voordelen van het verminderen van het off-label voorschrijven van antipsychotica bij thuiswonende ouderen met BPSD	— Delirium — Meer risico op coginitieve functionele achteruitgang — Extrapyramidale symptomen — Symptomen die lijken op Parkinson — Tardieve dyskenesie (bewegingsstoornis) — Gewicht toename — Orthostatische hypotensie — Verhoogd risico op vallen
Prescribing antipsychotics in older people: A mini-review Behrman et al., 2018	Het samenvatten van het bewijs voor de effectiviteit van antipsychotica voor mensen met dementie en weergeven wat er bekent is over negatieve gevolgen voor ouderen.	— Beroerte — Overlijden — Parkinsonisme — Acathisie (innerlijke onrust en karakteristieke bewegingen van de benen) — Tardieve dyskenesie
Use of Fall Risk-Increasing Drugs Around a Fall-Related Injury in Older Adults: A Systematic Review Hart et al., 2020	De prevalentie van medicatie die het val risico verhoogd onderzoeken bij oudere personen, welke medicatie het vaakst werd voorgeschreven, en welke interventies vallen verminderen of het voorschrijven van medicatie verminderen.	— Verhoogd valrisico
A Review of Adverse Outcomes Associated with Psychoactive Drug Use in Nursing Home Residents with Dementia Lapeyre-Mestre 2016	Het samenvatten en beoordelen van de meest recente data dat de impact van psychoactieve medicatie verpleeghuisbewoners met dementie onderzoekt.	— Verhoogd risico op cardiovasculaire problemen — Verhoogd valrisico — Verlaagd kwaliteit van leven — Gedragssymptomen — Verlaagde cognitief functioneren
Use of antipsychotics increases the risk of fracture: a systematic review and meta-analysis Lee et al., 2017	Onderzoeken of er een associatie bestaat tussen het voorschrijven van antipsychotica en botbreuken bij ziekenhuis of verpleeghuis cliënten.	— Verhoogde kans op botbreuken
Association Between Medication Use and	Het beoordelen van de associatie tussen	— Verhoogde kans op blaarziekten door dopaminerge medicatie

Bullous Pemphigoid A Systematic Review and Meta-analysis Liu et al., 2020	medicatie exposure en blaarziekten	
The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis Moraros et al., 2016	Bepalen of het gebruik van antidepressiva geassocieerd is met cognitieve beperking of dementie bij personen die ouder dan 65 jaar zijn.	— Verhoogde kans op cognitieve beperking of dementie
Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty Mallery et al., 2016	De effectiviteit en veiligheid van antidepressiva bij ouderen met depressie evalueren.	— Het effect van tweede generatie antidepressiva is onzeker en geeft meer negatieve bijwerkingen in vergelijking met een placebo.
A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. Penninkilampi-Eslick et al., 2018	De associatie tussen het risico op dementie en het gebruik van benzodiazepines bij oudere patiënten onderzoeken (gecontroleerd voor 'protopathic bias').	— Gebruik van benzodiazepines is geassocieerd met een significante toename van het risico op dementie.
Increased All-Cause Mortality by Antipsychotic Drugs: Updated Review and Meta-Analysis in Dementia and General Mental Health Care Ralph & Espinet, 2018	Een update van een review over sterfte door alle oorzaken veroorzaakt door antipsyhotica bij cliënten met dementie en in de geestelijke gezondheidszorg.	— Verhoogd risico op overlijden
Randle et al., 2019	Een synthese van het bewijs voor overlijden aan het gebruik van antipsychotica bij	— Verhoogd risico op overlijden in de eerste 40 dagen na initiatie van antipsychotica.

	verpleeghuisbewoners ouder dan 65 jaar.	
Medications and Prescribing Patterns as Factors Associated with Hospitalizations from Long-Term Care Facilities: A Systematic Review *Wang et al., 2018 (1)*	Het onderzoeken van voorschrijf patronen als factoren voor ziekenhuisopname vanuit verpleeghuizen	— Niet eenduidig (inconclusive)
Increased Risk of Dementia in Patients with Antidepressants: A Meta-Analysis of Observational Studies Wang et al., 2018 (2)	Het evalueren van de relatie tussen gebruik van antidepressiva en risico op dementie	— Significante verhoging van het risico op dementie wanneer antidepressiva werd voorgeschreven.
Measuring the prevalence of sleep disturbances in people with dementia living in care homes: a systematic review and meta-analysis Webster et al., 2020	Het meten van slaapverstoring bij verpleeghuisbewoners met dementie en de factoren die deze verstoringen veroorzaken.	— Er is consistent bewijs voor een associatie tussen psychotrope medicatie en slaapverstoringen.
		—

Individuele artikelen over de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de studie/review**	**Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg**
Psychotropic Drug Prescription and the Risk of Falls in Nursing Home Residents Cox et al., 2016	Het beoordelen van de associatie tussen het gebruik van psychotrope medicatie en vallen in een populatie van verpleeghuisbewoners	— Verhoogd valrisico
Association of psychotropic drug use with falls among older adults in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008-2011 (DEGS1)	De relatie tussen psychotrope medicatie en vallen bij ouderen in Duitsland onderzoeken.	— Het gebruik van psychotrope medicatie en specifiek antidepressiva is geassocieerd met een hoger risico op vallen en opeenvolgende vallen bij thuiswonende ouderen < 65 jaar.

Du et al., 2017		
Prevalence and Factors Associated with Falls among Older Outpatients Ha et al., 2021	De karakteristieken en factoren beoordelen die geassocieerd zijn met vallen bij participanten in 'outpatient clinics' in Hanoi, Vietnam.	— Het gebruik van psychotrope medicatie is geassocieerd met vallen bij ouderen.
Psychotropic medications in older people in residential care facilities and associations with quality of life: a cross-sectional study Harrison et al., 2018	Het beoordelen van de relatie tussen psychotrope medicatie en kwaliteit van leven en of er een verschil is tussen het gebruik in een thuis model of verpleeghuismodel.	— Het gebruik van psychotrope medicatie is niet geassocieerd met kwaliteit van leven. Echter een toenemend gebruik van voorgeschreven soorten van psychotrope medicatie is geassocieerd met een lagere EQ-5D-5L score en een significant lagere DEMQOL proxy utility score.
Initiation of antipsychotics after moving to residential aged care facilities and mortality: a national cohort study Harrison et al., 2021	Het beoordelen van de associatie tussen incidenteel gebruik van antipsychotica en risico op overleiden bij verpleeghuisbewoners met en zonder dementie.	— Initiatie van antipsychotica in de eerst 100 dagen na verhuizing naar een verpleeghuis is geassocieerd met een verhoogd risico op overlijden. Geldt voor mensen met en zonder dementie.
Potentially inappropriate medication: Association between the use of antidepressant drugs and the subsequent risk for dementia Heser et al., 2018	Onderzoeken van de associatie tussen antidepressiva en dementie bij ouderen.	— Antidepressiva die aangemerkt wordt als mogelijk onjuist voorgeschreven is geassocieerd met een verhoogd risico op dementie.
Longitudinal Effects of Activities, Social Environment, and Psychotropic Medication Use on Behavioral Symptoms of Individuals With Alzheimer's Disease in Nursing Homes Inventor, 2018	De verschillen onderzoeken tussen de bewoners van twee instellingen en beoordelen welke factoren negatief gedrag het meest beïnvloeden.	— Gebruik van meer antipsychotica is gerelateerd aan minder positief gedrag en meer negatief gedrag bij verpleeghuisbewoners.
Psychotropic Drug-Related Fall Incidents in Nursing Home Residents Living in the Eastern Part of The Netherlands	Het onderzoeken van de associatie tussen specifieke psychotrope medicatie en valincidenten bij verpleeghuisbewoners	— Antipsychotica en hypnotica vergroten het risico op vallen bij verpleeghuisbewoners.

Janus et al., 2017		
Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults Johnell et al., 2017	Onderzoeken de toepassing van psychotrope medicatie geassocieerd is met het risico op valblessures, ziekenhuisopname en overlijden in een grote populatie van ouderen.	— Het gebruik van psychotrope medicatie, specifiek wanneer deze gecombineerd worden, is geassocieerd met valblessures, ziekenhuisopnames en overlijden bij ouderen.
Emergency Department Visits for Psychotropic-Related Adverse Drug Events in Older Adults With Alzheimer Disease, 2013-2014 Sepassi et al., 2019	De associatie het gebruik van psychotrope medicatie bij alzheimer en negatieve bijwerkingen gerelateerd aan deze medicatie.	— Meer bezoeken aan het ziekenhuis bij personen met alzheimer dan personen zonder alzheimer als gevolg van de toepassing van psychotrope medicatie. Dit leidt tot meer 'emergency department' bezoeken.
Antiopsychotic drug interactions and mortality among nursing home residents with cognitive impairment Liperoti et al., 2017	Het inschatten van de prevalentie van potentiele medicatie interacties door antipsychotica en het effect hiervan op het verhogen van het risico op overlijden bij personen met een cognitieve beperking	— Degene die mogelijk werden blootgesteld aan interacties van meerdere antipsychotica hadden een verhoogd risico van 70% op overlijden wanneer dit niet het geval is.
Psychotropic polypharmacy in adults 55 years or older: a risk for impaired global cognition, executive function, and mobility. Loggia et al., 2020	Er werd onderzocht of er een drempel bestaat van het aantal voorgeschreven psychotrope medicatie dat leidt tot cognitieve beperking, functioneren en/of mobiliteit.	— Aangetaste cognitie en mobiliteit is significant gecorreleerd met het aantal type psychotrope medicatie dat er wordt gebruikt. Een drempel van twee type psychotrope medicatie die tegelijkertijd wordt voorschreven verhoogde het risico op aangetaste uitvoerende functie capaciteit.

Reviews over de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de studie/review**	**Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg**
The practice of containment in the elderly: an integrative review Backes et al., 2019	Het analyseren van de literatuur voor het bewijs van de effectiviteit van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij ouderen	— Meer cognitieve achteruitgang — Decubitus — Agressie — Valrisico en vallen — Psychologisch lijden — Urine-incontinentie — Ondervoeding

The Nature and Extent of Physical Restraint- Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review Bellenger et al., 2018	Het onderzoeken van overlijden van ouderen door fysieke vrijheidsbeperking.	— De toepassing van fysieke vrijheidsbeperking heeft de potentie tot het veroorzaken van overlijden bij verpleeghuisbewoners.
Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities: A scoping review Pu & Moyle, 2020	Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de neegatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners	— ADL achteruitgangs — Cognitieve achteruitgang — Meer agitatie — Verhoogd risico op vallen en botbreuken — Verhoogd risico op overlijden — Meer kans op delirium
Proxy rated quality of life of care home residents with dementia: a systematic review Robertson et al., 2017	De systematische verschillen onderzoeken van het beoordelen van de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners met dementie tussen naasten en professionele zorgverleners.	— Naasten beoordeelden de kwaliteit van leven lager wanneer er fysieke vrijheidsbeperking werd toegepast.

Individuele artikelen over de negatieve gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking

Naam/titel van de studie/review Auteur & Jaar	**Type en doel(-groep) van de studie/review**	**Gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg**
Psychotropic medications use and side effects of individuals with intellectual and developmental disabilities Charlot et al., 2020	Het beoordelen van de omvang van medicatie gebruik en de bijkomende bijwerkingen in een populatie van personen met een verstandelijke beperking.	— Personen met een verstandelijke beperking hadden veel negatieve bijwerkingen van psychotrope medicatie volgens de Matson Evaluation of Drug Side Effects screening (MEDS).

Onderbouwing

De eerder gepubliceerde richtlijnen en wetenschappelijke literatuur die gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg beschrijven, richten zich voornamelijk op de langdurige ouderenzorg. De langdurige ouderenzorg is onder te verdelen in intramurale - en extramurale zorg. Het mederendeel van de wetenschappelijke literatuur beschrijft gevolgen voor de cliënt uit de intramurale zorg. Er is beperkt wetenschappelijk bewijs beschikbaar over de gevolgen voor de cliënt uit de extramurale zorg. Voor de langdurige verstandelijke gehandicaptenzorg is er ook weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar over de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg.

Eerder gepubliceerde richtlijnen

Eerder gepubliceerde richtlijnen, rapporten en tools rondom het onderwerp onvrijwillige zorg (fysieke vrijheidsbeperking, psychotrope medicatie, dwang), zijn geïdentificeerd door het doorzoeken van de Nederlandse richtlijnendatabase, Guidelines International Network (GIN) database. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de websites van verschillende beroepsgroepen (bv. Verenso, V&VN, NVAVG) en de zoekmachine Google. Dit heeft geresulteerd in zeven richtlijnen, één rapport en één besluitvormingstool. Vier richtlijnen en één rapport, vanuit verschillende delen van de wereld, beschrijven de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg en vormen de basis voor het overzicht van gevolgen in de huidige richtlijn:

1. Praktijk richtlijn: Streven naar een fixatiearme thuiszorg, 2016, KU Leuven (België, 2016)
2. Clinical practice guideline: Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia, Bjerre en collega's (Canada, 2018)
3. Clinical best practice guideline, Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, Registered Nurses Association Ontario, RNAO (Canada, 2012).
4. Guideline on the use of restraint in the care of the older person, Irish Nursing Organisation (Ireland, 2003)
5. The use of restraints and psychotropic medications in people with dementia, Alzheimers Australia (Australië, 2014).

Wetenschappelijke literatuur

De wetenschappelijke literatuur is voor zowel de langdurige ouderenzorg als de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg afzonderlijk doorzocht door middel van een zogenoemde scoping review. De twee scoping reviews hanteerde een breed perspectief waarbinnen artikelen met verschillende onderzoeksdesigns geïncludeerd werden. Er is gezocht in de wetenschappelijke databases PubMed en CINAHL. Geschikte literatuur is geïdentificeerd d.m.v. MeSH termen en vrije zoektermen gericht op zowel de positieve als negatieve gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg of specifiek fysieke vrijheidsbeperking, psychotrope medicatie en dwang. Dit voor de persoon met dementie en de persoon met een verstandelijke beperking die gebruikt maakt van intra- of extramurale zorg. De basis voor deze twee scoping reviews werden eerder gepubliceerde reviews aangevuld met individuele artikelen die gepubliceerd zijn in de afgelopen 5 jaar (van 25-10-2016 tot 25-10-2021). De onderzoeksdesigns van de geïncludeerde studies betroffen systematische-, integratieve-, en scoping reviews, individueel kwantitatief onderzoek bestaande uit (cluster) RCT's, quasi-experimenteel onderzoek, observationeel en cross-sectioneel onderzoek en kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews en focusgroep bijeenkomsten uitgevoerd bij (informele) zorgverleners en cliënten.

Onderstaand een overzicht van de gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg en de daarbij behorende onderbouwing uit de vier eerder gepubliceerde richtlijnen, rapport en wetenschappelijke literatuur. De volgorde van de beschreven gevolgen is gebaseerd op meest genoemd in eerdere richtlijnen en het rapport.

De gevolgen van fysieke vrijheidsbeperking voor <u>ouderen</u> op basis van geïdentificeerde richtlijnen, rapporten, tools en wetenschappelijke studies

Fysieke gevolgen

Verminderde spierkracht, spiermassa en uithoudingsvermogen

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003), Australische richtlijn 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven allen dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot verminderde spierkracht, spiermassa en/of uithoudingsvermogen. Er is in de wetenschappelijke literatuur (van de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor dit gevolg van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Huidletsel, doorligwonden, kneuzingen en hematomen

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003), Australische richtlijn 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven allen dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot huidletsel, decubitus, kneuzingen en hematomen. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor deze gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Urine-incontinentie en/of constipatie

De Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden delier en/of verwardheid. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor deze gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

ADL-achteruitgang

De Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003), Australische richtlijn 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) en de Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat ADL-achteruitgang een gevolg kan zijn van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. Deze bevindingen worden bevestigd door de wetenschappelijke literatuur: de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking resulteerde in verlaagde ADL-scores bij verpleeghuisbewoners (Engberg, Castle, & McCaffrey, 2008; Pu & Moyle, 2020).

Botverlies en/of verhoogde kans op botbreuken

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot botverlies en/ of verhoogde kans op botbreuken. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een scoping review beschrijft ook dat de toepassing

van fysieke vrijheidsbeperking het risico op botbreuken bij verpleeghuisbewoners met dementie verhoogd (Pu & Moyle, 2020).

Gewijzigd voedingspatroon en/of ondervoeding

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), Australische richtlijn 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot een gewijzigd voedingspatroon en ondervoeding. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor dit mogelijke gevolg van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Hartproblemen

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en de Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot hartproblemen/ verhoogde cardiale stress. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor deze gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Overlijden

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking de kans op overlijden verhoogd. De geïdentificeerde artikelen uit de wetenschappelijke literatuur bevestigen dit. Voor de verpleeghuissetting is er onderzoek gedaan naar een mogelijk verhoogde kans op overlijden n.a.v. de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. De resultaten van een systematic review (Bellenger, Ibrahim, Bugeja, & Kennedy, 2017), scoping review (Pu & Moyle, 2020) en een integratieve review (Backes et al., 2019) wijzen uit dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking de kans op overlijden verhoogd.

Longontsteking en ademhalingsproblemen

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016) en Australische richtlijn 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot longontsteking en ademhalingsproblemen. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor dit mogelijke gevolg van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Nosocomiale infecties

De Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot nosocomiale infecties. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor dit gevolg van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking.

Mobiliteit beperking

De Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot mobiliteit beperkingen. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een integratieve review met als doelgroep ouderen (Backes et al., 2019) en een longitudinale studie met als doelgroep verpleeghuisbewoners (Engberg et al., 2008) bevestigen dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan resulteren in mobiliteit beperkingen.

Vallen en val gerelateerd letsel

De Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot vallen en daaropvolgend val gerelateerd letsel. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een scoping review bevestigt dit gevolg. De toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners verhoogt het risico op vallen (Pu & Moyle, 2020).

Slaapverstoring

In de Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) wordt beschreven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot verstoringen in het slaappatroon (RNAO, 2012)

Urineweginfecties

In de belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' wordt beschreven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot urineweginfecties bij thuiswonende ouderen (Scheepmans et al., 2016).

Wurging

De Ierse richtlijn 'Guidelines on the use of restraint in the care of the older person' beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de zorg van ouderen kan leiden tot wurging (Irish Nurses Organisation, 2003).

Lagere body mass index (Anderson & Blair, 2020)

In een observationele longitudinale studie met als doelgroep verpleeghuisbewoners met dementie beschrijven Anderson & Blair (2020) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot een lagere body mass index bij cliënten.

Veranderingen in bloeddruk, volume en basaalmetabolisme

De Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot veranderingen in de bloedruk, het volume en basaalmetabolisme

Bloedprop, longembolie, oedeem in onderste extremiteit

De Belgische richtlijn 'Streven naar een Fixatiearme thuiszorg' (2016) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot het ontwikkelen van bloedproppen, longembolieën en oedemen in de onderste extremiteiten (Scheepmans et al., 2016)

Pijn

De Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot pijn (RNAO, 2012).

Cognitieve/psychologische gevolgen

Depressie of depressieve symptomen

De Belgische richtlijn 'Streven naar een fixatiearme thuiszorg' (2016), de Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot depressie of depressieve gevoelens. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een observationele, longitudinale studie bevestigde dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot meer depressieve klachten bij in dit geval verpleeghuisbewoners met dementie (Anderson & Blair, 2020).

Delier en/of verwardheid

De Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat verwardheid een mogelijk gevolg kan zijn van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een scoping review bevestigd dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking de kans op delier aanzienlijk vergroot bij verpleeghuisbewoners met dementie (Pu & Moyle, 2020).

Boosheid, agitatie en/of frustratie

De Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) en Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints' (2012) beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot respectievelijk agitatie en gevoelens van boosheid. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een scoping review beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners met dementie de hoeveelheid geagiteerd gedrag verhoogde (Pu & Moyle, 2020).

Cognitieve achteruitgang

Volgens de Ierse richtlijn 'Guideline on the use of restraint in the care of the older person' (2003) kan de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking leiden tot cognitieve achteruitgang bij oudere personen. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een integratieve review (Backes et al., 2019), scoping review (Pu & Moyle, 2020) en een individueel artikel (Engberg et al., 2008) Bevestigt dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking resulteerde in cognitieve achteruitgang bij verpleeghuisbewoners met of zonder dementie.

Minder op het gemak zijn en minder contact maken met personeel

In een observationele longitudinale studie met als doelgroep verpleeghuisbewoners met dementie beschrijven Anderson & Blair (2020) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot cliënten die zich minder op het gemak voelen en minder contact maken met het personeel (Anderson & Blair, 2020)

Emotionele isolatie

De Ierse richtlijn 'Guidelines on the use of restraint in the care of the older person' beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in de zorg van ouderen kan leiden tot emotionele isolatie (Irish Nurses Organisation, 2003).

Verlies van autonomie, waardigheid, schuldgevoel, laag zelfbeeld, angsten en sensorische deprivatie

De Canadese richtlijn 'Alternative approaches to the use of restraints (2012) beschrijft dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot verlies van autonomie en waardigheid, schuldgevoel, een laag zelfbeeld, angsten en sensorische deprivatie (RNAO, 2012)

Verlaagde kwaliteit van leven

De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een systematische review (Robertson et al., 2017) en een observationele longitudinale studie (Anderson & Blair, 2020) met als doelgroep verpleeghuisbewoners met dementie beschrijven dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot een vermindering in de ervaren kwaliteit van leven.

De gevolgen van psychotrope medicatie voor <u>ouderen</u> op basis van geïdentificeerde richtlijnen, rapporten, tools en wetenschappelijke studies

Overlijden

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014), beschrijven dat de toepassing van psychotrope medicatie en specifiek antipsychotica het risico op overlijden verhoogd. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van reviews en aanvullende individuele artikelen bevestigen dat de toepassing van psychotrope medicatie (Johnell et al., 2017) en specifiek antipsychotica (Behrman, Burgess, & Topiwala, 2018; Harrison et al., 2021; Jackson, Schneeweiss, VanderWeele, & Blacker, 2014; Lapeyre-Mestre, 2016; Ralph & Espinet, 2018; Randle, Heckman, Oremus, & Ho, 2019; Sturm, Trinkley, Porter, & Nahata, 2018) of een interactie-effect van antipsychotica met andere medicatie (Liperoti et al., 2017) de kans op overlijden verhoogd.

Vallen en val gerelateerd letsel

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat de toepassing van psychotrope medicatie en antipsychotica het risico op vallen vergroot. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van reviews en aanvullende individuele artikelen bevestigen dit gevolg (Behrman et al., 2018; Cox et al., 2016; Du, Wolf, & Knopf, 2017; Ha et al., 2021; Hart, Phelan, Yi, Marcum, & Gray, 2020; Janus, Reinders, van Manen, Zuidema, & IJzerman, 2017; Johnell et al., 2017; Sturm et al., 2018).

Anticholinergische bijwerkingen

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat de toepassing van antipsychotica anticholinergische bijwerkingen heeft voor de cliënt met dementie. In de wetenschappelijke literatuur worden anticholinergische bijwerkingen voor cliënten met dementie beschreven als gevolg van psychotrope polyfarmacie (Behrman et al., 2018).

Urineweginfecties

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat de toepassing van respectievelijk antipsychotica en psychotrope medicatie in het algemeen urineweginfecties kunnen veroorzaken. Dit wordt in de wetenschappelijke literatuur onderbouwd door een 'population-based' cohortstudie dat concludeert dat de toepassing van antipsychotica geassocieerd is met urineweginfecties bij thuiswonende vrouwen die 65 jaar of ouder zijn (van Strien et al., 2017).

Abnormale gang, ADL-achteruitgang en/of mobiliteit beperking

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat een abnormale gang een gevolg is van de toepassing van antipsychotica. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een cross-sectionele studie (Loggia et al., 2020) en een prospectieve follow up studie (Rosenberg et al., 2012) onderbouwen dit verder. Volgens Rosenberg en collega's (2012) is de toepassing van psychotrope medicatie geassocieerd met een snellere achteruitgang in ADL en zelfzorgcapaciteiten bij cliënten met Alzheimer (Rosenberg et al., 2012). Daarbij beschrijft Loggia en collega's (2020) dat de toepassing van op zijn minst twee vormen van psychotrope medicatie geassocieerd is met mobiliteitsbeperking bij thuiswonende ouderen die 55 jaar en ouder zijn (Loggia et al., 2020).

Slaperigheid

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat respectievelijk de toepassing van psychotrope medicatie in het algemeen en specifiek antipsychotica kan leiden tot slaperigheid bij cliënten met dementie. Er is in de wetenschappelijke literatuur (gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar) geen verdere onderbouwing gevonden voor dit mogelijke gevolg.

Cardiovasculaire gevolgen zoals metabolisch syndroom

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica cardiovasculaire negatieve gevolgen heeft voor de cliënt met gedragsproblematiek bij dementie. Soortgelijke gevolgen worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Twee reviews en een retrospectieve observationele studie beschrijven dat psychotrope medicatie (Behrman et al., 2018) en (a-)typische antipsychotica (Bain, Schwartz, & Chan-Ting, 2017; Sturm et al., 2018)

respectievelijk negatieve cardio metabole effecten en metabool syndroom kunnen veroorzaken bij cliënten met dementie.

Extrapyramidale symptomen

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) en het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijven dat de toepassing van antipsychotica extrapiramidale symptomen zoals parkinsonisme voor de cliënt met dementie kan veroorzaken. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een narratieve review (Bain et al., 2017) en retrospectieve observationele studie (Sturm et al., 2018) beschrijft dat de toepassing van (a-)typische antipsychotica extrapiramidale symptomen kan veroorzaken.

Botverlies en/of verhoogde kans op botbreuken

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica botbreuken en specifiek heupfracturen kan veroorzaken. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een systematische review beschrijft dat de toepassing van antipsychotica het risico op botbreuken aanzienlijk verhoogd bij ziekenhuispatiënten en verpleeghuisbewoners(Lee et al., 2017).

Ziekenhuisopname

Het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica kan leiden tot ziekenhuisopnames. De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een 'matched case–control' studie bevestigt dat de toepassing van psychotrope medicatie, specifiek wanneer deze gecombineerd worden, geassocieerd zijn met ziekenhuisopname bij ouderen (Johnell et al., 2017).

Gewichtstoename

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica kan leiden tot gewichtstoename (Bjerre et al., 2018).

Urine-incontinentie

Het Australische rapport 'The use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijft dat de toepassing van psychotrope medicatie bij cliënten met dementia kan leiden tot urine-incontinentie (Alzheimer's Australia, 2014).

Cardiovasculaire problemen

Het Australische rapport 'The use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) en de Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) beschrijven dat de toepassing van psychotrope medicatie en specifiek antipsychotica kan leiden tot cardiovasculaire problemen bij cliënten met dementie (Alzheimers Australia, 2014; Bjerre et al., 2018).

Metabole verstoringen

De Canadese richtlijn 'Deprescribing antipsychotics for behavioral and psychological symptoms of dementia and insomnia' (2018) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica bij cliënten met dementie kan leiden tot metabole verstoringen (Bjerre et al., 2018).

Longontsteking en/of ademhalingsproblemen

De wetenschappelijke literatuur in de vorm van een mini-review (Behrman et al., 2018) en een retrospectieve cohortstudie (Mehta, Pulungan, Jones, & Teigland, 2015) beschrijven longontsteking als gevolg van psychotrope medicatie. Behrman en collega's (2018) beschrijven dat de toepassing van psychotrope medicatie bij ouderen en specifiek bij ouderen met dementie geassocieerd is met het krijgen van longontstekingen (Behrman et al., 2018). Voor cliënten ouder dan 65 jaar beschrijven Mehta en collega's (2015) dat de toepassing van atypische antipsychotica het risico op longontsteking vergroot (Mehta et al., 2015).

Blaarziekten (Bullous Pemphigoid)
Liu en collega's (2020) beschrijven in systematische review dat de toepassing van psychotrope medicatie in de vorm van dopaminerge medicatie blaarziekten kan veroorzaken (Liu, Chen, & Chi, 2020).

Slaapverstoring

Webster en collega's (2020) beschrijven in een systematische reviews en meta-analyse dat de toepassing van psychotrope medicatie bij verpleeghuisbewoners met dementie kan leiden tot verstoringen in het slaappatroon (Webster et al., 2020)

Cognitieve/psychologische gevolgen

Cognitieve achteruitgang en/of verhoogd risico op dementie

Het Australische rapport 'the use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijft dat de toepassing van psychotrope medicatie het risico op cognitieve achteruitgang vergroot. De wetenschappelijke literatuur bevestigt dit voor verschillende settingen. Het gebruik van psychotrope medicatie (Loggia et al., 2020; Rosenberg et al., 2012) en specifiek antipsychotica (Behrman et al., 2018) en antidepressiva (Moraros, Nwankwo, Patten, & Mousseau, 2017) verhoogt het risico op cognitieve achteruitgang. De toepassing van benzodiazepines bij ouderen (Penninkilampi & Eslick, 2018), antidepressiva dat als ongepast bestempeld wordt bij ouderen die 75 jaar en ouder zijn (Heser et al., 2018) en antidepressiva in het algemeen (Wang et al., 2018), vergroot het risico op dementie.

Verwardheid

Het Australische rapport 'The use of restraints and psychotropic medication in people with dementia' (2014) beschrijft dat de toepassing van antipsychotica kan leiden tot verwardheid bij cliënten met dementie (Alzheimer's Australia, 2014).

Verlaagde kwaliteit van leven

De wetenschappelijke literatuur in de vorm van twee cross-sectionele studies (Harrison et al., 2018; Ito, Berge, Husebo, Nouchi, & Sandvik, 2020) beschrijven dat de toepassing van psychotrope

medicatie geassocieerd is met een lagere kwaliteit van leven. Ito en collega's (2020) merken op dat de toepassing van psychotrope medicatie geassocieerd is met een lagere kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners met en zonder cognitieve beperking of dementie (Ito et al., 2020). Harrison en collega's (2018) beschrijven een associatie tussen toenemende psychotrope medicatie en lagere kwaliteit van leven onafhankelijk van de neuro psychiatrische symptomen in alle fases van dementie (Harrison et al., 2018).

Gedragsproblematiek/Meer negatief gedrag en minder positief gedrag
Inventor en collega's (2018) beschrijven in een studie waarin een secundaire data analyse is uitgevoerd op dat uit een eerder gepubliceerde longitudinale observatie studie dat de toepassing van psychotrope medicatie leid tot meer gedragproblematiek en meer negatief gedrag en minder positief gedrag (Inventor et al., 2018).

De gevolgen van dwang voor ouderen op basis van geïdentificeerde richtlijnen, rapporten, tools en wetenschappelijke studies

De zoekstrategie die zich beperkte tot het vinden van wetenschappelijke studies gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar (van 25-10-2016 tot 25-10-2021) heeft niet geresulteerd in het vinden van informatie over de gevolgen van de toepassing van dwang voor de cliënt in de ouderenzorg en is onvoldoende onderzocht. De werkgroep geeft op basis van de informatie die beschikbaar is voor fysieke vrijheidsbeperking en psychotrope een aantal overwegingen mee. Zie kop 'overweging vanuit de werkgroep'. Fysieke gevolgen bij de toepassing van dwang kunnen ontstaan wanneer er sprake is van ernstig verzet. Psychologische gevolgen komen voornamelijk voort uit het verlies van autonomie en eigen waarde, het verlies van vertrouwen in de zorgverlener, achteruitgang in de ervaren kwaliteit van leven, boosheid, agitatie en agressie.

De gevolgen van fysieke vrijheidsbeperking voor cliënten met een verstandelijke beperking op basis van wetenschappelijke studies

De zoekstrategie die zich beperkte tot het vinden van wetenschappelijke studies gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar (van 25-10-2016 tot 25-10-2021) heeft niet geresulteerd in het vinden van informatie over de gevolgen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking bij cliënten met een verstandelijke beperking. Eerder werd er door verschillende auteurs wel gesproken over de mogelijke gevolgen van fysieke vrijheidsbeperking. In het artikel van Harris en collega's (1996) wordt de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking omschreven als mogelijk leidend tot minder sociale interactie, minder adaptief gedrag en verstoorde groei en psychologische ontwikkeling (Harris, 1996). Verder wordt er gesproken over botdemineralisatie, het verkorten van pezen en een verstoorde motorische ontwikkeling als gevolg van de toepassing van beweging beperkende maatregelen (Harris, 1996). Recenter beschrijven Luiselli en collega's (2009) dat de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking kan leiden tot blessures (niet gespecificeerd) en het veroorzaken van meer problematisch gedrag (Luiselli, 2009). Williams en collega's vullen aan door een rapport aan te halen waarin beschreven wordt dat er 142 personen met een verstandelijke beperking zijn overleden ten gevolge van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking (Williams, 2010).

De gevolgen van psychotrope medicatie voor cliënten met een verstandelijke beperking op basis van wetenschappelijke studies

De zoekstrategie die zich beperkte tot het vinden van wetenschappelijke studies gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar (van 25-10-2016 tot 25-10-2021) resulteerde in het includeren van één wetenschappelijke studie. Charlot en collega's (2020) beschrijven aan de hand van de Matson Evaluation of Drugs Side effects (MEDS) schaal de bijwerkingen die cliënten met een verstandelijke beperking ervaren wanneer er psychotrope medicatie wordt toegepast (Charlot, Doerfler, & McLaren, 2020). In vergelijking met eerdere studies waarbij cliënten geen psychotrope medicatie gebruikten waren de bijwerkingen in de huidige studie waarin cliënten psychotrope medicatie voorgeschreven krijgen veel hoger. Onderstaand een overzicht van de mogelijke bijwerkingen op basis van de MEDS schaal:

- *Abnormale gang*
- *Balans stoornis*
- *Motorische coördinatieproblemen, ataxie*
- *Motorische onrust of agitatie*
- *Heen en weer lopen of niet stil kunnen zitten*
- *Gewicht verplaatsen, zitten of staand*
- *Hyperactief of chaotisch gedrag*
- *Angst of nervositeit*
- *Stereotiep gedrag*
- *Zelf verwondend gedrag*
- *Agressie of destructief gedrag*
- *Bewegingsloos of tijdelijke verlamming*
- *Tremor van handen of voeten*
- *Grimassen of wenkbrauwen optrekken/fronzen.*

Een studie die later is geïdentificeerd beschrijft de ervaringen van cliënten met een verstandelijke beperking die onbegrepen gedrag vertonen en psychotrope medicatie gebruiken. Hoewel een aantal cliënten tevreden waren met de psychotrope medicatie die bij hen toegepast werd beschreven anderen dat ze wilden stoppen of voorheen al hebben geprobeerd te stoppen met het innemen van psychotrope medicatie. Deze cliënten ervaarden dat de medicatie niet het beoogde effect heeft, verslavend is en bijwerkingen heeft. De cliënten waren daarom van mening dat psychotrope medicatie niet moest worden toegepast tenzij het absoluut noodzakelijk is (Wolkorte, van Houwelingen, & Kroezen, 2019).

De gevolgen van dwang voor cliënten met een verstandelijke beperking op basis van wetenschappelijke studies

De zoekstrategie die zich beperkte tot het vinden van wetenschappelijke studies gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar (van 25-10-2016 tot 25-10-2021) heeft niet geresulteerd in het vinden van informatie over de gevolgen van de toepassing van dwang en is nog onvoldoende onderzocht bij cliënten met een verstandelijke beperking. De werkgroep geeft op basis van de informatie die beschikbaar is voor fysieke vrijheidsbeperking, psychotrope medicatie en informatie uit de ouderenzorg een aantal overwegingen mee. Zie kop 'overweging vanuit de werkgroep'.

Bijlage 8: Randvoorwaarden voor implementatie

De werkgroep heeft op basis van de wetenschappelijke literatuur en eigen ervaringen randvoorwaarden opgesteld die aanwezig dienen te zijn om de toepassing van onvrijwillige zorg effectief te voorkomen, te verminderen en/of te stoppen. Deze randvoorwaarden zijn van organisatorische aard en ondersteunen professionele zorgverleners bij de uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijn. De randvoorwaarden zijn als aanbeveling voor een zorgorganisatie opgesteld.

De werkgroep adviseert zorgorganisaties om een organisatie breed plan te implementeren dat bestaat uit meerdere componenten. De aanwezigheid van de componenten binnen dit organisatie brede plan scheppen de randvoorwaarden om ervoor te zorgen dat de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een psychogeriatrische aandoening of cliënten met een verstandelijke beperking voorkomen, verminderd en/of gestopt kunnen worden. De onderstaande opsomming is anders dan de randvoorwaarden die nodig zijn om je als zorgorganisatie te houden aan de Wet Zorg en Dwang. Het gaat hier specifiek om de randvoorwaarden die de toepassing van onvrijwillige zorg kunnen voorkomen en/of verminderen).

Onderdelen van dit organisatie brede plan zijn:

- Nieuw beleid gericht op het niet meer toepassen van onvrijwillige zorg
    - Richten op de attitude van beleidsmakers, managers en zorgpersoneel
- Training en educatie op het gebied van:
    - De diagnose dementie.
    - Diagnoses en syndromen bij verstandelijke beperkingen.
    - Onbegrepen/signaal gedrag (bijvoorbeeld agitatie en agressie) en hoe om te gaan met onbegrepen/signaal gedrag.
    - Het herkennen van factoren die het risico op de toepassing van onvrijwillige zorg vergroten.
    - Meetinstrumenten om de risicofactoren op de toepassing van onvrijwillige zorg in kaart te brengen.
    - De gevolgen van de toepassing van onvrijwillige zorg voor de cliënt
    - Alternatieven voor de toepassing: waarbij de zorgprofessional leert om creatief te zijn met het inzetten alternatieven (denk aan alternatievenbundel Vilans)
- Begeleiding en expert consultatie voor zorgprofessionals.
- Multidisciplinaire samenwerking.
- Medicatiebeoordeling om het off-label gebruik van psychofarmaca te verminderen en het juist gebruik te verhogen.

Onderbouwing

Ouderenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerde literatuuronderzoek zijn 3 studies geselecteerd.

1. De systematische review van Brugnolli en collega's (2020) beschrijft effectieve multicomponent interventies gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking in verpleeghuizen (Brugnolli et al., 2020), waarbij de gehele

organisatie betrokken wordt. De componenten binnen deze effectieve interventies betreffen:

- Educatie en/of training van zorgprofessionals
- Begeleiding en consultatie door een expert op het gebied van fysieke vrijheidsbeperking
- Het beschikbaar stellen van alternatieven voor de toepassing van fysieke vrijheidsbeperking
- Het verspreiden van een richtlijn in de dagelijkse praktijk
- Vastgesteld beleid binnen een organisatie waarbij het uitgangspunt is dat fysieke vrijheidsbeperking en onvrijwillige zorg zo min mogelijk worden toegepast.

2. Het overzicht van reviews zoals beschreven door Wiggin en collega's vat de beschikbare systematische reviews samen voor interventie studies gericht op het voorkomen of verminderen van de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners met dementie (Wiggin et al., 2021). Wiggin en collega's concluderen dat interventies die stakeholders op verschillende niveaus betrekken in een interventie effectief zijn (Wiggin et al., 2021). Daarbij is er bewijs voor het verminderen van het voorschrijfgedrag t.a.v. psychofarmaca door het veranderen van de organisatiecultuur en het implementeren van multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast moeten kennis lacunes en organisatorische structuren/het klimaat omtrent het onjuist voorschrijven van psychofarmaca aangepakt worden om de toepassing van psychofarmaca te voorkomen en/of te verminderen.

3. De RCT van Galik en collega's 2021 beschrijft de effectiviteit van de 'Function and Behavior Focused Care for the Cognitively Impaired (FBFC-CI) interventie gericht op onder andere het verminderen van getoond verzet door verpleeghuisbewoners met dementie. De interventie bestaat uit aanpassingen binnen de organisatie en haar beleid op verschillende niveaus:
    - Veranderingen in het beleid en de zorgomgeving;
    - Educatie en training van verpleegkundig personeel;
    - Doelen stellen in samenspraak met verpleeghuisbewoners en familie;
    - Verpleeghuispersoneel wordt gemotiveerd om de interventie te integreren in de dagelijkse zorg.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit het voor deze uitgangsvraag uitgevoerd literatuuronderzoek is 1 studie geselecteerd. De RCT-studie van Schippers en collega's (2018) beschrijft een multidisciplinaire multicomponent interventie die effectief is in het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg bij cliënten met een verstandelijke beperking. De multicomponent interventie richtte zich op het vergroten van het bewustzijn en registratie van de toepassing van onvrijwillige zorg op het organisatieniveau, multidisciplinaire consultatie op het team niveau en multidisciplinaire interventie op cliënt niveau.

Overwegingen werkgroep

De wetenschappelijke literatuur is voor zowel de ouderenzorg als verstandelijk gehandicaptenzorg eenduidig over de effectiviteit van een organisatorische interventie die bestaat uit meerdere elementen. Deze elementen zijn een cultuurverandering, educatie en training van zorgpersoneel, begeleiding en consultatie van het zorgpersoneel door experts, multidisciplinaire samenwerking en uitvoeren van medicatiebeoordelingen. De werkgroep heeft in consensus besloten de inzet van een organisatorische interventie te onderschrijven.

Het beoogde gunstige effect betreft de preventie en reductie van de toepassing van onvrijwillige zorg en daarmee de afname van de negatieve gevolgen van de toepassing. De werkgroep vindt dat het verminderen van de toepassing van onvrijwillige zorg en de voordelen daarvan opwegen tegen de mogelijke negatieve consequenties zoals mogelijk meer valrisico of dwaalgedrag bij cliënten. Het cliëntenperspectief wordt gunstig beoordeeld. De cliëntvertegenwoordigers opperden voorafgaand aan het opstellen van de aanbevelingen dat het voorkomen of verminderen van onvrijwillige zorg een cultuurverandering vereist. Voor deze beoogde cultuurverandering is het belangrijk dat alle lagen van de organisatie betrokken worden bij het veranderproces. De huidige aanbeveling borduurt hierop voort. Voor het professioneel perspectief beschrijft de werkgroep het volgende: De werkgroep onderstreept het belang van een multicomponent interventie waarbij er steun is vanuit het management/directie. De aanbeveling die voortkomt uit de wetenschappelijke literatuur is daarom in lijn met de denkwijze van de werkgroep. De werkgroep realiseert zich dat de uitvoering van de huidige aanbeveling in de praktijk druk zet op het al dan niet beschikbare budget. Echter gaat de werkgroep ervan uit dat de organisaties met het in werking treden van de Wzd al nadrukkelijk bezig zijn met het voorkomen van onvrijwillige zorg en daar rekening mee hebben gehouden in het budget. Vergelijkbaar dient voor de uitvoer van deze aanbeveling de bestaande organisatiestructuren tegen het licht gehouden te worden. Professionele zorgverleners moeten bijvoorbeeld de juiste weg kunnen vinden naar ondersteuning voor moeilijke vraagstukken m.b.t. onvrijwillige zorg en daarbij dient de organisatie die ondersteuning te leveren (denk bijvoorbeeld aan het beschikbaar stellen van alternatieven zoals domotica). Voor wat betreft de maatschappelijke uitvoerbaarheid, is de aanbeveling in lijn met de nationale wetgeving (Wzd) en tracht de positie van de cliënt in zijn of haar zorgproces te verbeteren. Vandaar dat werkgroep van mening is dat er maatschappelijke steun is voor de uitvoering van deze aanbeveling. De werkgroep concludeert dat op basis van de eenduidigheid en kwaliteit van de literatuur voor beide settingen en de gunstige uitkomsten van andere bovengenoemde criteria, dat de aanbeveling sterk geformuleerd dient te worden in de vorm van een ‘doen’ aanbeveling.

Hoewel professionele zorgverleners geen directe invloed hebben op het ontwikkelen van een organisatie breed plan, benadrukt de werkgroep wel de rol die professionele zorgverleners hierin kunnen spelen. Professionele zorgverleners hebben een signalerende functie voor zaken die betrekking hebben op het wel of niet toepassen van onvrijwillige zorg. Professionele zorgverleners dienen niet alleen elkaar erop te wijzen dat onvrijwillige zorg voorkomen moet worden, maar dienen ook binnen de organisatie het onderwerp herhaaldelijk te agenderen. Cliëntenraden en professionele zorgverleners kunnen hierin samen optrekken. Hierbij kan ook gebruikt gemaakt worden van een Verpleegkundige/Verzorgende Advies Raad (VAR). Daarbij moeten zorgverleners steun voelen van en serieus genomen worden door bestuurders, directeuren en managers. Iedereen moet meegenomen worden in initiatieven om de toepassing van onvrijwillige zorg te voorkomen. Het uitvoeren van deze aanbeveling door een organisatie valt of staat met de

daarvoor beschikbare middelen. Het eerder uitgevoerde EXBELT-onderzoek van de Universiteit Maastricht heeft aangetoond dat beschikbare middelen met name nodig zijn voor het opleiden en bijscholen van medewerkers. Tot slot, herkend de werkgroep de verschillen tussen de intra- en extramurale zorg. Bij de inzet van een organisatie breed plan is er aandacht nodig voor de verschillen die kunnen ontstaan in de extramurale zorg t.o.v. de intramurale zorg. In de extramurale zorg is multidisciplinaire samenwerking niet vanzelfsprekend. Daarnaast hebben niet alle professionele zorgverleners altijd goed zicht op ziektebeelden die een rol spelen bij een cliënt, dit heeft implicaties voor de wijze waarop er al dan niet samengewerkt kan worden.

Conclusie

Ouderenzorg **Niveau 1A** Sterk wetenschappelijk bewijs: bewijs van systematische reviews van RCT studies **Niveau 2A** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele RCT	**Fysieke vrijheidsbeperking (Niveau 1A)** Op basis van een systematische review en meta-analyse van (cluster) RCT's is aangetoond dat educatieve en in grotere mate multicomponent interventies effectief zijn in het voorkomen of verminderen van fysieke vrijheidsbeperking bij verpleeghuisbewoners (Brugnolli et al., 2020) **Psychofarmaca (Niveau 1A)** Dit overzicht van reviews toont aan dat een multicomponent interventie waarbij meerdere stakeholders op verschillende niveaus van gezondheidszorg betrokken een effectieve strategie is om de toepassing van psychofarmaca bij verpleeghuisbewoners te verminderen (Wiggin et al., 2021) **Dwang (resistiveness to care) (Niveau 2A)** Het is aannemelijk dat de multicomponent interventie 'Function and Behavior Focused Care for the Cognitively Impaired (FBFC-CI) bestaande uit aanpassingen aan beleid en omgeving en educatie en training van verpleegkundig personeel geeft effectief is in het verminderen van getoond verzet door verpleeghuisbewoners met dementie' (Galik et al., 2021)
Verstandelijk gehandicaptenzorg **2A** Middelmatig wetenschappelijk bewijs: bewijs van een enkele RCT	**Onvrijwillige zorg (niveau 2)** Het is aannemelijk dat een multidisciplinair en multicomponent interventie programma de toepassing van onvrijwillige zorg (coercive measures) bij cliënten met een verstandelijke beperking vermindert in afdelingen van een grote zorgorganisatie (Schippers et al., 2018).

Criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd

De aanbevelingen van de richtlijn vormen de kern waarop de toepassing van de richtlijn getoetst kan worden. Daarnaast is het zinvol om het proces van implementatie op individueel, team, multidisciplinair en organisatieniveau en de samenwerking met de mantelzorger te monitoren. Deze monitoring en evaluatie zou door V&VN moeten worden aangestuurd.

Bijlage 9: Juridische betekenis

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de zorgvrager van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijn in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

Bijlage 10: Referentielijst

Referentie lijst Module 1

Ouderenzorg

Alanen, H. M., Finne-Soveri, H., Fialova, D., Topinkova, E., Jonsson, P. V., Soerbye, L. W., ... & Leinonen, E. (2008). Use of antipsychotic medications in older home-care patients. Report from nine European countries. *Aging clinical and experimental research*, *20*(3), 260-265.

Allers, K., Dörks, M., Schmiemann, G., & Hoffmann, F. (2017). Antipsychotic drug use in nursing home residents with and without dementia: keep an eye on the pro re nata medication. *International clinical psychopharmacology*, *32*(4), 213-218.

Alessi-Severini, S., Dahl, M., Schultz, J., Metge, C., & Raymond, C. (2013). Prescribing of psychotropic medications to the elderly population of a Canadian province: a retrospective study using administrative databases. *PeerJ*, *1*, e168.

Anrys, P. M., Strauven, G. C., Foulon, V., Degryse, J. M., Henrard, S., & Spinewine, A. (2018). Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(10), 884-890.

Azermai, M., Elseviers, M., Petrovic, M., van Bortel, L., & Vander Stichele, R. (2011). Assessment of antipsychotic prescribing in Belgian nursing homes. *International psychogeriatrics*, *23*(8), 1240-1248.

Castle, N. G. (2002). Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Medical Care*, 868-878.

Castle, N. G., & Engberg, J. B. (2007). Nursing home deficiency citations for medication use. *Journal of Applied Gerontology*, *26*(2), 208-232.

Cioltan, H., Alshehri, S., Howe, C., Lee, J., Fain, M., Eng, H., ... & Mohler, J. (2017). Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. *BMC geriatrics*, *17*(1), 1-12.

de Mauleon, A., Sourdet, S., Renom-Guiteras, A., Gillette-Guyonnet, S., Leino-Kilpi, H., Karlsson, S., ... & RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Associated factors with antipsychotic use in long-term institutional care in eight European countries: Results from the RightTimePlaceCare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(11), 812-818.

Delvalle, R., Santana, R. F., Menezes, A. K., Cassiano, K. M., Carvalho, A. C. S. D., & Barros, P. D. F. A. (2020). Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*.

Draper, B., Brodaty, H., Low, L. F., Saab, D., Lie, D., Richards, V., & Paton, H. (2001). Use of psychotropics in Sydney nursing homes: associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances. *International Psychogeriatrics*, *13*(1), 107-120.

Estévez-Guerra, G. J., Fariña-López, E., Núñez-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, F., & Capezuti, E. A. (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC geriatrics*, *17*(1), 1-7.

Evans, D., & FitzGerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International journal of nursing studies*, *39*(7), 735-743.

Fashaw, S., Chisholm, L., Mor, V., Meyers, D. J., Liu, X., Gammonley, D., & Thomas, K. (2020). Inappropriate antipsychotic use: The impact of nursing home socioeconomic and racial composition. *Journal of the American Geriatrics Society*, *68*(3), 630-636.

Frankenthal, D., Zandman-Goddard, G., Ben-Muvhar, Y., & Porat-Katz, B. S. (2016). The impact of facility characteristics on the use of antipsychotic medications in nursing homes: a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, *5*(1), 1-6.

Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of advanced nursing*, *45*(3), 246-251.

Hamers, J. P., Bleijlevens, M. H., Gulpers, M. J., & Verbeek, H. (2016). Behind closed doors: involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(2), 354-358.

Heeren, P., Van de Water, G., De Paepe, L., Boonen, S., Vleugels, A., & Milisen, K. (2014). Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *Journal of Gerontological Nursing*, *40*(12), 48-54.

Heinze, C., Dassen, T., & Grittner, U. (2012). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, *21*(7-8), 1033-1040.

Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(21-22), 3012-3024.

Huang, H. C., Huang, Y. T., Lin, K. C., & Kuo, Y. F. (2014). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(1), 130-143.

Janus, S. I., van Manen, J. G., IJzerman, M. J., Bisseling, M., Drossaert, C. H., & Zuidema, S. U. (2017). Determinants of the nurses' and nursing assistants' request for antipsychotics for people with dementia. *International psychogeriatrics*, *29*(3), 475-484.

Kamble, P., Chen, H., Sherer, J. T., & Aparasu, R. R. (2009). Use of antipsychotics among elderly nursing home residents with dementia in the US. *Drugs & aging*, *26*(6), 483-492.

Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P. O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. Journal of the American Geriatrics Society, 49(12), 1722-1728.

Kijowska, V., Barańska, I., & Szczerbińska, K. (2021). Relationship between administrative characteristics of long-term care institutions and use of antipsychotics and anxiolytics in residents with cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *36*(2), 349-359.

Kim, H., & Whall, A. L. (2006). Factors associated with psychotropic drug usage among nursing home residents with dementia. *Nursing Research*, *55*(4), 252-258.

Kirkevold, Ø., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. International journal of geriatric psychiatry, 19(10), 980-988.

Kleijer, B. C., van Marum, R. J., Frijters, D. H., Jansen, P. A., Ribbe, M. W., Egberts, A. C., & Heerdink, E. R. (2014). Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, *26*(3), 363-371.

Kuroda, N., Hamada, S., Sakata, N., Jeon, B., Iijima, K., Yoshie, S., ... & Tamiya, N. (2019). Antipsychotic use and related factors among people with dementia aged 75 years or older in J apan: A comprehensive population-based estimation using medical and long-term care data. *International journal of geriatric psychiatry*, *34*(3), 472-479.

Kuronen, M., Kautiainen, H., Karppi, P., Hartikainen, S., & Koponen, H. (2017). Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: A cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *32*(12), 1418-1424.

de Mazières, C. L., Lapeyre-Mestre, M., Vellas, B., de Souto Barreto, P., & Rolland, Y. (2015). Organizational factors associated with inappropriate neuroleptic drug prescribing in nursing homes: A multilevel approach. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(7), 590-597.

Lam, K., Kwan, J. S., Kwan, C. W., Chong, A. M., Lai, C. K., Lou, V. W., ... & Chi, I. (2017). Factors associated with the trend of physical and chemical restraint use among long-term care facility residents in Hong Kong: data from an 11-year observational study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(12), 1043-1048.

Lane, C., & Harrington, A. (2011). The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *International Journal of Nursing Practice*, *17*(2), 195-204.

Lindesay, J., Matthews, R., & Jagger, C. (2003). Factors associated with antipsychotic drug use in residential care: changes between 1990 and 1997. *International journal of geriatric psychiatry*, *18*(6), 511-519.

Ludwin, B. M., & Meeks, S. (2018). Psychological factors related to nurses' intentions to initiate an antipsychotic or psychosocial intervention with nursing home residents. *Geriatric Nursing*, *39*(5), 584-592.

Mamun, K., Goh-Tan, C. Y. E., & Ng, L. L. (2003). Prescribing psychoactive medications in nursing homes: current practice in Singapore. *Singapore Med J*, *44*(12), 625-9.

Mann, E., Köpke, S., Haastert, B., Pitkälä, K., & Meyer, G. (2009). Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, *9*(1), 1-8.

Mansbach, W. E., Mace, R. A., Clark, K. M., Firth, I. M., & Breeden, J. K. (2016). Predicting off-label antipsychotic medication use in a randomly selected nursing home sample based on resident and facility characteristics. *Research in Gerontological Nursing*, *9*(6), 257-266.

Mengelers, A. M., Moermans, V. R., Bleijlevens, M. H., Verbeek, H., Capezuti, E., Tan, F., ... & Hamers, J. P. (2020). Involuntary treatment in dementia care at home: Results from the Netherlands and Belgium. *Journal of Clinical Nursing*.

Moermans, V. R., Bleijlevens, M. H., Verbeek, H., Tan, F. E., Milisen, K., & Hamers, J. P. (2018). The use of involuntary treatment among older adults with cognitive impairment receiving nursing care at home: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *88*, 135-142.

Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International journal of nursing studies*, *51*(2), 274-288.

Monette, J., Alessa, W., McCusker, J., Cole, M., Voyer, P., Champoux, N., ... & Belzile, E. (2012). Association of resident and room characteristics with antipsychotic use in long-term care facilities (LTCF). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *55*(1), 66-69.

Mulders, A. J., Zuidema, S. U., Leeuwis, R., Bor, H., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2019). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing home patients with young-onset dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(8), 1185-1193.

Nijk, R. M., Zuidema, S. U., & Koopmans, R. T. (2009). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, *21*(3), 485-493.

Nishtala, P. S., McLachlan, A. J., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2009). Determinants of antidepressant medication prescribing in elderly residents of aged care homes in Australia: a retrospective study. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, *7*(4), 210-219.

Nobili, A., Pasina, L., Trevisan, S., Riva, E., Lucca, U., Tettamanti, M., ... & Tarantola, M. (2009). Use and misuse of antipsychotic drugs in patients with dementia in Alzheimer special care units. *International Clinical Psychopharmacology*, *24*(2), 97-104.

Nørgaard, A., Jensen-Dahm, C., Gasse, C., Hansen, E. S., & Waldemar, G. (2017). Psychotropic polypharmacy in patients with dementia: prevalence and predictors. *Journal of Alzheimer's disease*, *56*(2), 707-716.

Nyborg, G., Brekke, M., Straand, J., Gjelstad, S., & Romøren, M. (2017). Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGEP-NH criteria. *BMC geriatrics*, *17*(1), 1-11.

Petek Šter, M., & Cedilnik Gorup, E. (2011). Psychotropic medication use among elderly nursing home residents in Slovenia: crosssectional study. *Croatian medical journal*, *52*(1), 16-24.

Pu, L., & Moyle, W. (2020). Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*.

Resnick, B., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Galik, E., Boltz, M., Ellis, J., ... & Zhu, S. (2021). Current psychotropic medication use and contributing factors among nursing home residents with cognitive impairment. *Clinical nursing research*, *30*(1), 59-69.

Richter, T., Mann, E., Meyer, G., Haastert, B., & Köpke, S. (2012). Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *Journal of the American Medical Directors Association*, *13*(2), 187-e7.

Rikala, M., Korhonen, M. J., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2011). Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people—characteristics of persistent and incident users. *European journal of clinical pharmacology*, *67*(7), 731-739.

Ruths, S., Straand, J., & Nygaard, H. (2001). Psychotropic drug use in nursing homes–diagnostic indications and variations between institutions. *European journal of clinical pharmacology*, *57*(6), 523-528.

Ruths, S., Sørensen, P. H., Kirkevold, Ø., Husebø, B. S., Krüger, K., Halvorsen, K. H., & Selbæk, G. (2013). Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *International journal of geriatric psychiatry*, *28*(8), 868-876.

Sawan, M., Jeon, Y. H., & Chen, T. F. (2018). Relationship between organizational culture and the use of psychotropic medicines in nursing homes: a systematic integrative review. *Drugs & aging*, *35*(3), 189-211.

Scheepmans, K., Milisen, K., Vanbrabant, K., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & de Casterlé, B. D. (2019). Factors associated with use of restraints on older adults with home care: a secondary analysis of a cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 39-45.

Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., Dewilde, S., & Cook, D. G. (2011). Antipsychotic prescribing to older people living in care homes and the community in England and Wales. *International journal of geriatric psychiatry*, *26*(4), 423-434.

Sirin, S. R., Castle, N. G., & Smyer, M. (2002). Risk factors for physical restraint use in nursing homes: The impact of the Nursing Home Reform Act. *Research on Aging*, *24*(5), 513-527.

Smeets, C. H., Gerritsen, D. L., Zuidema, S. U., Teerenstra, S., van der Spek, K., Smalbrugge, M., & Koopmans, R. T. (2018). Psychotropic drug prescription for nursing home residents with dementia: prevalence and associations with non-resident-related factors. *Aging & Mental Health*, *22*(9), 1244-1252.

Sørensen, L., Foldspang, A., Gulmann, N. C., & Munk-Jørgensen, P. (2001). Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *International journal of geriatric psychiatry*, *16*(2), 147-154.

Terada, S., Yamakawa, M., Kang, Y., Kobayashi, S., Liao, X. Y., Panuthai, S., ... & Makimoto, K. (2019). Variations and factors associated with psychotropic use in cognitively impaired elderly residing in long-term care facilities in East Asia: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, *19*(4), 291-299.

Van der Putten, M. J. G., Wetzels, R. B., Bor, H., Zuidema, S. U., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Antipsychotic drug prescription rates among Dutch nursing homes: the influence of patient characteristics and the dementia special care unit. *Aging & mental health*, *18*(7), 828-832.

van der Spek, K., Koopmans, R. T., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H., Wetzels, R. B., Smeets, C. H., ... & Gerritsen, D. L. (2018). Factors associated with appropriate psychotropic drug prescription in nursing home patients with severe dementia. *International psychogeriatrics*, *30*(4), 547-556.

Wagner, L. M., McDonald, S. M., & Castle, N. G. (2013). Nursing home deficiency citations for physical restraints and restrictive side rails. *Western Journal of Nursing Research*, *35*(5), 546-565.

Wang, J., Liu, W., Peng, D., Xiao, M., & Zhao, Q. (2020). The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(10), 2597-2609.

Wang, J., Liu, W., Zhao, Q., Xiao, M., & Peng, D. (2021). An application of the theory of planned behavior to predict the intention and practice of nursing staff toward physical restraint use in long-term care facilities: Structural equation modeling. *Psychology research and behavior management*, *14*, 275.

Willemse, B. M., De Jonge, J., Smit, D., Dasselaar, W., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2016). Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints?. *International psychogeriatrics*, *28*(6), 983-994.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Allen, D., Lowe, K., Brophy, S., & Moore, K. (2009). Predictors of restrictive reactive strategy use in people with challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*(2), 159-168.

Bowring, D. L., Totsika, V., Hastings, R. P., Toogood, S., & McMahon, M. (2017). Prevalence of psychotropic medication use and association with challenging behaviour in adults with an intellectual disability. A total population study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *61*(6), 604-617.

Deb, S., & Unwin, G. L. (2007). Psychotropic medication for behaviour problems in people with intellectual disability: a review of the current literature. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(5), 461-466.

Deb, S., Unwin, G., & Deb, T. (2015). Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, *59*(1), 11-25.

Fitton, L., & Jones, D. R. (2020). Restraint of adults with intellectual disabilities: A critical review of the prevalence and characteristics associated with its use. *Journal of Intellectual Disabilities*, *24*(2), 268-283.

Koch, A. D., Dobrindt, J., & Schützwohl, M. (2021). Prevalence of psychotropic medication and factors associated with antipsychotic treatment in adults with intellectual disabilities: a cross-sectional, epidemiological study in Germany. *Journal of Intellectual Disability Research*, *65*(2), 186-198.

Larue, C., Goulet, M. H., Prevost, M. J., Dumais, A., & Bellavance, J. (2018). Identification and analysis of factors contributing to the reduction in Seclusion and restraint for a population with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(2), e212-e222.

Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2009). Restraint procedures and challenging behaviours in intellectual disability: An analysis of causative factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*(2), 111-117.

McGill, P., Murphy, G., & Kelly-Pike, A. (2009). Frequency of use and characteristics of people with intellectual disabilities subject to physical interventions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*(2), 152-158.

McMahon, M., Hatton, C., & Bowring, D. L. (2020). Polypharmacy and psychotropic polypharmacy in adults with intellectual disability: A cross-sectional total population study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *64*(11), 834-851.

Merineau-Cote, J., & Morin, D. (2013). Correlates of restraint and seclusion for adults with intellectual disabilities in community services. *Journal of Intellectual Disability Research*, *57*(2), 182-190.

O'dwyer, M., Peklar, J., Mulryan, N., McCallion, P., McCarron, M., & Henman, M. C. (2017). Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Journal of Intellectual Disability Research*, *61*(10), 969-983.

Richardson, B., Webber, L. S., & Lambrick, F. (2020). Factors associated with long-term use of restrictive interventions. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *45*(2), 159-166.

Scheifes, A., de Jong, D., Stolker, J. J., Nijman, H. L., Egberts, T. C., & Heerdink, E. R. (2013). Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, *34*(10), 3159-3167.

Scheirs, J. G., Blok, J. B., Tolhoek, M. A., Aouat, F. E., & Glimmerveen, J. C. (2012). Client factors as predictors of restraint and seclusion in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *37*(2), 112-120.

Song, M., Ware, R., Doan, T. N., & Harley, D. (2020). Psychotropic medication use in adults with intellectual disability in Queensland, Australia, from 1999 to 2015: a cohort study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *64*(1), 45-56.

Sturmey, P., Lott, J. D., Laud, R., & Matson, J. L. (2005). Correlates of restraint use in an institutional population: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49*(7), 501-506.

Wastell, S., Skirrow, P., & Hare, D. J. (2016). Factors influencing the use of psychotropic medication for challenging behaviour in the United Kingdom: AQ method investigation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *29*(4), 295-304.

Webber, L. S., Richardson, B., White, K. L., Fitzpatrick, P., McVilly, K., & Forster, S. (2019). Factors associated with the use of mechanical restraint in disability services. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *44*(1), 116-120.

Referentie lijst module 2

Ouderenzorg

Ayalon, L., Lev, S., Green, O., & Nevo, U. (2016). A systematic review and meta-analysis of interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age and Ageing*, *45*(2), 216-227.

Birkenhäger-Gillesse, E. G., Kollen, B. J., Achterberg, W. P., Boersma, F., Jongman, L., & Zuidema, S. U. (2018). Effects of psychosocial interventions for behavioral and psychological symptoms in dementia on the prescription of psychotropic drugs: a systematic review and meta-analyses. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(3), 276-e1.

Brugnolli, A., Canzan, F., Mortari, L., Saiani, L., Ambrosi, E., & Debiasi, M. (2020). The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *International journal of environmental research and public health*, *17*(18), 6738.

Coon, J. T., Abbott, R., Rogers, M., Whear, R., Pearson, S., Lang, I., ... & Stein, K. (2014). Interventions to reduce inappropriate prescribing of antipsychotic medications in people with dementia resident in care homes: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(10), 706-718.

Forsetlund, L., Eike, M. C., Gjerberg, E., & Vist, G. E. (2011). Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC geriatrics*, *11*(1), 1-19.

Galik, E. M., Resnick, B., Holmes, S. D., Vigne, E., Lynch, K., Ellis, J., ... & Barr, E. (2021). A cluster randomized controlled trial testing the impact of function and behavior focused care for nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, *22*(7), 1421-1428.

Godkin, M. D., & Onyskiw, J. E. (1999). A systematic overview of interventions to reduce physical restraint use in long-term care settings. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, *6*(1), 81-94.

Hoyle, D. J., Bindoff, I. K., Clinnick, L. M., Peterson, G. M., & Westbury, J. L. (2018). Clinical and economic outcomes of interventions to reduce antipsychotic and benzodiazepine use within nursing homes: a systematic review. *Drugs & Aging*, *35*(2), 123-134.

Jablonski, R. A., Kolanowski, A. M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M. L. (2018). Randomised clinical trial: efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology*, *35*(4), 365-375.

Konno, R., Kang, H. S., & Makimoto, K. (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *Journal of advanced nursing*, *70*(10), 2167-2180.

Lan, S. H., Lu, L. C., Lan, S. J., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities–systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, *33*(8), 411-421.

Langford, A. V., Chen, T. F., Roberts, C., & Schneider, C. R. (2020). Measuring the impact of system level strategies on psychotropic medicine use in aged care facilities: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *16*(6), 746-759.

Low, L. F., Fletcher, J., Goodenough, B., Jeon, Y. H., Etherton-Beer, C., MacAndrew, M., & Beattie, E. (2015). A systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcomes in nursing homes. *PloS one*, *10*(11), e0140711.

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care–a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(21-22), 3070-3081.

Nishtala, P. S., McLachlan, A. J., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2008). Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*(8), 621-632.

Richter, T., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Sadowski, C. A., Charrois, T. L., Sehn, E., Chatterley, T., & Kim, S. (2020). The role and impact of the pharmacist in long-term care settings: a systematic review. *Journal of the American Pharmacists Association*, *60*(3), 516-524.

Sheehan, R., Strydom, A., Brown, E., Marston, L., & Hassiotis, A. (2018). Association of focused medication review with optimization of psychotropic drug prescribing: a systematic review and meta-analysis. JAMA network open, 1(6), e183750-e183750.

Smith, A. J., & Tett, S. E. (2010). Improving the use of benzodiazepines-is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 1-12.

Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: A cluster randomized controlled trial. *The gerontologist*, *57*(4), 707-718.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

Gaskin, C. J., McVilly, K. R., & McGillivray, J. A. (2013). Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: A systematic review and quantitative synthesis. *Research in developmental disabilities*, *34*(11), 3946-3961.

Luiselli, J. K. (2009). Physical restraint of people with intellectual disability: A review of implementation reduction and elimination procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*(2), 126-134.

Mino-Roy, J., St-Jean, J., Lemus-Folgar, O., Caron, K., Constant-Nolett, O., Després, J. P., & Gauthier-Boudreault, C. (2021). Effects of music, dance and drama therapies for people with an intellectual disability: A scoping review. British Journal of Learning Disabilities.

Schippers, B., van Nieuwenhuijzen, M., de Moor, M. H., Schuengel, C., & Frederiks, B. (2017). Effects of A Multidisciplinary Approach on the Use of Freedom Restrictions in Care for People With Intellectual Disabilities: A Clustered Randomized Trial. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, (10), 131-131.

Sheehan, R., Strydom, A., Brown, E., Marston, L., & Hassiotis, A. (2018). Association of focused medication review with optimization of psychotropic drug prescribing: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, *1*(6), e183750-e183750.

Williams, D. E. (2010). Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: An overview of recent research. *Research in Developmental Disabilities*, *31*(6), 1142-1148.

Overige referenties

Moberg, J., Oxman, A. D., Rosenbaum, S., Schünemann, H. J., Guyatt, G., Flottorp, S., ... & Alonso-Coello, P. (2018). The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health research policy and systems, 16(1), 1-15.

Polit, D., & Beck, C. (2020). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins.