

Continuïteit, samenwerken en benzodiazepines in de psychiatrie

Webinar

FOD VVVL-programma QS

Mark Leys

Aandachtspunten webinar

- Geen klinische insteek, een organisatievraagstuk.
- Geïntegreerd medicatiebeleid vanuit een trajectbenadering
 - Focus op BZDs
- Trajecten van personen met mentale kwetsbaarheid overstijgen individuele zorgverstrekkers, afdelingen en zorginstellingen
 - Fasen en gebeurtenissen
 - Continuïteit?
- interdisciplinaire samenwerking & persoonsgerichte zorg
 - Behandeling niet reduceren tot medicatiebeleid (farmaceuticalisering)
- Kwaliteitsoverwegingen
 - Aansporen om een doorlichting te maken rond voorschrijven BZD's (en andere medicatie)
 - Projecten op verschillende niveau's in de organisatie
 - Indicatoren en monitoring

Achtergrond: Veranderende zorgomgeving & rol van ziekenhuizen

- De-institutionalisering: Hervorming van institutie-gebaseerde zorg naar gemeenschapszorg (internationaal)
- Intensifiëring van residentiële ziekenhuiszorg.
- Netwerken GGZ in België – Vlaanderen
 - Niet meer enkel het eigen beroep, afdeling, voorziening maar het geheel
- Herstel-ontwikkelingskansen-reïntegratie in maatschappij
- Risico's voor kwaliteit en veiligheid:
 - Fragmentatie van zorg tussen professionals, organisaties en sectoren
 - Kortere opnames, meer doorverwijzing
 - Mensen die verloren geraken in “systeem”, patiëntveiligheid & incoherent medicatiebeleid...

→ inzetten op samenwerken, netwerken en continuïteit

Achtergrond BZD

- langdurige behandeling met BZD bij patiënten met psychische stoornissen is wijdverbreid
 - Overmatig en ineffectief BZD voorschrijven
- klinische bewijs is zwak voor het langdurig voorschrijven van BZD door EB-richtlijnen ontmoedigen het.
 - Richtlijnen tss 4 (UK, Angelsaksisch) a 12 weken (Frankrijk)
- Vanuit kwaliteitsoverwegingen is het van belang om een doorlichting te maken en een aanpak te ontwikkelen rond BZD-voorschrijfgedrag
- Voorlichting en informatie van patiënt, zorgverstrekkers binnen organisatie en andere zorgverstrekkers in het na-traject?
- “*Person-centred*” interventies :
 - informatie over alternatieve farmacologische en niet-farmacologische behandelingsopties,
 - het stopzetten van BZD's
 - potentieel gevaarlijke gevolgen van ongepast BZD-gebruik.

Intermezzo: farmaceuticalisering

Een chemische benadering

Farmaceuticalisering: een kwaliteitsprobleem

- Wat ? = Het buitensporig voorschrijven & gebruik van medicijnen
 - Het vraagstuk van duur & dosering
 - Oneigenlijk gebruik & geen oog voor ongewenste effecten
- Gebrek aan overwegen van alternatieve strategieën
 - Mono-disciplinaire medisch-farmacologische kijk domineert
 - Chemische controle van gedrag
 - Extreem: de “chemische dwangbuis”
- Gebrek aan inspraak en voorlichting van patiënten
 - paternalisme
- Het markt-economische perspectief
 - winst voor farma-industrie
 - Prikkel vanuit prestatiefinanciering (tijd en overleg)

Denken vanuit “trajecten”

Wat is de plaats van een afdeling of ziekenhuis in de levensloop van een patiënt?

Wat is de rol van afdeling of ziekenhuis in het op punt stellen van (BZD) medicatiebeleid in de levensloop en/of fase?

Zorgtraject (Frost et al 2017)

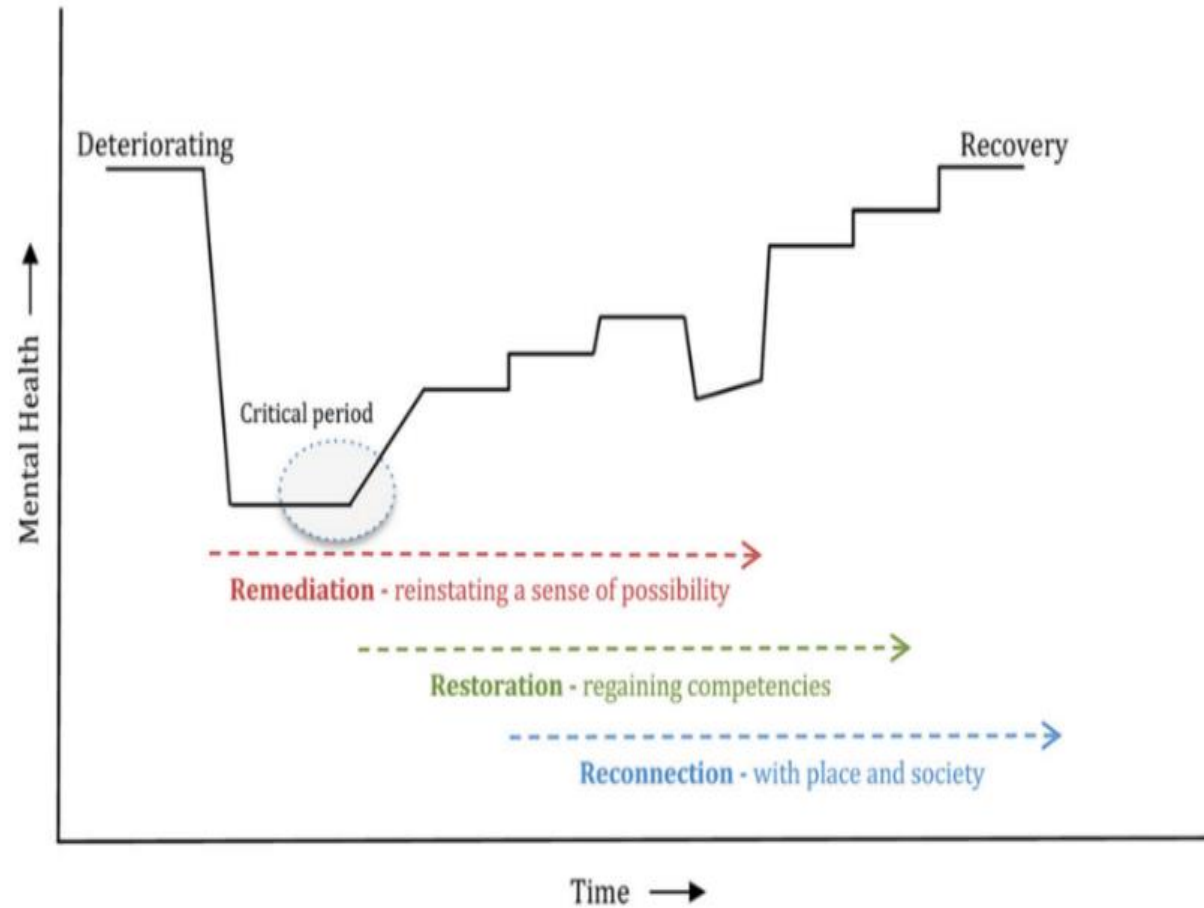


Fig. 2 Integrated Recovery-oriented Model (IRM) - Phases of recovery

Zorgtrajecten GGZ (langdurige trajecten)

- Zorgbehoeften en betrokken partijen zijn **dynamisch** en veranderen doorheen de tijd.
- Fasen zijn niet onafhankelijk, maar lopen in elkaar over
- Het traject is niet lineair
- Herval is een kenmerk van de aandoening én herstel
- Voor elke cliënt anders
 - Opstap naar persoonsgerichte zorg

Organiseren traject: wat wordt aangeboden?

Hoe wordt het medicatiebeleid BZD opgenomen in de stappen?

1. Aanmeldfase
2. Opname & Opstartfase
3. Interventiefase (diagnose, behandeling en ondersteuning)
4. Ontslagvoorbereidingsfase
5. Ontslagfase
6. Nazorgfase

- Fasen zijn niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden & de invulling verschilt tussen diensten
- De duur van het verblijf op afdeling of in voorziening kan variëren tussen "diensten"
- Wie doet wat met welke doelstelling (rollen en verantwoordelijkheden)?
- Wie moet wat weten?
- Hoe worden beslissingen genomen rond BZD voorschriften?
 - Worden niet-farmacologische interventies overwogen

Continuïteit & trajecten

Continuïteit van zorg & medicatiebeleid

- *Ironically, the failure to achieve continuity of care does not result so much from a lack of knowledge about how to deal with chronic patients as it does from **a failure to apply what we know** (Bachrach, 1981)*
- *“Klassieke” dimensies van continuïteit*
 - *Relationele continuïteit: continuïteit in het begeleidende team van de patiënt*
 - *Informatie continuïteit: continuïteit & coherentie van informatiestromen*
 - *Management continuïteit: continuïteit & coherentie in het behandelperspectief*
 - *(Ervaren continuïteit door patiënt en zijn haar sociaal netwerk)*

Samenwerken & integratie van
zorg

Interdisciplinaire samenwerking

- Van monodisciplinariteit naar interdisciplinariteit
 - Vraagt een “organisatie-omslag”
- interdisciplinaire, geïntegreerde samenwerking
 - Gedeelde behandeldoelen
 - Gedeelde verantwoordelijkheden
 - Rekening houdend met doelen en strategieën van anderen

Termen i.v.m. samenwerken worden door elkaar gebruikt

- Multidisciplinair
- Interdisciplinair
- Interprofessioneel
- Transdisciplinair
- Teams

- Netwerken
- Interorganisatorische netwerken

Belang en verwachtingen rond samenwerking in de zorg

- Samenwerken is noodzakelijk
 - Complexere zorgbehoeften
 - Toenemende specialisatie en differentiatie in de beroepen
 - Het belang van continuïteit van zorg doorheen het traject
 - Focus op “integratie” van zorg
- De veronderstelling is dat samenwerken zal leiden tot
 - Betere zorg
 - Meer kwaliteitsvolle zorg
 - Efficiëntere en effectievere zorg...

Samenwerking analytisch

- Inter en intra
 - Intra: binnen een beroepsgroep en/of afdeling/organisatie
 - Inter: tussen beroepsgroep en/of afdeling/organisatie
 - Inclusie van ervaringsdeskundigheid en mantelzorgers?
- Verschillende niveaus bij samenwerken
 - Persoon
 - Beroep /professie / discipline (*= specialisatie binnen beroep of professie*)
 - Afdeling
 - Organisatie
 - Sector /beleidsdomein

Samenwerken = structureren van relaties

- Bij samenwerken gaat het om (duurzame) relaties tussen mensen
- Structuur
 - een betrekkelijk vaste manier van organiseren van sociale relaties
 - Wat faciliteert het samenwerken, de interactie?
 - Bijv. MDO, momenten, technologie/ ict,....
- Interactie
 - Doelstelling?
 - Wie neemt deel/ wie is betrokken: “heterogene” set van actoren
 - Visie (de “logica’s”) van deelnemers op probleem, doelstelling en oplossingen?
 - Implementeren van acties gebaseerd op het inzetten van uiteenlopende capaciteit, kennis, expertise , etc

- Let op: “samen*werken*” overstijgt overleggen

Table 2. Normalisation process theory: Coding frame for integrative review of interdisciplinary team working in primary care.

Sense making	Enrolment	Enactment	Appraisal
<ul style="list-style-type: none"> • How is the idea of interdisciplinary team working understood by participants? • How do they compare it with existing practices—is it regarded as something usual or novel? • Do all participants see its potential value? • Can participants from individual professional groups make sense of the work that interdisciplinary team work would create for them? 	<ul style="list-style-type: none"> • Do participants think it is right for them to be involved in interdisciplinary team working? • Can they drive this way of working forward? • How and why do the participants come to take part in an interdisciplinary team? • What keeps them motivated to continue taking part? 	<ul style="list-style-type: none"> • What resources (financial, policy, staffing) are available to support interdisciplinary team working? • Do participants have appropriate skills and clarity about effective divisions of labour? • Do participants have trust and confidence in their own work and the work of other colleagues in the team? • How are team working activities organised and structured and do they “fit” with existing routines? 	<ul style="list-style-type: none"> • Can participants evaluate the impact of interdisciplinary team working, using informal or formal evaluations to ascertain its impact? • Do participants from individual professional groups think it is worthwhile for them? • Do participants across professional groups agree about its value and impact? • Can existing practices be changed to sustain team working?

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026.t002>

O’Reilly P, Lee SH, O’Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, et al. (2017) Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. PLOS ONE 12(5): e0177026.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026>

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177026>

Geïntegreerde zorg (en medicatiebeleid)

- Aanbod wordt zo georganiseerd worden dat de patiënt (en de populatie) zorgcontinuïteit ervaart in de gehele zorgverlening
 - Promotie, preventie, diagnose, behandeling, management, herstel...
- Noden: De patiënt staat centraal en krijgt de mogelijkheid om mee de controle in handen te nemen of gehoord en geïnformeerd te worden.
 - Elke actor die betrokken is bij de zorg voor een patiënt werkt samen met de andere actoren rond deze patiënt binnen een multidisciplinair team.
- Samenwerking op verschillende niveaus

Omschrijving geïntegreerde zorg

WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. 2016.

- 'een aanpak om **gezondheidszorgsystemen waarin de mens centraal staat** te versterken door een globale **kwaliteitsvolle** dienstverlening te bevorderen **gedurende de gehele levensloop**, tegemoet komend aan de **multidimensionale behoeften** van de bevolking en het individu, en verleend door een **gecoördineerd multidisciplinair team van professionals** die werkzaam zijn **in verschillende settings** en op **verschillende zorgniveaus**. Het moet doeltreffend worden beheerd om optimale resultaten en een **verantwoord gebruik van middelen** te waarborgen op basis van **de beste beschikbare gegevens**, met feedbackmomenten, om de prestaties voortdurend te **verbeteren** en de oorzaken van slechte gezondheid in de beginfase aan te pakken en het welzijn te bevorderen door **intersectorale en multisectorale acties**.'

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid & medicatiebeleid

- Historisch: focus op problemen “binnen” instituties
 - Medicatiefouten, Agressie, Valincidenten, Suïcide, Automutilatie, Isolatie, Restrictieve maatregelen,....
- Weinig aandacht voor het veranderen van “organisatieprocessen”.
 - Wat zijn de doelstellingen van verschillende types afdelingen
 - Vanuit welke “visie” wordt gewerkt
 - Welke barrières en faciliterende factoren spelen een rol bij implementatie?
- Wat met veiligheid buiten de instituties, over het hele traject?

Benzodiazepines en kwaliteit

QS FOD VVVL

Aanzetten tot kwaliteitsbevorderende acties !

Verhoog bewustzijn en kennis
over BZD en optimaliseer de
aanpak

Project FOD VVVL QS 2023

- Verbeterproces medicatieveiligheid
 - hoog-risicomedicatie zoals bijvoorbeeld tweede generatie antipsychotica
 - benzodiazepines**
 - medicatiereconciliatie

BZD- vragenlijst PZ:

een ondersteunend hulpmiddel, geen louter administratief controlemiddel

- Het huidige proces van voorschrijven, beheren en monitoren van benzodiazepines werd **geëvalueerd**.
- **Zwakke punten, knelpunten en mogelijke risico's** in het huidige proces over benzodiazepines werden **geïdentificeerd**.
- Het **voorschrijven** van benzodiazepines gebeurt op basis van een zorgvuldige beoordeling van de individuele patiënt. De indicatie voor het gebruik van benzodiazepines **werd regelmatig herzien en alternatieve behandelingsmogelijkheden werden overwogen**.
- Specifieke **richtlijnen en protocollen** voor het voorschrijven, beheren en monitoren van benzodiazepines werden ontwikkeld en geïmplementeerd.
- Er werd op regelmatige basis **educatie en training** georganiseerd voor zorgverleners, zoals artsen, apothekers en verpleegkundigen over de risico's en bijwerkingen van benzodiazepines maar ook over het voorschrijven, beheren en monitoren van benzodiazepines.
- Er waren duidelijke **richtlijnen** om de **duur** van het gebruik van benzodiazepines te beperken en het gebruik regelmatig te herzien.
- Zorgverleners werden aangemoedigd om **alternatieven** te overwegen voor langdurige behandeling van angst of slapeloosheid, zoals niet-verslavende medicatie of psychotherapie.

BZD- vragenlijst PZ: FOD VVVL

- Bij het **voorschrijven en doseren** van benzodiazepines werd rekening gehouden met factoren zoals leeftijd, comorbiditeit en medicatie-interacties.
- De **effectiviteit** en de **bijwerkingen** van benzodiazepines werden op regelmatige basis gemonitord.
- Een **goede communicatie en samenwerking** werd gefaciliteerd tussen verschillende zorgverleners, waaronder psychiaters, apothekers, verpleegkundigen en therapeuten.
- Er bestond een gestroomlijnd proces waarin **alle betrokkenen informatie delen en gezamenlijk beslissingen nemen** met betrekking tot het gebruik van benzodiazepines.
- Er bestond een systeem om het gebruik van benzodiazepines en de bijbehorende resultaten te **monitoren**.
- Er werden **gegevens verzameld** over het voorschrijven, de dosering, de duur van het gebruik en de klinische uitkomsten.
- De verzamelde gegevens werden gebruikt om **patronen of problemen te identificeren** en indien nodig aanpassingen aan het behandelproces te maken.

Let op !

Maak bij het analyseren van het probleem voldoende onderscheid tussen niveaus

Niveaus: niet enkel ziekenhuis als geheel

- Zorgverstrekkers
- Afdelingen
- Organisatie als geheel
- Samenwerkingsverbanden (afspraken en coördinatie?)

Wat met incidentanalyse BZD?

1. de **meest voorkomende oorzaken van incidenten** m.b.t. het gebruik van benzodiazepines (meerdere antwoorden mogelijk):
 - menselijke fouten**: fouten in de voorschrijving, dosering of toediening van benzodiazepines als gevolg van menselijke vergissingen.
 - stysteemfouten**: gebreken in de processen en systemen die betrekking hebben op het voorschrijven, controleren en beheren van benzodiazepines.
 - gebrekkige communicatie**: slechte communicatie tussen zorgverleners, wat kan leiden tot verwarring over benzodiazepines -instructies.
 - onvoldoende training**: onvoldoende opleiding en bewustzijn bij zorgverleners over het juiste gebruik van benzodiazepines.
 - verkeerd noteren van patiëntgegevens**: fouten bij het noteren van de naam of andere gegevens van de patiënt.
 - onvoldoende controle van de patiëntidentiteit**: niet correct verifiëren van de identiteit van de patiënt voordat benzodiazepines worden toegediend.
 - tijdsdruk**: druk om snel te handelen kan leiden tot fouten in het beheer van benzodiazepines.
 - gebrek aan bewustzijn over patiëntidentificatie**: onvoldoende besef van het belang van nauwkeurige patiëntidentificatie.
 - bijwerkingen van benzodiazepines**: onvoorziene reacties of bijwerkingen
 - interacties met andere geneesmiddelen**: ongewenste reacties wanneer benzodiazepines worden ingenomen met andere geneesmiddelen.
 - individuele gevoeligheid van de patiënt**: sommige patiënten kunnen sterker reageren op benzodiazepines vanwege individuele variaties.
 - misbruik van benzodiazepines**: ongepast gebruik van benzodiazepines, zoals overdosering.
 - miscommunicatie**: fouten in de overdracht van informatie tussen zorgverleners.
 - gebrek aan duidelijke communicatiekanalen**: onvoldoende gestructureerde communicatiemethoden tussen verschillende zorgverleners.
 - taalbarrières en culturele verschillen**: communicatieproblemen als gevolg van verschillende talen en culturele achtergronden.
 - ontbreken van gestandaardiseerde overdrachtsprotocollen**: gebrek aan uniforme procedures voor het overdragen van informatie.
 - onvoldoende communicatie met patiënten en familie**: niet effectief communiceren van benzodiazepines -instructies en informatie.
 - beperkte kennis van patiënten en hun familie**: onvoldoende begrip van het juiste gebruik van benzodiazepines.
 - onvoldoende ondersteuning van zorgverleners**: niet genoeg ondersteuning voor het betrekken van patiënten en families bij de zorg.
- **andere oorzaken** (geef nadere toelichting)

Wat met incidentanalyse BZD in uw ziekenhuis? : veranderingen

- het ontwikkelen van duidelijke **evidence-based richtlijnen en protocollen** voor het voorschrijven en beheren van benzodiazepines. Deze richtlijnen omvatten aanbevelingen over de juiste indicaties, doseringen, duur van gebruik en het afbouwen van benzodiazepines.
- het **evalueren en monitoren** van het gebruik van benzodiazepines. dit omvat ondermeer het controleren van de effectiviteit van benzodiazepines, het evalueren van eventuele bijwerkingen of interacties met andere geneesmiddelen, en het beoordelen van de noodzaak van verderzetting.
- het stimuleren van het gebruik van **niet-farmacologische behandelingsmogelijkheden**, zoals psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, ontspanningstechnieken en andere vormen van therapie die kunnen helpen om het gebruik van benzodiazepines te verminderen, vooral voor aandoeningen waarvoor andere behandelingen effectief kunnen zijn.
- het verstrekken van uitgebreide **educatie aan zorgverleners en patiënten** over het juiste gebruik van benzodiazepines, mogelijke bijwerkingen en de gevolgen en risico's bij langdurig gebruik.
- het bevorderen van een **multidisciplinaire aanpak**, waarbij verschillende zorgverleners samenwerken bij het beoordelen en behandelen van patiënten.
- het implementeren van een goed **systeem voor medicatiebewaking** om ervoor te zorgen dat het voorschrijven en beheren van benzodiazepines op een veilige en verantwoorde manier gebeurt. Dit omvat het monitoren van van benzodiazepines, het evalueren van de therapietrouw en het identificeren van eventuele bijwerkingen of interacties.
- het bevorderen van **shared decision making** waarbij zorgverleners en patiënten samenwerken om behandelingskeuzes te maken die aansluiten bij de voorkeuren en doelen van de patiënt.
- het **monitoren en rapporteren** over het gebruik van benzodiazepines waarbij de verzamelde gegevens kunnen worden gebruikt om **trends en patronen** te identificeren en om verdere verbeteringen aan te brengen.
-

Fod VVVL: proactieve risico-analyse BZD

- ❑ **fouten bij het voorschrijven of doseren:** risico op fouten bij het voorschrijven of doseren van benzodiazepines.
- ❑ **geneesmiddeleninteracties:** risico op schadelijke interacties met andere geneesmiddelen.
- ❑ **bijwerkingen:** risico op ongewenste bijwerkingen bij het gebruik van benzodiazepines.
- ❑ **afhankelijkheid en misbruik:** risico van afhankelijkheid en misbruik van benzodiazepines.
- ❑ **overdosering:** risico van inname van een te hoge dosis benzodiazepines.
- ❑ **namaak:** risico van nageemaakte of verkeerd gelabelde geneesmiddelen.
- ❑ **allergieën of bijwerkingen:** risico op allergieën of bijwerkingen van benzodiazepines.
- ❑ **risico's voor kwetsbare groepen:** verhoogd risico voor ouderen, kinderen, zwangere vrouwen, enz.

Fod VVVL: proactieve risico-analyse BZD

- ❑ **vertraagde of mislukte behandeling:** risico van vertraagde behandeling of het uitblijven van verwachte resultaten.
- ❑ **risico's verbonden aan toediening:** risico van onjuiste toediening van benzodiazepines.
- ❑ **risico's verbonden aan documentatiefouten:** risico van slechte documentatie of verlies van medische informatie.
- ❑ **risico's verbonden aan controleprocedures:** risico dat de effecten van de behandeling niet goed worden gecontroleerd.
- ❑ **risico's verbonden aan ontoereikende communicatie:** risico op verwarring of fouten door gebrek aan communicatie.
- ❑ **risico's verbonden aan niet-gestandaardiseerde protocollen:** risico als gevolg van niet-uniforme procedures.
- ❑ **risico's verbonden aan zelfmedicatie:** risico wanneer patiënten zelf benzodiazepines toedienen zonder toezicht.
- ❑ **risico's verbonden aan culturele en taalkundige verschillen:** risico op misverstanden door culturele en taalkundige verschillen.

Indicatoren (meten en opvolgen) voorschrijfgedrag

- *VIKZ-indicatoren:*
 - *% patiënten met benzodiazepines*
 - *% medische verblijven met benzodiazepines bij opname*
 - *Benzodiazepines bij ontslag*
 - *Zowel aflevering van benzodiazepines bij opname als ontslag*
 - *Gemiddeld aantal ddd/toedieningsdag*
 - *% medische verblijven met minstens 1 toedieningsdag waarin ddd >1*
 - *Gemiddeld aantal ddd/ligdag*
- 1. In mijn ziekenhuis werden **indicatoren m.b.t. voorschrijfpraktijken** gebruikt voor het monitoren en opvolgen van benzodiazepines.

Indicatoren therapeutische doelmatigheid

- *Symptoomverlichting: % patiënten dat aangeeft dat hun symptomen (bijv. angst, slapeloosheid) significant zijn verminderd na het starten van benzodiazepinebehandeling.*
 - *Functioneel herstel: het meten van de verbetering in het dagelijks functioneren van patiënten na het starten van benzodiazepinebehandeling, bijvoorbeeld in termen van werk, sociaal leven en activiteiten of dagelijkse routine.*
 - *Reductie van crisissituaties: % patiënten dat een vermindering in het aantal crisissituaties of opnames heeft ervaren na het starten van benzodiazepinebehandeling, vooral bij aandoeningen zoals ernstige angststoornissen of acute psychotische episodes.*
 -
1. In mijn ziekenhuis werden **indicatoren m.b.t. therapeutische doelmatigheid** gebruikt voor het monitoren en opvolgen van benzodiazepines.

Indicatoren educatie en informeren van de patient

- *Informatieverstrekking bij opname: % patiënten dat bij opname in het psychiatrische ziekenhuis mondelinge en schriftelijke informatie ontvangt over benzodiazepines, hun indicaties, mogelijke bijwerkingen, en het belang van nauwgezet opvolgen van voorschriften.*
- *Patiënteneducatie: het aantal educatieve sessies of counseling-sessies dat aan patiënten wordt aangeboden over benzodiazepines en het percentage patiënten dat deelneemt aan deze sessies.*
- *Vermelding in ontslaginstructies: % ontslaginstructies dat informatie bevat over het veilig gebruik en de mogelijke risico's van benzodiazepines, evenals aanbevelingen voor follow-upafspraken.*
- *Informeren over alternatieven: % patiënten dat wordt geïnformeerd over alternatieve behandelingen voor hun aandoeningen voordat benzodiazepines worden voorgeschreven.*

Indicatoren alternatieve behandelingsmogelijkheden

het monitoren van het gebruik van niet-farmacologische behandelingsmogelijkheden, zoals psychotherapie en gedragstherapie, om te waarborgen dat benzodiazepines alleen worden gebruikt wanneer andere behandelingsmogelijkheden niet effectief zijn.

- *% patiënten met niet-medicamenteuze behandelingen: % patiënten met angst- of slaapstoornissen die niet-medicamenteuze behandelingen ontvangen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), mindfulness, ontspanningstechnieken of slaaphygiëne, als eerste behandelingskeuze.*
- *Beoordeling van geschiktheid voor alternatieven: het aantal patiënten bij wie de geschiktheid voor niet-medicamenteuze behandelingen wordt geëvalueerd voordat benzodiazepines worden voorgeschreven.*
- *Aandeel niet-medicamenteuze behandelingen: % van de totale behandelingsplannen dat niet-medicamenteuze benaderingen omvat voor angst- en slaapstoornissen.*
- *Opvolging van behandelingseffectiviteit: het meten van de effectiviteit van niet-medicamenteuze behandelingen door het bijhouden van symptoomveranderingen, functionele verbeteringen en patiënttevredenheid.*

Indicatoren voor het afbouwen van BZD

- het monitoren van het percentage patiënten dat succesvol wordt afgebouwd van benzodiazepines wanneer deze niet langer nodig zijn, om afhankelijkheid en bijwerkingen te minimaliseren.

Indicatoren mbt opvolging na ontslag

- het meten van het percentage patiënten dat een passende nazorg en follow-up ontvangt na ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis, om zorgcontinuïteit te waarborgen.
- *Aantal geplande follow-upafspraken: het aantal geplande afspraken voor opvolging na ontslag voor patiënten die benzodiazepines hebben gebruikt tijdens hun opname.*
- *Opvolgpercentage: % patiënten dat daadwerkelijk de geplande follow-upafspraken bijwoont na ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis.*
- *Bijwerkingen na ontslag: het aantal patiënten dat bijwerkingen ervaart nadat ze benzodiazepines zijn blijven gebruiken na ontslag, en het percentage daarvan dat passende maatregelen krijgt.*
- *Educatie en zelfbeheer: het aantal patiënten dat educatie krijgt over het juiste gebruik van benzodiazepines na ontslag en dat wordt aangemoedigd om actief deel te nemen aan hun eigen zorg en medicatiebeheer.*

Indicatoren m.b.t. zorgverleners

- het beoordelen van de kwalificaties en training van zorgverleners, zoals psychiaters, verpleegkundigen en apothekers, met betrekking tot het juiste gebruik en beheer van benzodiazepines.
- *% getrainde zorgverleners: % zorgverleners, inclusief artsen, verpleegkundigen en apothekers, dat formele training heeft gevolgd in de voorschrijving en monitoring van benzodiazepines.*
- *Jaarlijkse bijscholing: % zorgverleners dat jaarlijks verplichte bijscholing volgt over de nieuwste richtlijnen, best practices en veiligheidsmaatregelen met betrekking tot benzodiazepines.*
- *Toetsing van kennis: Het aantal keren dat zorgverleners worden getoetst op hun kennis van de juiste toepassing, indicaties en bijwerkingen van benzodiazepines.*
- *Beoordeling van voorschrijfpraktijken: het aantal keren dat de voorschrijfpraktijken van zorgverleners met betrekking tot benzodiazepines worden geëvalueerd en gecontroleerd op naleving van richtlijnen en protocollen.*
- *Zorgverlenerservaring met afbouw: % zorgverleners dat ervaring heeft met het plannen en begeleiden van patiënten bij het afbouwen van benzodiazepines en het minimaliseren van ontwenningsverschijnselen.*

Samengevat: Hoe is het medicatiebeleid opgevat?

Wat met aandacht voor BZD?

Denk even mee:

wordt er systematisch gewerkt naar verbetering toe?

- Is er voldoende bewustzijn en kennis rond probleem BZD?
- Hoe wordt er in jullie organisatie omgegaan met medicatiebeleid
 - Klinische autonomie psychiaters ?
- Hoe worden (organisatie)processen aangepakt & gemonitord
- Welke diensten zijn betrokken in het zorgtraject van de cliënt?
 - Crisis,
 - Behandeling (acuut –langdurig?)
 - Revalidatie/resocialisatie.
 - Maak onderscheid tussen:
 - **Primair betrokken:** Neemt voornaamste verantwoordelijkheid voor de regie.
 - **Secundair betrokken:** Neemt verantwoordelijkheid voor bepaalde behandeldoelen/levensgebieden, maar neemt geen coördinerende functie op
 - Informatiestromen (aanmelding, opname, diagnose en stabiliseren, behandelen, etc...).
- Analyseer de impact van veranderend patiëntenprofiel indien nodig.
- Welke kennis van zorgverstrekkers uit één fase kunnen helpend zijn voor zorgverstrekkers uit een andere fase? Op welke vlakken is samenwerking noodzakelijk?

Gebruik de FOD VVVL vragenlijst

- Als ondersteunend instrument
- op verschillende niveaus in de organisatie

Dank jullie !

Er kan coaching en support aangeboden worden bij initiatieven