

# Implementatie van erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg

De best practices, de werkzame elementen en een vergelijking van  
beoordelingssystematieken Zorginstituut en Erkenningstraject

Wanda Bemelmans  
Hille Voss  
Anneke Francke



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Oktober 2022

ISBN 978-94-6122-764-5

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Woord van dank</b>	<b>4</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Doelen en onderzoeksvragen	10
1.2 Aanpak van het onderzoek	11
<b>2 Vergelijking van beoordelingssystematieken Zorginstituut en Erkenningstraject</b>	<b>13</b>
<b>3 Aantal erkende effectieve interventies, schaal van implementatie en beïnvloedende factoren bij de borging</b>	<b>19</b>
3.1 Aantal erkende effectieve interventies	19
3.2 Aanvullende informatie over de erkende interventies	20
3.3 Schaal van implementatie	22
3.4 Beïnvloedende factoren bij de implementatie	24
3.5 Beïnvloedende factoren bij de borging	25
3.6 Verdiepend onderzoek naar de borging van interventies	27
<b>4 Werkzame elementen van succesvolle bredere implementatie</b>	<b>30</b>
4.1 Factoren die de keuze voor de interventie bevorderen	30
4.2 Korte beschrijving van de ‘best implementatie practices’	32
4.3 Werkzame elementen van succesvolle bredere implementatie	36
4.4 Wat is de rol van de landelijke kwaliteitsstandaarden	38
<b>5 Terugkoppeling van adviseurs kwaliteit vanuit de ouderenzorg</b>	<b>40</b>
5.1 Prioritering van thema’s en wijze van werken aan kwaliteitsverbetering	40
5.2 Bekendheid met de Databank of met de afzonderlijke interventies	42
5.3 Belemmerende factoren voor het starten met de erkende interventies	43
<b>6 Terugkoppeling van adviseurs kwaliteit vanuit de gehandicaptenzorg</b>	<b>45</b>
6.1 Prioritering van thema en wijze van werken aan kwaliteitsverbetering	45
6.2 Bekendheid met de Databank of met de afzonderlijke interventies	47
6.3 Belemmerende factoren voor het starten met erkende interventies	48
<b>7 Discussie en conclusie</b>	<b>49</b>
<b>Literatuur</b>	<b>52</b>
<b>LIJST VAN BIJLAGES</b>	<b>53</b>

## Woord van dank

We willen de volgende personen zeer bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. In de eerste plaats de collega's van Vilans van het Erkenningstraject voor hun advies gedurende het hele project.

Databank Erkenningstraject Vilans	
Deelcommissie Ouderenzorg	Deelcommissie Gehandicaptenzorg
Godelief Willemse (projectleider)	Tamara Bouwman

Djoeke van Dale (RIVM) voor reflectie tijdens het project en de waardevolle inzichten ten aanzien van de verbinding naar het Erkenningstraject loketgezondleven.nl.

De contactpersonen van de 'best implementatie practices' voor hun mening over de werkzame elementen bij de succesvolle bredere implementatie van hun erkende interventie

Ouderenzorg	Gehandicaptenzorg
Lizzy Boots	Janny Beernink
Pim Cuijpers	Elise Brinkman
Rose-Marie Dröes	Rita Gerkema-Nijhof
Debby Gerritsen	Gera de Haan
Math Gulpers	Annette van der Putten
Martin Smalbrugge/Franca Meiland	Paula Sterkenburg
Ellen Smulders	

De contactpersonen van de erkende effectieve interventies voor het invullen van de vragenlijst.

De zorgprofessionals die geïnterviewd zijn rond de borging van twee erkende effectieve interventies.

Ouderenzorg: de borging van de interventie "Doen bij Depressie" <sup>1</sup>	
Jantien Claase	Stichting Attent Zorg en Behandeling/Arnhem
Kirsten Cuppens	Archipel Zorggroep/Eindhoven
Yoni Sep	Tante Louise/Bergen op Zoom
Gehandicaptenzorg: de borging van de interventie "Programma perspectief"	
Marieke Panneman (vaktherapeut)	Visio
Suzanne Jansen (gedragswetenschapper/kennismakelaar)	's Heeren Loo
Petra Poppes (GZ-psycholoog/kennismakelaar)	

<sup>1</sup> De geïnterviewde professionals zijn allemaal psycholoog;

## De kwaliteitsadviseurs van de zorgorganisaties voor hun medewerking aan een interview

### Ouderenzorg

Mirte Broekhuis, René Kamphuis	Stichting TriviumMeulenbeltZorg/Borne
Miranda Bus	Zorgbalans/Haarlem
Mirjam van Dijk	Christelijke Stichting BCM Zorg en Dienstverlening/ Stadskanaal
Anne van Els	Stichting Oktober/Bladel
Ernst Paul Faber	Stichting Dignis/Groningen
Irene van Helden	Stichting Woonzorggroep Samen/Schagen
Maaïke Krijger	Santé Partners/Geldermalsen
Joyce Kuiper	Stichting Interzorg Noord-Nederland/Assen
Jozef Middendorp	Stichting Attent Zorg en Behandeling/Arnhem
Margriet Valkenburg	Ankerzorg/Kesteren/Opheusden
Specialist kwaliteit	Stichting Groenhuisen/Roosendaal

Daarnaast werkte een kwaliteitsadviseur mee op anonieme basis.

### Gehandicaptenzorg

Gert Bosma	Stichting Camphillgemeenschap Maartenhuis/de Koog
Lenny van Dijken	CuraXL/Groningen
Gwenne van Rennes	Amsta /Amsterdam
Anouk Sperna Weiland	Sa-Net Woonzorg/Doetinchem
Tessa Verbeek	Alliade/Heerenveen
Richelle Wittenberg	Zorgboerderij De Witte Hoeve/Oploo
Marianne Weekers, Michelle van den Broek	Amarant/Tilburg
Emmy van Zijtveld	Amerpoort/Baarn
Kwaliteitsadviseur	Stichting Joyce-house/Smilde

## Samenvatting

**In de ouderen- en de gehandicaptenzorg komen steeds meer interventies die bewezen effectief zijn. In de Databank erkende interventies<sup>1</sup> staan inmiddels 27 interventies voor beide sectoren die als effectief zijn beoordeeld. Net als bij de beoordelingssystematiek van Zorginstituut Nederland vindt daarbij een gradering plaats van het beschikbare bewijs voor effectiviteit. De interventies zijn op tientallen locaties geïmplementeerd. Succesvolle implementatie volgt als de interventie goed aansluit bij de praktijk en een meerwaarde biedt. Voor zorgorganisaties zijn belemmerende elementen voor implementatie het niet goed passen van een interventie in het organisatiebeleid en het vele (scholings)aanbod waardoor organisaties moeten prioriteren. Zo blijkt uit onderzoek van het Nivel voor Zorginstituut Nederland.**

De twee hoofddoelen van dit onderzoek waren ten eerste inzichtelijk maken in hoeverre de beoordelingssystematiek van interventies in het Erkenningstraject, dat voorafgaat aan opname van een interventie in de Databank erkende Interventies, aansluit bij het beoordelingskader van het Zorginstituut (ZIN) als onderdeel van het pakketbeheer. Een tweede hoofddoel was om inzicht te geven in de schaal van implementatie van de erkende effectieve interventies en de bevorderende en belemmerende elementen bij implementatie, borging en verspreiding.

### Vergelijking van beoordelingssystematieken Zorginstituut Nederland en Erkenningstraject

In beide systematieken wordt de effectiviteit van interventies beoordeeld en vindt een gradering voor bewijs van wetenschappelijk onderzoek plaats op basis van de GRADE (grades of recommendation, assessment, development and evaluation)-methodiek. Het doel en de context van beide systematieken verschillen zeer. ZIN beoordeelt de effectiviteit en de kwaliteit van het bewijs (op vier niveaus) als onderdeel van de besluitvorming of een interventie kan gaan behoren tot de verzekerde zorg. Ook andere criteria, bijv. de kosteneffectiviteit en de noodzakelijkheid, beïnvloeden het eindoordeel. Bij ZIN is het uitgangspunt om de effectiviteit/meerwaarde van de interventie te bepalen ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Er wordt systematisch literatuuronderzoek verricht naar de effectiviteit van de interventie.

In het Erkenningstraject voor de langdurige zorg beoordeelt een commissie, met begeleiding van Vilans, de effectiviteit van een interventie op basis van gepubliceerde criteria. De aanbieder van de interventie levert het wetenschappelijk bewijs aan. De effectiviteit wordt op drie niveaus bepaald: namelijk eerste, goede of sterke aanwijzingen voor effectiviteit. In het Erkenningstraject vindt minder nadrukkelijk een beoordeling plaats ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Bij het hoogste eindoordeel 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit' voldoet de interventie tevens aan overige criteria. We concluderen dat een interventie met dit eindoordeel niet automatisch voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' m.b.t. de toelating tot het verzekerde pakket. Het is onbekend of de interventie afdoende voldoet aan alle criteria die ZIN daartoe van belang acht.

### Erkende effectieve interventies op tientallen locaties geïmplementeerd

In december 2021 stonden er 27 effectieve interventies in de Databank erkende Interventies. Dit waren 16 interventies voor de ouderenzorg en 11 interventies voor de gehandicaptenzorg. Het gaat dan vaak om interventies met meerdere componenten, die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van leven. De meeste interventies worden intramuraal uitgevoerd. Voorbeelden van

---

<sup>1</sup> <https://www.databankinterventies.nl>; geraadpleegd 7 december 2021.

extramuraal uitgevoerde interventies in de ouderenzorg zijn interventieprogramma's voor thuiswonende ouderen gericht op preventie van valincidenten en ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers. De erkende effectieve interventies in de ouderenzorg zijn volgens de contactpersonen van de interventies op 3 tot 230 locaties geïmplementeerd. Voor de interventies in de gehandicaptenzorg, met vaak een specifieke kleinere doelgroep, is dat op 3 tot 17 locaties. De daadwerkelijke schaal van implementatie is waarschijnlijk groter omdat verschillende contactpersonen hier geen of niet volledig zicht op hebben.

### **Houding van zorgprofessionals belangrijk bij de implementatie en borging**

Een vaak genoemde beïnvloedende factor bij de implementatie en borging van de erkende effectieve interventies is de betrokkenheid en de houding van de zorgprofessionals die de interventie uitvoeren. Dit kan zowel bevorderend als belemmerend (bij een negatieve houding) werken. Zorgprofessionals van organisaties in de ouderen- en gehandicaptenzorg benadrukken dat voor de borging van de interventie blijvende aandacht nodig is. Dit onderstreept de noodzaak van een 'kartrekker' rond de interventie binnen de organisaties. Verder is voor de borging van interventies verwevenheid nodig in het organisatiebeleid en in de reguliere werkprocessen, bijv. via het opnemen van de risicoanalyse binnen de zorgleefplan cyclus en het elektronisch cliëntdossier.

### **De werkzame elementen bij bredere implementatie (of verspreiding)**

Voor een succesvolle bredere implementatie (verspreiding) van de erkende effectieve interventies hadden de vaakst genoemde werkzame elementen te maken met de aard van de interventie. Wanneer deze aansluit bij de zorgvragen, werkwijze en behoeften in de zorgpraktijk treedt mond-tot-mond reclame op. De aangetoonde effectiviteit kan bijv. bijdragen aan het overtuigen van bestuurders om de interventie te faciliteren. Een ander werkzaam element dat de verspreiding van erkende effectieve interventies bevordert is het voorzien in een scholingsaanbod of ondersteuning aan nieuwe zorgorganisaties die de interventie willen uitvoeren. Voor de ouderenzorg benadrukten de contactpersonen van de interventies daarnaast het belang van het aansluiten van het thema van de interventie bij de tijdgeest of andere ontwikkelingen in de zorgsector. Bij de gehandicaptenzorg werd meer nadruk gelegd op de oorsprong van de interventie vanuit het wetenschappelijk onderzoek. Het viel op dat het belang van subsidies of het wegnemen van financiële barrières alleen werd benoemd door contactpersonen van erkende effectieve interventies die extramuraal worden uitgevoerd. Vrijwel alle erkende effectieve interventies die op grotere schaal worden uitgevoerd, zijn opgenomen in een landelijke kwaliteitsstandaard. Volgens de contactpersonen van de interventies speelde dit geen direct grote rol bij de bredere implementatie van hun interventie.

### **Interviews met kwaliteitsadviseurs vanuit de zorgorganisaties**

We interviewden 21 kwaliteitsadviseurs uit intramurale zorgorganisaties die goed zicht hebben op de wijze waarop hun organisatie werkt aan verbetering van de kwaliteit van de zorg. Zowel voor de ouderenzorg als voor de gehandicaptenzorg bleken de thema's van de erkende effectieve interventies overwegend ook prioriteit te hebben bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zorgorganisaties werken hieraan op diverse manieren. Iedere kwaliteitsadviseur kende ten minste een van de erkende effectieve interventies, en vaak worden elementen ervan toegepast wanneer bijv. werkgroepen binnen zorgorganisaties zelf een plan van aanpak maken voor kwaliteitsverbetering van de zorgverlening. Volgens de kwaliteitsadviseurs is de grondhouding ten opzichte van interventies die buiten de organisatie ontwikkeld zijn in beginsel positief. De interventie moet wel een meerwaarde bieden (positieve 'kosten-baten' analyse). Vaak genoemde belemmerende factoren voor het willen implementeren van een interventie zijn het niet goed passen ervan binnen het strategiebeleid van de organisatie, waardoor de directie er minder snel mee instemt, en het vele (scholings)aanbod waardoor prioritering nodig is.

## Over het onderzoek

Het onderzoek vond plaats van november 2021 tot mei 2022. De bevindingen zijn gebaseerd op een mix van onderzoeksmethodes. We deden desk research voor de vergelijking van de beoordelingssystematieken en de inventarisatie van relevante landelijke kwaliteitsstandaarden en we voerden vragenlijstonderzoek uit bij alle contactpersonen van erkende effectieve interventies. Daarnaast interviewden we contactpersonen van de op grotere schaal geïmplementeerde interventies (de 'best implementatie practices') rond de werkzame elementen achter de verspreiding. Ook interviewden we zorgprofessionals rond de borging van twee interventies en kwaliteitsadviseurs vanuit 21 zorgorganisaties rond de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van een interventie die buiten de eigen zorgorganisatie is ontwikkeld.



# 1 Inleiding

Een aantal jaren geleden is het traject ‘Erkenningstraject Interventies Langdurige Zorg’ gestart door o.a. Zorginstituut Nederland, Vilans en het Ministerie van VWS<sup>2</sup>. Het doel van het Erkenningstraject is om beter zicht te krijgen op wat er werkt in de praktijk. Na het vaststellen hiervan door de betrokken commissies worden deze aanpakken (interventies) op een centrale plek aangeboden richting de zorgaanbieders. De erkende interventies voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg zijn opgenomen in de online Databank erkende Interventies voor de Langdurige Zorg. Deze wordt beheerd door Vilans. In deze Databank staan inmiddels tientallen interventies, waarvan een deel als ‘effectief’ is beoordeeld door de commissies in het Erkenningstraject. Het gaat dan om interventies voor ouderen en voor mensen met een beperking die bijvoorbeeld gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van leven.<sup>3</sup>

Voor Zorginstituut Nederland was onduidelijk in hoeverre de beoordelingscriteria binnen het Erkenningstraject aansluiten bij de principes van passend effectiviteitsonderzoek<sup>4</sup> en het beoordelingskader<sup>5</sup> van het Zorginstituut. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in het vaststellen van de effectiviteit van de interventies in beide systematieken? Daarnaast was onduidelijk hoeveel erkende effectieve interventies er zijn voor de ouderen- en gehandicaptenzorg en of hierbinnen ‘best implementatie practices’ te identificeren zijn. Zijn er voorbeelden van op grotere schaal geïmplementeerde erkende effectieve interventies in de langdurige zorg, zogenaamde ‘best implementatie practices’, en wat zijn dan de werkzame elementen achter deze succesvolle bredere implementatie? Ook was onduidelijk in hoeverre erkende effectieve interventies opgenomen zijn in de landelijke kwaliteitsstandaarden en, als dat het geval is, of dit een bijdrage levert aan de bredere implementatie van de interventies. Verder was onbekend welke belemmerende factoren er zijn bij het overnemen van erkende effectieve interventies door nieuwe zorgorganisaties. Vanuit deze probleemstellingen zijn de doelen voor dit onderzoek vastgesteld en worden in dit project verschillende onderzoeksvragen beantwoord.

---

<sup>2</sup> Dit Erkenningstraject betreft een samenwerking van 6 kennisinstituten: Vilans (sinds 2014), RIVM Centrum Gezond Leven, Kenniscentrum Sport & Bewegen, Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos-instituut. Deze landelijke kennisinstituten hanteren bij hun Erkenningstrajecten dezelfde werkwijze en criteria, maar beheren ieder een specifiek domein.

<sup>3</sup> In de Databank staan ook interventies die primair worden uitgevoerd buiten de context van de langdurige zorg (Wet Langdurige Zorg). Gezien de doelgroepen van deze interventies, het feit dat ze wel binnen de Wlz uitgevoerd kunnen worden en hun opname in de Databank van Vilans nemen we deze interventies mee in dit rapport.

<sup>4</sup> Beschreven in het rapport Passend Onderzoek Effectiviteit Langdurige Zorg [Passend+onderzoek+effectiviteit+langdurige+zorg \(1\).pdf \(ZIN, 2016\)](#)

<sup>5</sup> [Beoordeling+stand+van+de+wetenschap+en+praktijk.pdf \(ZIN, 2015\)](#)

## 1.1 Doelen en onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft twee doelen. Het eerste doel is om inzichtelijk te maken in hoeverre de werkwijze en beoordelingscriteria van de Erkenningscommissie aansluiten bij de principes van passend effectiviteitsonderzoek en het beoordelingskader van het Zorginstituut (zie voetnoten 4 en 5) als onderdeel voor het pakketbeheer.

Het tweede doel is om in kaart te brengen in hoeverre erkende effectieve interventies in de (langdurige) ouderen- of gehandicaptenzorg daadwerkelijk worden gebruikt. Wat zijn de zogenaamde 'best implementatie practices' en wat zijn de werkzame en belemmerende elementen bij implementatie en verspreiding. Hierbij is specifiek aandacht voor de rol van de landelijke kwaliteitsstandaarden.

In vijf hoofdstukken worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

Hoofdstuk 2:

- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de beoordelingssystematiek van het Erkenningstraject voor interventies in de ouderen- en gehandicaptenzorg en de beoordelingssystematiek zoals gebruikt door het Zorginstituut als onderdeel van het pakketbeheer? (met specifiek aandacht voor de beoordeling van de effectiviteit)

Hoofdstuk 3:

- Hoeveel effectieve interventies zijn er voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, gebaseerd op het Erkenningstraject?
- Op welke schaal worden de erkende effectieve interventies geïmplementeerd?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren worden gemeld bij de implementatie en langdurige continuering ervan (of borging)?

Hoofdstuk 4:

- Welke 'best implementatie practices' zijn er in de ouderen- en gehandicaptenzorg waar implementatie van effectieve interventies plaatsvindt op grotere schaal?
- Wat zijn de werkzame elementen bij succesvolle bredere implementatie van 'best implementatie practices'? Met andere woorden wat bepaalt of een effectieve interventie wordt overgenomen door nieuwe zorgorganisaties<sup>6</sup>
- Welke rol spelen de landelijke kwaliteitsstandaarden bij de bredere implementatie?

Hoofdstukken 5+6:

- Wat zijn belemmerende elementen voor zorgorganisaties bij het kiezen voor erkende interventies in de intramurale ouderenzorg (hfd 5) en gehandicaptenzorg (hfd 6)?

### LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 beschrijft de vergelijking van de beoordelingssystematieken (deel 1: eerste doel). Daarna gaan de hoofdstukken 3 tot 6 in op de onderzoeksvragen rond de erkende interventies (deel 2: tweede doel). De twee delen van het rapport kunnen los van elkaar gelezen worden.

---

<sup>6</sup> Hiermee wordt bedoeld andere zorgorganisaties dan degenen die tijdens het Erkenningstraject betrokken waren bij de ontwikkeling of het onderzoek van de effectieve interventie.

## 1.2 Aanpak van het onderzoek

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraagstellingen is een mix van onderzoeksmethodes toegepast. Deze worden hieronder beknopt toegelicht.

### **Desk research en vergelijking beoordelingssystematieken**

Via desk research is in kaart gebracht hoeveel effectieve interventies er zijn voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg in de Databank erkende interventies voor de Langdurige Zorg [www.databankinterventies.nl; peildatum 10 december 2021]. Daarnaast is op basis van openbare rapportages een vergelijking gemaakt van de beoordelingssystematieken van het Erkenningstraject voor effectieve interventies in de langdurige zorg en de beoordelingssystematiek zoals gebruikt door het Zorginstituut als onderdeel van het pakketbeheer (hoofdstuk 2). Deze vergelijking is aangescherpt op basis van de reacties van ter zake deskundige collega's van ZIN en Vilans. Verder zijn via desk research de landelijke kwaliteitsstandaarden in beeld gebracht waarvan het thema aansluit bij een van de erkende effectieve interventies (dit wordt gerapporteerd in hoofdstuk 4).

### **Vragenlijstonderzoek bij contactpersonen van erkende effectieve interventies**

Medio december 2021 ontvingen alle contactpersonen die in de Databank bij de effectieve interventies vermeld stonden vanuit het Nivel een voorgestructureerde online vragenlijst. Begin 2022 werden reminders gestuurd. Voor zes interventies in de gehandicaptenzorg werd de vragenlijst niet ingevuld. We vroegen deze contactpersonen per email of ze in het kader van een non-respons onderzoek een selectie van de belangrijkste items uit de vragenlijst wilden beantwoorden (de resultaten van het vragenlijstonderzoek staan in hoofdstuk 3).

Bij het rubriceren van de gerapporteerde bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie en de borging van interventies gebruikten we het MIDI (Meetinstrumenten Determinanten van Innovaties) instrument (Fleuren, 2014). Dit instrument beschrijft 26 determinanten van succesvolle invoering van innovaties, gebaseerd op een systematische analyse van 8 studies en opinies van experts. De determinanten zijn ingedeeld in vier categorieën: determinanten geassocieerd met de innovatie (in dit rapport: interventie), met de uitvoerende professionals, met de organisatie en met de sociale-politieke context. De meerwaarde voor en de houding van de cliënten, als determinanten, zijn in het MIDI instrument onderdeel van andere categorieën, maar rapporteren we in dit rapport als aparte categorie.

### **Verdiepend onderzoek ten aanzien van langdurige continuering en borging**

Ter verdieping op het vragenlijstonderzoek interviewden we voor twee interventies (een voor de ouderenzorg en een voor de gehandicaptenzorg) zorgprofessionals vanuit de zorgorganisaties over de factoren die van invloed zijn op de langdurige continuering en de borging van de interventies binnen de eigen zorgorganisatie. Dit was de interventie Doen bij Depressie voor de ouderenzorg en de interventie Programma Perspectief voor de gehandicaptenzorg. Deze resultaten vullen aan op het vragenlijstonderzoek en worden gerapporteerd in hoofdstuk 3.

### **Selectie best implementatie practices: werkzame elementen bij de bredere implementatie**

Op basis van analyses van de vragenlijstgegevens en in afstemming met Zorginstituut Nederland zijn de selectiecriteria vastgesteld voor de erkende effectieve interventies die op de grootste schaal geïmplementeerd bleken in de langdurige zorg. Deze worden in dit rapport de 'best implementatie

practices' genoemd <sup>7</sup>. Het voornaamste selectie criterium had betrekking op het aantal locaties waar de interventie werd geïmplementeerd. Daaropvolgend zijn de contactpersonen van deze 'best implementatie practices' benaderd voor een interview rondom de werkzame elementen achter de bredere implementatie van hun interventie (de resultaten staan in hoofdstuk 4).

### Interviews met kwaliteitsadviseurs ouderen- en gehandicaptenzorg

Tot slot zijn kwaliteitsadviseurs van zorgorganisaties uit de ouderen- en gehandicaptenzorg geïnterviewd. Zij hebben vanwege hun functie goed zicht op de wijze waarop hun organisatie werkt aan verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. De benaderde organisaties werden random geselecteerd. Het interview ging over de wijze waarop de organisaties werken aan kwaliteitsverbetering rond de thema's van de best implementatie practices, over de bekendheid met de Databank en de afzonderlijke interventies en over de factoren die bevorderen of belemmeren dat een organisatie start met een interventie. Hoofdstuk 5 presenteert de resultaten voor de ouderenzorg en hoofdstuk 6 voor de gehandicaptenzorg.

Het onderzoek werd uitgevoerd van december 2021 tot en met mei 2022. Tabel 1 toont in welke maanden de onderzoeksactiviteiten plaatsvonden.

*Tabel 1 De maanden waarin de onderzoeksactiviteiten plaatsvonden (2021 – 2022)*

Onderzoeksactiviteiten	Dec	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei
Desk research vergelijking beoordelingssystematieken en reflectie op concept vergelijking van ter zake kundige collega's van ZIN en Vilans					X	X
Vragenlijst contactpersonen erkende effectieve interventies	X	X				
Interviews contactpersonen best implementatie practices: werkzame elementen bij de bredere implementatie		X	X			
Interviews met vertegenwoordigers van zorgorganisaties over de borging van interventies				X	X	
Interviews met kwaliteitsadviseurs rondom belemmerende elementen bij het starten met een erkende interventie			X	X	X	

Bijlage A verstrekt aanvullende informatie over de onderzoeksmethodieken.

---

<sup>7</sup> We benadrukken dat de aanduiding 'best implementatie practice' geen oordeel betreft over de kwaliteit van de interventie of de mate van succesvolle implementatie binnen een organisatie. We selecteren hiermee dus niet de 'beste interventies', maar enkel de interventies die op grotere schaal worden uitgevoerd om te kunnen onderzoeken wat de werkzame elementen waren achter deze verspreiding.

## 2 Vergelijking van beoordelingssystematieken Zorginstituut en Erkenningstraject

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de beoordelingssystematiek van het Erkenningstraject voor interventies in de ouderen- en gehandicaptenzorg en de beoordelingssystematiek zoals gebruikt door het Zorginstituut als onderdeel van het pakketbeheer? (met specifiek aandacht voor de beoordeling van de effectiviteit)

De bevindingen zijn gebaseerd op desk research (openbare rapportages) en reflecties van ter zake deskundige collega's van ZIN en Vilans.

### Kernbevindingen zijn:

- Het doel, de context en de werkwijze van de beoordeling van interventies voor de ouderen- en gehandicaptenzorg in het Erkenningstraject verschillen van de beoordelingssystematiek van ZIN. Bij ZIN is het eindoordeel een ja-nee oordeel ten aanzien van de toelating tot de verzekerde zorg. Bij het Erkenningstraject is het eindoordeel een erkenning op een bepaald niveau;
- In beide beoordelingssystematieken is de effectiviteit een belangrijk criterium en vindt een gradering plaats van de kracht van het bewijs vanuit het wetenschappelijk onderzoek. De GRADE methodiek ligt hieraan ten grondslag bij ZIN en het gedachtengoed ervan ook bij het Erkenningstraject;
- Een verschil in uitgangspunt bij de effectiviteitsbeoordeling is dat ZIN, in tegenstelling tot het Erkenningstraject, een interventie beoordeelt t.o.v. de gebruikelijke zorg. Een verschil in proces is dat ZIN systematisch literatuuronderzoek uitvoert, terwijl in het Erkenningstraject de eigenaar van de interventie de wetenschappelijke informatie aanlevert rond de effectiviteit van de interventie;
- Er zit groot verschil in de positie van het 'effectiviteitsoordeel' in het eindoordeel. Het is een knock-out criterium bij ZIN; de interventie moet doen wat deze beoogt. Andere criteria worden separaat beoordeeld en meegenomen in het eindoordeel. Bij het Erkenningstraject is 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit' het hoogste niveau, waarbij de interventie dan tevens voldoet aan overige criteria. Interventies met dit 'hoogste eindoordeel' in het Erkenningstraject voldoen niet automatisch aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' volgens de ZIN systematiek.

Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de wijze waarop in het Erkenningstraject het criterium 'effectiviteit' wordt beoordeeld (Vilans, 2022). We vergelijken deze methodiek met de principes van passend effectiviteitsonderzoek en het beoordelingskader van het Zorginstituut als onderdeel van het pakketbeheer (zie voetnoten 4 en 5). Hierbij beoordeelt ZIN of een interventie in het basispakket voor de verzekerde zorg kan worden opgenomen.

In beide systematieken is het beoordelen van de effectiviteit onderdeel van een breder beoordelingskader. We starten dit hoofdstuk daarom met tabel 2.1, welke een overzicht geeft van enkele algemene kenmerken van beide systematieken.

Tabel 2.1 Achtergrond kenmerken van beoordelingssystematiek van interventies voor de langdurige zorg van Zorginstituut Nederland en het Erkenningstraject<sup>1</sup>

Kenmerk	Zorginstituut Nederland (ZIN)	Erkenningstraject
Doel van de beoordeling	Toelating tot pakket verzekerde zorg onderbouwen op basis van het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'	Inzicht bieden in de kwaliteit, uitvoerbaarheid en effectiviteit van interventies. Verbeteren van de kwaliteit van de interventie. Na erkenning opname in de Databank
Selectie van de interventie	Op aangeven van andere partijen, zoals beroepsgroep(en), zorgverzekeraars, VWS, wordt de interventie geselecteerd. ZIN selecteert ook zelf risicogericht onderwerpen/nieuwe interventies	De eigenaar/ontwikkelaar van de interventie biedt deze aan. Vilans beoordeelt of de interventie in aanmerking komt, waarna de eigenaar met begeleiding van Vilans de interventie beschrijft in een vast format
Vaststellen van de doelgroep van de interventie	Op basis van consultatie van partijen	De doelgroep wordt beschreven door de eigenaar van de interventie (eventueel ook de exclusiecriteria of contra indicaties). Betrokkenheid doelgroep bij de ontwikkeling van de interventie is gewenst
Eindoordeel	Voldaan aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'? (ja of nee) De gewenste en relevante (meer)waarde voor de cliënt moet groot genoeg zijn, in vergelijking met de standaard of gebruikelijke zorg	Erkenning op een bepaald niveau. Geen eisen rondom de situatie waarmee de interventie wordt vergeleken
Toelichting op bovengenoemd eindoordeel	Het eindoordeel is het resultaat van de technische beoordeling over effectiviteit (zie tabel 2.2) <i>plus</i> de weging in het kader van 'evidence to decision' besluitvorming <sup>2</sup>	Bij de hogere niveaus van effectiviteit (goede en sterke aanwijzingen) is wel een controleconditie gewenst in het wetenschappelijk onderzoek <sup>3</sup>
Subcriteria beoordeling	Effectiviteit	Effectiviteit (op drie niveaus, de andere criteria zijn randvoorwaardelijk)
	Kosteneffectiviteit	Geen criterium (wel moeten de kosten inzichtelijk zijn en aannemelijk gemaakt worden dat de doelen haalbaar zijn binnen genoemde randvoorwaarden en kosten)
	Noodzakelijkheid	Geen criterium
	Uitvoerbaarheid (op systeemniveau)	Uitvoerbaarheid (in de praktijk)
Wie beoordeelt?	ZIN, met consultatie van Wetenschappelijke adviesraad (WAR) en partijen (professionals via (wetenschappelijke) verenigingen, patiëntorganisaties, zorgverzekeraars)	Onafhankelijke Erkenningscommissie van 5-7 leden, vnl. wetenschappers en experts uit de praktijk
Herbeoordeling	Op verzoek, in geval van nieuwe gegevens	Na 5 jaar

<sup>1</sup> Zie bijlage F voor een toelichting op de beoordelingssystematieken; <sup>2</sup> Binnen de 'evidence to decision' besluitvorming consulteert ZIN relevante partijen, zoals beroepsgroepen en cliënten/proxys, rond context afhankelijke argumenten en de voor- en nadelen van de interventie; <sup>3</sup> De Erkenningscommissie kan hier beredeneerd van afwijken en een ander design als voldoende beoordelen;

Tabel 2.1 laat zien dat het doel en de context van de twee beoordelingssystematieken aanzienlijk verschillen. ZIN kijkt bij het pakketbeheer naar het wel of niet voldoen aan het wettelijk criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ en in het Erkenningstraject wordt een interventie erkend op een bepaald niveau. Een groot verschil in het proces is het belang van de consultatie van diverse relevante partijen. Dit is bij ZIN een prominent onderdeel en bij het Erkenningstraject niet. Daarnaast gaat beoordeling bij het pakketbeheer niet over kwaliteitszaken, terwijl kwaliteitsverbetering van de interventie in het Erkenningstraject een doelstelling is.

In beide beoordelingssystematieken is de effectiviteit een belangrijk criterium. In de eindbeoordeling (toelating tot pakket) weegt ZIN ook de kosteneffectiviteit en de noodzakelijkheid mee. Dat is minder of niet het geval bij het Erkenningstraject. Wel wordt in het Erkenningstraject, net als bij ZIN, de uitvoerbaarheid van de interventie als apart criterium beoordeeld. De invulling van deze beoordeling is wel verschillend. Bij het Erkenningstraject is de uitvoerbaarheid een basisvoorwaarde en omvat deze subcriteria, waaronder de overdraagbaarheid van de interventie (handleiding), een procesevaluatie, kwaliteitsbewaking en inzicht in de randvoorwaarden. ZIN daarentegen beoordeelt de uitvoerbaarheid op systeemniveau en kijkt of opname in de basisverzekering haalbaar en houdbaar is. Bij de haalbaarheid spelen bijv. de benodigde infrastructuur en juridische aspecten mee en bij de houdbaarheid gaat het bijv. om de kostenontwikkeling en de (toekomstige) beschikbaarheid van zorgpersoneel (Couwenbergh, 2013). De implementatie van een interventie, en de uitvoeringsaspecten die daarmee samenhangen, laat ZIN over aan het veld.

### **Vergelijking beoordelingssystematieken rond criterium effectiviteit**

We spitsen de vergelijking tussen de twee beoordelingssystematieken hierna toe op de beoordeling van het criterium ‘effectiviteit’. Tabel 2.2 toont een aantal kenmerken van de systematieken van ZIN en het Erkenningstraject bij het oordeel rond het criterium ‘effectiviteit’.

De plek van het ‘effectiviteitsoordeel’ binnen het eindoordeel is verschillend, wat voortkomt uit de verschillende doelen en contexten van de twee systematieken. Bij ZIN is effectiviteit één van de hoofdcriteria en een voorwaarde voor opname in de basisverzekering (Bijl, 2020). Er moeten ten minste aanwijzingen zijn dat de interventie doet wat deze beoogt, zo niet dan geldt het criterium ‘effectiviteit’ als knock-out criterium. De andere criteria worden separaat beoordeeld en meegenomen in het eindoordeel.

In het Erkenningstraject is ‘sterke aanwijzingen voor effectiviteit’ het hoogste niveau. Een erkenning op dit niveau houdt in dat de interventie doet wat deze beoogt te doen en tevens positief beoordeeld is op de overige criteria die in het Erkenningstraject van belang worden geacht, zoals de theoretische onderbouwing en de uitvoerbaarheid.

Tabel 2.2 Beschrijving van een aantal kenmerken van de beoordelingssystematiek van Zorginstituut Nederland en het Erkenningstraject rond het criterium EFFECTIVITEIT<sup>1</sup>

Kenmerk	Zorginstituut Nederland	Erkenningstraject
Context beoordeling van effectiviteit	Een wettelijk criterium dat geldt als knock-out criterium. ZIN stelt de PICO(ts) <sup>2</sup> vast. Kwaliteit van de evidence wordt beoordeeld met de GRADE systematiek	Belangrijkste criterium dat vastgesteld wordt op drie niveaus. De overige criteria/vereisten zijn randvoorwaardelijk hieraan <sup>3</sup>
Definitie van effectiviteit	(Meer)waarde uitgedrukt in termen van relevante uitkomstmaten voor de cliënt. Nadruk op de vraag of een interventie doet wat het beoogt te doen. Als dat zo is dan is niet altijd meerwaarde vereist in termen van effectiviteit. De waarde voor de cliënt kan dan zitten in een ander relevant aspect	Het hoogste niveau is: sterke aanwijzingen o.b.v. de bewijskracht van het wetenschappelijk onderzoek. Meegewogen wordt of de meest relevante uitkomstmaten zijn meegenomen, gezien doel van de interventie en doelgroep, en de grootte van de effecten
Hoe wordt bepaald of een interventie effectief is?	In een proces met een aantal stappen: -Vaststellen van de wenselijkheid en haalbaarheid van het onderzoeksprofiel, met aandacht voor passendheid (design) van effectiviteitsonderzoek naar type interventie/zorgverlening -Systematisch literatuuronderzoek -Beoordelen en graderen van het wetenschappelijk bewijs (GRADE systematiek)	Vastgestelde criteria voor de bewijskracht van het wetenschappelijk onderzoek. Uitgangspunt is voldoende studies met een kwalitatief sterk onderzoeksdesign. <sup>4</sup> De eigenaar/contactpersoon van de interventie levert de informatie aan op basis waarvan de beoordeling plaatsvindt
Nederlands onderzoek verplicht?	Nee, mate van generaliseerbaarheid naar Nederlandse situatie wordt beoordeeld aan de hand van GRADE	Ja
Wie bepaalt of een interventie effectief is?	ZIN na consultatie van commissies met onafhankelijke deskundigen: de Wetenschappelijke adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP)	Erkenningscommissie
Eindoordeel omtrent effectiviteit	Gradering aan de hand van de GRADE systematiek t.a.v. de kwaliteit van het onderliggende bewijs	Vier niveaus <sup>4</sup> : 1-Effectiviteit nog niet aangetoond maar wel goed (theoretisch) onderbouwd 2-4: Drie niveaus van aanwijzingen voor effectiviteit

<sup>1</sup> Zie bijlage F voor een toelichting op de beoordelingssystematieken en de relevante rapporten en referenties; <sup>2</sup> Met een PICO(ts) wordt de patiëntpopulatie vastgesteld (P), de interventie (I), de controleconditie (C) en de uitkomsten waar de interventie op beoordeeld wordt (O). Daarnaast ook de minimaal vereiste follow-up periode (de t staat voor time) en de setting (s). <sup>3</sup> Ook o.a. het criterium 'uitvoerbaarheid' moet dus voldoende zijn, anders is geen erkenning mogelijk van het niveau van de effectiviteit; <sup>4</sup> Ook het Erkenningstraject gaat uit van het gedachtengoed van de GRADE systematiek ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)). Net als bij ZIN kan het voorkomen dat goed uitgevoerd observationeel onderzoek even hoog gewaardeerd wordt of zelfs hoger dan een RCT van slechte kwaliteit.

### Overeenkomsten en verschillen bij het vaststellen van de effectiviteit

Tabel 2.2 laat zien dat zowel bij ZIN als bij het Erkenningstraject een gradering plaatsvindt van de kracht van het onderliggende bewijs voor de effectiviteit. Bij ZIN gebeurt dat op basis van de GRADE (grades of recommendation, assessment, development and evaluation)-systematiek en ook in het Erkenningstraject vormt het gedachtengoed van GRADE het uitgangspunt bij het graderen van de kracht van het bewijs voor de effectiviteit. In het kader wordt de GRADE systematiek beknopt toegelicht.



Beknopte toelichting op gradering van de kwaliteit van het bewijs volgens GRADE:

- De kwaliteit van het bewijs wordt vastgesteld op vier niveaus (hoog, middelmatig, laag, zeer laag);
- De volgende factoren worden meegewogen: risico op bias (hierin telt o.a. de kwaliteit van het studie design van het wetenschappelijk onderzoek), inconsistentie, indirectheid, onnauwkeurigheid, publicatie bias en eventueel nog andere factoren;
- Als voorbeeld: wanneer een zeer ernstig risico op bias wordt vastgesteld, dan verlaagt dit het niveau van de kwaliteit van het bewijs met twee niveaus.
- Voor meer informatie: [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)

Belangrijke verschillen zijn dat bij het Erkenningstraject de criteria voor de verschillende niveaus van effectiviteit (eerste, goede of sterke aanwijzingen) zijn gepubliceerd en dat de eigenaar van de interventie het beschikbare bewijs aanlevert. ZIN daarentegen stelt de PICO(ts) vast, de passendheid van het onderzoeksprofiel, verricht systematisch literatuuronderzoek en gradeert vervolgens het beschikbare bewijs. Bij het Erkenningstraject wordt Nederlands onderzoek vereist, bij ZIN niet. Tot slot is een verschil in uitgangspunt dat ZIN de effectiviteit van de interventie beoordeelt ten opzichte van de gebruikelijke zorg, door middel van het vaststellen van de "C" (comparison) in de PICO(ts). Zoals staat in tabel 2.2 hoeft de interventie niet per se effectiever te zijn dan de gebruikelijke zorg om te voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', indien er andere relevante verbeteringen voor de cliënt zijn. In het Erkenningstraject wordt een controleconditie in het wetenschappelijk onderzoek gewenst bij de hogere niveaus van effectiviteit, maar vindt minder nadrukkelijk een beoordeling plaats ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Bijlage F beschrijft meer in detail de processtappen die doorlopen worden bij het vaststellen van de effectiviteit van een interventie en de criteria van het Erkenningstraject. Omdat dit proces bij ZIN in een generiek kader plaatsvindt met een aantal stappen, waaronder afwegingen rond de passendheid van het onderzoeksprofiel (Heymans, 2013) zijn de systematieken niet rechtstreeks te vergelijken.

#### **Criteria hoogste eindoordeel Erkenningstraject**

Samengevat zijn voor een erkenning op het hoogste niveau van effectiviteit ("sterke aanwijzingen") in het Erkenningstraject ten minste twee wetenschappelijke studies nodig, waaronder een Nederlands onderzoek, waarbij de interventie wordt vergeleken met een controleconditie en randomisatie plaatsvond bij de toewijzing van de cliënt aan de interventie- of de controleconditie. De interventie is in de praktijk uitgevoerd en de follow up betreft ten minste 6 maanden. De Erkenningscommissie kan hier beredeneerd van afwijken en een ander design accepteren dat de causaliteit van de relatie afdoende aantoont. De onderzoekskenmerken 'controlegroep' en 'randomisatie' worden ook vermeld in de beoordelingssystematiek van ZIN (Heymans, 2013; ZIN, 2016), ofschoon ze niet altijd passend geacht worden. Tabel 2.3 vat samen voor de drie verschillende niveaus van effectiviteit in het Erkenningstraject aan welke onderzoekskenmerken de onderliggende wetenschappelijke studies dan moeten voldoen.

Tabel 2.3 Aanwezigheid van de onderzoekskenmerken genoemd in de beoordelingssystematiek van Zorginstituut Nederland bij de drie niveaus van erkenning in het Erkenningstraject<sup>1</sup>

Onderzoekskenmerken ZIN <sup>2</sup> →	Controlegroep	Randomiseren	Blinderen
Niveau effectiviteit Erkenningstraject ↓			
Eerste aanwijzingen	Niet vereist	Niet vereist	Niet vereist
Goede aanwijzingen		Niet vereist	Niet vereist
Sterke aanwijzingen			Niet vereist

<sup>1</sup> De groene blokken geven aan wanneer een onderzoekskenmerk vereist is. De Erkenningscommissie kan hier beredeneerd van afwijken en bijv. dan een ander onderzoeksdesign toelaten zoals een herhaalde casestudy; <sup>2</sup> Het kan voorkomen dat ZIN deze onderzoekskenmerken niet passend acht voor het effectiviteitsonderzoek naar een interventie. In dat geval worden ze niet relevant en/of mogelijk geacht. ZIN kijkt ook naar andere ondersteunende argumenten zoals plausibiliteit;

Met het hoogste eindoordeel in het Erkenningstraject ('sterke aanwijzingen voor effectiviteit') voldoet een interventie niet automatisch aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' bij ZIN, omdat mogelijk niet voldaan wordt aan alle criteria die ZIN van belang acht, bijv. de uitvoerbaarheid op systeemniveau. Daarnaast worden relevante partijen (professionals via (wetenschappelijke) verenigingen, patiëntorganisaties, zorgverzekeraars) in het Erkenningstraject niet geconsulteerd. Tot slot zijn er verschillen bij de beoordeling van de effectiviteit. Het Erkenningstraject hanteert niet als uitgangspunt een vergelijking t.o.v. de gebruikelijke zorg en er wordt geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

### 3 Aantal erkende effectieve interventies, schaal van implementatie en beïnvloedende factoren bij de borging

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

- Hoeveel effectieve interventies zijn er voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, gebaseerd op het Erkenningstraject?
- Op welke schaal worden de erkende effectieve interventies geïmplementeerd?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren worden gemeld bij de implementatie en langdurige continuering ervan (of borging)?

De bevindingen zijn gebaseerd op deskresearch en vragenlijstonderzoek onder de contactpersonen van alle erkende effectieve interventies. Daarnaast zijn zorgprofessionals geïnterviewd in twee zorgorganisaties rond de borging van een erkende effectieve interventie.

#### Kernbevindingen zijn:

- In december 2021 bevatte de Databank erkende Interventies 27 effectieve interventies. Dit waren 16 interventies voor de ouderenzorg en 11 interventies voor de gehandicaptenzorg;
- Van deze interventies werden er vier beoordeeld op het hoogste niveau. Dat wil zeggen dat er sterke aanwijzingen zijn voor de effectiviteit;
- De erkende effectieve interventies in de ouderenzorg zijn elk op 3-230 locaties geïmplementeerd en in de gehandicaptenzorg op 3-17 locaties. De daadwerkelijke schaal van implementatie is waarschijnlijk groter omdat niet elke contactpersoon hier zicht op heeft;
- Een vaak genoemde beïnvloedende factor bij de implementatie van interventies is de betrokkenheid en motivatie van de zorgprofessionals. Dit kan zowel bevorderend als belemmerend (bij een negatieve houding) werken;
- De kosten en financiering worden alleen als belemmerende factor genoemd door contactpersonen van interventies die extramuraal worden uitgevoerd;
- Zorgprofessionals vanuit intramurale zorgorganisaties in de ouderen- en gehandicaptenzorg geven aan dat voor de borging van de interventie blijvende aandacht nodig is. Daarnaast is verwevenheid nodig in het beleid en in de werkprocessen van de zorgorganisatie.

De hiernavolgende paragrafen geven een toelichting op deze bevindingen

#### 3.1 Aantal erkende effectieve interventies

In december 2021 stonden er 27 interventies in de Databank waarvan de Erkenningscommissie vaststelde dat er aanwijzingen zijn voor de effectiviteit. Tabel 3.1 toont het aantal interventies in de ouderenzorg (n=16) en de gehandicaptenzorg (n=11), per doelgroep en het doel van de interventie.

Tabel 3.1 Aantal erkende effectieve interventies per sector, doelgroep en doel

Sector, doelgroep en doel	Aantal
<b>Intramurale ouderenzorg - psychogeriatrische (PG) zorg</b>	
-Cliënten met gevorderd stadium dementie <sup>1</sup>	3
-Cliënten met Syndroom van Korsakov <sup>1</sup>	1
<b>Intra- of extramurale ouderenzorg - zelfstandig wonende ouderen</b>	
-Cliënten met vroeg stadium van dementie en/of de mantelzorgers <sup>1</sup>	3
-Gericht op verminderen valrisico	4
-Gericht op zingevingsondersteuning	3
-Gericht op verminderen van depressieve klachten	2
<b>Extramurale gehandicaptenzorg</b>	
-Gericht op verbeteren mobiliteit bij halfzijdige gezichtsvelduitval	1
<b>Intra- of extramurale gehandicaptenzorg<sup>1</sup></b>	
-Begeleiders van cliënten	1
-Kinderen met ernstig meervoudige beperking	3
-Kinderen of volwassenen met ernstig meervoudige beperking	2
-Volwassenen met verstandelijke beperking	1
-Kinderen met (licht) verstandelijke beperking en bijkomende problematiek	3

<sup>1</sup> Het doel van de interventies is verbetering van kwaliteit van leven en/of afname van probleemgedrag;

Bijlage G verstrekt per interventie informatie over de doelgroep en het doel, de setting en de professionals die de interventie kunnen uitvoeren in de praktijk. De interventies werden erkend tussen 2013 en 2021.

### Niveau van effectiviteit

Het Erkenningstraject maakt onderscheid naar drie verschillende niveaus bij de beoordeling van de effectiviteit van de interventies. Van de 27 interventies zijn er door de Erkenningcommissie:

- 14 beoordeeld op het eerste niveau van effectiviteit ‘eerste aanwijzingen voor effectiviteit’;
- 9 op het tweede niveau van effectiviteit ‘goede aanwijzingen voor effectiviteit’
- 4 op het hoogste niveau van effectiviteit ‘sterke aanwijzingen voor effectiviteit’.

Deze laatste categorie betreft alleen interventies in de ouderenzorg. Er waren geen interventies voor de gehandicaptenzorg die zijn beoordeeld op het hoogste niveau van effectiviteit. Wel zijn drie van de elf interventies beoordeeld op het niveau van goede aanwijzingen voor de effectiviteit.

## 3.2 Aanvullende informatie over de erkende interventies

### Respons op de vragenlijst

Van de 27 erkende effectieve interventies (bijlage G) werden er twee niet meer actief aangeboden en ondersteund, waarvan één interventie inmiddels uit de Databank is verwijderd. Daarnaast konden we één contactpersoon niet bereiken. Van de overige 24 interventies vulden 18 contactpersonen de vragenlijst in (75%). De respons was 100% (n=13) voor de effectieve interventies in de ouderenzorg en 45% (n=5) voor de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg. Drie contactpersonen voor interventies in de gehandicaptenzorg vulden nog wel enkele items in ten behoeve van een non-respons onderzoek. Voor deze items komt de respons uit op 73% (n=8).

### **Uitvoering van de interventie in een intra- of extramurale context**

Van de 13 erkende effectieve interventies in de ouderenzorg worden 5 interventies volledig uitgevoerd in een intramurale context, dus binnen verpleeg- of verzorgingshuizen, en worden 4 interventies volledig uitgevoerd in een extramurale context (thuiswonende ouderen). De overige 4 interventies worden zowel intra- als extramuraal uitgevoerd.

Van de 5 interventies in de gehandicaptenzorg worden er 3 volledig uitgevoerd in een intramurale context en worden 2 interventies zowel intramuraal als extramuraal uitgevoerd.

### **Toegankelijkheid van het ondersteuningsaanbod rondom de interventie**

Voor de 13 erkende effectieve interventies in de ouderenzorg gaven 9 contactpersonen aan dat het ondersteuningsaanbod rond de interventie, de materialen en/of de trainingen volledig up to date zijn en toegankelijk voor nieuwe organisaties die de interventie willen uitvoeren. Bij vier interventies was het trainingsprogramma voor zorgprofessionals of onderdelen ervan, bijv. e-learning modules, tijdelijk niet beschikbaar. Dit kwam bijv. door een openstaande vacature voor een nieuwe trainer. Voor de 8 effectieve interventies in de gehandicaptenzorg rapporteerden 7 contactpersonen dat het ondersteuningsaanbod volledig up to date en toegankelijk is. Bij één interventie was dat niet het geval. Dit kwam door andere prioriteiten van de contactpersoon en te weinig financiering voor de verdere implementatie van de interventie. Wel bestond de intentie om dit op termijn weer voor elkaar te gaan krijgen.

### **Doorontwikkeling van de interventie na de erkenning**

De helft van de contactpersonen van de erkende effectieve interventies in de ouderenzorg (7 van de 13) gaf aan dat de interventie is doorontwikkeld na de erkenning. Dit houdt in dat nieuwe interventies of modules zijn toegevoegd aan de bestaande interventie, bijv. voor andere doelgroepen, of dat interventie-onderdelen zijn doorontwikkeld, bijv. met meer aandacht voor de preventie van terugval. Ook verscheen een nieuwe druk van het boek rondom één van de interventies. Twee contactpersonen gaven aan dat hun interventie nu ook aangeboden wordt binnen het programma van één van de andere effectieve interventies.

Voor de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg rapporteerden twee van de vijf contactpersonen die de vragenlijst invulden dat de interventie in de oorspronkelijke vorm wordt aangeboden. Bij de andere drie interventies zijn aanvullingen ontwikkeld op de interventie, bijv. voor toepassing in het onderwijs of voor andere doelgroepen.

### **Geschiktheid van de interventie voor andere doelgroepen**

De meeste contactpersonen van de effectieve interventies in de ouderenzorg (9 van de 13) vonden de interventie ook geschikt voor andere doelgroepen, dan de doelgroep waarvoor het effectiviteitsniveau tijdens het Erkenningstraject is vastgesteld. Voor zes interventies waren dat ouderen met specifieke medische aandoeningen, zoals psychiatrische patiënten, patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), de ziekte van Parkinson, amyotrofische laterale sclerose (ALS) en de ziekte van Huntington en patiënten met kanker in de palliatieve fase. Eén van de contactpersonen van een interventie ter preventie van valincidenten vindt de aanpak ook geschikt voor mensen met een verstandelijke beperking of voor patiënten met osteoporose. Daarnaast werd bij een interventie een cultuursensitieve variant ontwikkeld voor ouderen met een migratieachtergrond en richt een andere interventie zich nu ook op een jongere doelgroep met een lagere sociaal economische status. Tot slot is een interventie beschikbaar als zelfhulpboek, en daarmee voor iedereen verkrijgbaar. Alle contactpersonen van de vijf effectieve interventies in de gehandicaptenzorg vonden de interventie ook geschikt voor andere doelgroepen. Het ging hierbij om patiënten met psychiatrische problematiek, ouderen met of zonder dementie, jongeren of volwassenen met een (licht) verstandelijke beperking, meertalige kinderen of niet-sprekers met een autisme spectrum stoornis.

### Geschiktheid van de interventie voor andere settings

Vier van de 13 contactpersonen van de effectieve interventies in de ouderenzorg rapporteerden dat de interventie ook uitgevoerd kan worden in een andere setting dan de setting waarvoor het effectiviteitsniveau is vastgesteld. Dit betreft dan de extramurale context voor een interventie ontwikkeld binnen verzorgingshuizen en -andersom – de intramurale context voor een interventie die momenteel wordt uitgevoerd in de thuissituatie. Voor de interventies gericht op zingevingsondersteuning werd aangegeven dat deze ook uitgevoerd kunnen worden in de basisGGZ, de eerstelijnszorg voor mensen met depressieve klachten en in de palliatieve zorg.

Drie van de 5 contactpersonen van de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg rapporteerden dat de interventie ook toegepast kan worden in andere settings, namelijk het (speciaal) onderwijs, de ambulante zorg, orthopedagogische dag centra (ODC's) en revalidatie-centra.

### Geschiktheid van andere uitvoerende professionals van de interventie

Zes van de 13 contactpersonen van de erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en twee van de 5 contactpersonen van effectieve interventies in de gehandicaptenzorg gaven in de vragenlijst aan dat de interventie ook uitgevoerd kan worden door andere professionals, dan degenen die vermeld staan in de Databank. Tabel 3.2 geeft aan welke professionals in de Databank vermeld staan als mogelijke uitvoerders van de interventie en ook welke alternatieve disciplines volgens de contactpersonen geschikt zijn voor het uitvoeren van de interventie.

Tabel 3.2 *Mening van contactpersonen van erkende effectieve interventie over de disciplines die de interventie kunnen uitvoeren*

Disciplines vermeld in de Databank	Eventuele alternatieve disciplines die de interventie kunnen uitvoeren
<b>Ouderenzorg</b>	
Fysiotherapeuten	Andere beweegaanbieders, zoals sportinstructeurs of leefstijlcoaches
Arts	Verpleegkundig specialist
Coach (casemanager dementie, psycholoog)	Wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, vrijwilligers met de juiste achtergrond
Psycholoog	POH-GGZ
<b>Gehandicaptenzorg</b>	
GZ-psycholoog of klinisch psycholoog	Professionals met kennis van de gevolgen van een verstandelijke beperking, depressieve klachten en trauma gerelateerde klachten
Professional die goed bekend is met de cliënt	Ouders, verwanten, leerkrachten

Daarnaast gaf een van de contactpersonen in de vragenlijst aan dat een deel van de rollen al flexibel ingevuld wordt in de huidige situatie, namelijk wie de coördinator is of de communicatieverantwoordelijke, maar dat de andere rollen dan wel vastliggen, bijv. van de diëtist.

## 3.3 Schaal van implementatie

### Belangstelling vanuit zorglocaties voor de interventie

We vroegen in de vragenlijst hoeveel locaties belangstelling toonden voor de interventie, bijv. door er informatie over op te vragen, nadat de interventie erkend werd en opgenomen in de Databank. En

daarnaast ook hoeveel locaties recent in 2020/2021 belangstelling toonden voor de interventie<sup>8</sup>. Van de vijf effectieve interventies in de ouderenzorg die vóór 2019 erkend werden rapporteerde een contactpersoon dat dit in totaal 40 locaties waren, waarvan 18 recent, en twee andere contactpersonen dat 40 en 200 locaties recent belangstelling toonden. Dit duidt op een aanhoudende belangstelling voor deze interventies. Van de 13 interventies in de ouderenzorg wisten 9 contactpersonen hoeveel locaties recent belangstelling toonden en dit liep uiteen van 1 tot 200 locaties. Met name voor een van de interventies ter preventie van valincidenten en voor twee van de interventies voor cliënten met dementie in de vroegere fase toonden veel locaties recent belangstelling. Voor de vijf interventies in de gehandicaptenzorg was dit bekend bij twee contactpersonen, en toonden tussen de 6 en 20 locaties recent belangstelling voor deze interventies.

### Aantal locaties dat de interventie uitvoert

Tabel 3.3 presenteert het aantal locaties dat de interventie in 2020/2021 uitvoert per categorie van de effectieve interventies.

*Tabel 3.3 Aantal locaties dat de interventie uitvoert per categorie van de erkende effectieve interventies*

Categorieën effectieve interventies	N locaties (range)
<b>Ouderenzorg<sup>1</sup></b>	
Intramurale context (PG) <sup>2</sup> (n=3)	3 - 35
Interventies gericht op verminderen van valrisico bij ouderen (n=4)	6-230
Interventies voor ouderen met depressieve klachten of dementie in vroege fase (n=3)	39-180
<b>Gehandicaptenzorg</b>	
Alle interventies (n=4) <sup>1</sup>	3-17

<sup>1</sup> Het aantal locaties is onbekend voor drie interventies in de ouderenzorg en voor vier interventies in de gehandicaptenzorg. <sup>2</sup> De doelgroep zijn cliënten met vergevorderde dementie of syndroom van Korsakov.

Aanvullend op de tabel rapporteerde een contactpersoon ook internationale belangstelling, maar dit stond vanwege de Covid-19 pandemie op een lager pitje. Verder kwam een interventie in aanmerking voor een stimuleringsregeling rond de toepassing van eHealth. Als dit doorgaat dan is een opschaling te voorzien naar een groter aantal locaties dat de interventie gaat uitvoeren. Tot slot geldt voor de interventies rond zingevingsondersteuning dat onbekend is hoeveel locaties de interventie momenteel uitvoeren, maar betekent dit niet dat deze dus weinig worden uitgevoerd. Volgens een contactpersoon maken met name ook welzijnsorganisaties, in de ambulante context, gebruik van de interventie rond zingevingsondersteuning. De snelle uitverkoop van de ondersteunende publicatie rond de interventie duidt op veel belangstelling. Daarnaast wordt één van deze interventies ook aangeboden binnen het programma van een andere erkende effectieve interventie. Ook hierdoor bestaat minder zicht op het aantal locaties dat de interventie in de praktijk uitvoert.

Afsluitend vermelden we voor een interventie in de gehandicaptenzorg dat deze het 'train-de-trainer' principe hanteert. Hierdoor kan een sneeuwbal effect optreden, maar is de contactpersoon het zicht kwijt op de precieze schaal van uitvoering in de praktijk.

<sup>8</sup> We wijzen erop dat deze periode samenvalt met de Covid-19 pandemie

### 3.4 Beïnvloedende factoren bij de implementatie

#### Bevorderende factoren bij de implementatie van de interventie

Voor de ouderenzorg werd vraag 13 in de vragenlijst, die hierop slaat (zie bijlage B), beantwoord door zes respondenten en voor de gehandicaptenzorg door twee respondenten. De interventies in de ouderenzorg zijn verdeeld over de verschillende categorieën uit tabel 3.1. Tabel 3.4 presenteert de bevorderende factoren bij de implementatie.

Tabel 3.4 *Bevorderende factoren bij de implementatie van de interventie*<sup>1</sup>

Ouderenzorg (n=6 respondenten) <sup>2</sup>
<b>Factoren die te maken hebben met de cliënten:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatie van deelnemers (1) of duidelijk voorzien in een behoefte van de doelgroep (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatie van professionals (2)</li> <li>Multidisciplinaire aanpak : alle noodzakelijke disciplines willen meedoen (1)</li> <li>Maken van een lokaal plan van aanpak (1) goede samenwerking binnen netwerk met heldere rolverdeling (2)</li> <li>Intervisie tussen coaches (1)</li> <li>Aanwezigheid van personen die de interventie willen 'trekken' (3)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ondersteuning van het management, er bijv. tijd voor krijgen en financiële compensatie van verlettijden (2)</li> <li>Beschikbare faciliteiten (1)</li> <li>Voldoende financiering (2)</li> </ul>
<b>Factor die te maken heeft met de interventie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informatie oprispen middels nieuwsbrieven/berichten op social media (2)</li> </ul>
<b>Factor die te maken heeft met de bredere context:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Doorverwijsaanbod aanwezig dat ook aansluit bij behoeften (zowel voor ouderen die uit de screening toch niet geschikt zijn voor deze interventie als voor de ouderen die klaar zijn met de interventie) (1)</li> </ul>
Gehandicaptenzorg (n=2 respondenten)
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisciplinaire aanpak : alle noodzakelijke disciplines willen meedoen (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laagdrempelige toegang tot training/deskundigheidsbevordering (1)</li> <li>Voldoende financiering (inzicht in benodigd budget) (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de interventie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Geprotocolleerde aanpak (1)</li> <li>Toesturen van extra materialen (1)</li> <li>Professionals van buiten de organisatie denken mee over de implementatie en toepassing van de interventie (1)</li> </ul>

<sup>1</sup> Bij de indeling van de factoren is uitgegaan van de indeling van het MIDI-instrument voor determinanten van innovaties (Fleuren e.a., 2014); <sup>2</sup> Vier contactpersonen gaven aan hier goed zicht op te hebben en twee contactpersonen dat ze er gedeeltelijk zicht op hebben. Alle antwoorden zijn verwerkt in deze tabel, deels op basis van gesuggereerde publicaties (Meiland, 2005; Mangiaracina, 2017);

#### Belemmerende factoren bij de implementatie van de interventie

Voor de ouderenzorg werd de vraag beantwoord door zes respondenten en voor de gehandicaptenzorg door twee respondenten. Tabel 3.5 presenteert de belemmerende factoren bij de implementatie van de interventie.



Tabel 3.5 Belemmerende factoren bij de implementatie van de interventie

Ouderenzorg (n=6 respondenten)
<b>Factoren die te maken hebben met de cliënten:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werving van deelnemers loopt moeilijker dan verwacht (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onzekerheid over eigen (online) kennis en kunde van de uitvoerders (1)</li> <li>• Onvoldoende bereidheid tot implementatie (2) of aanpassing van werkrouines met nieuwe methodiek (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende middelen of financiën beschikbaar (3)</li> <li>• Onvoldoende prioritering, tijdgebrek en/of er lopen teveel andere projecten binnen de organisatie (2)</li> <li>• Onrust in de organisatie, bijv. vanwege een verhuizing (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de interventie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De complexiteit van de interventie, bijv. vanwege betrokkenheid van verschillende disciplines (1)</li> <li>• De relatief hoge kosten voor zowel ouderen als voor professionals (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de bredere context:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competitie met bestaand zorg- en welzijn aanbod (1)</li> <li>• Onduidelijkheid wie ervoor verantwoordelijk is (organisatie, zorgverzekeraar, gemeente) (1)</li> <li>• Op dit moment: de invloed van de Covid-19 pandemie<sup>1</sup> (2)</li> </ul>
Gehandicaptenzorg (n=2 respondenten)
<b>Factor die te maken heeft met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onzekerheid over eigen (online) kennis en kunde van de uitvoerders (1)</li> </ul>
<b>Factor die te maken heeft met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende prioritering, tijdgebrek en/of er lopen teveel andere projecten (1)</li> </ul>

<sup>1</sup> De vragenlijst werd in januari 2022 beantwoord;

Gecombineerd over tabellen 3.4 en 3.5 komt naar voren dat alle factoren van de indeling van het MIDI instrument (Fleuren e.a., 2014) werden genoemd. Het vaakst werd de betrokkenheid en de houding en motivatie van de zorgprofessionals genoemd. Dit kan bevorderend werken, maar dus ook belemmerend bij een negatieve houding, bijv. omdat zorgverleners er de meerwaarde niet van inzien of het teveel tijd vinden kosten. Het valt op dat de factoren rond kosten en financiering alleen werden gemeld door contactpersonen van interventies die worden uitgevoerd in een extramuraal context. In de ouderenzorg zijn dit de extramuraal uitgevoerde interventies voor ouderen gericht op preventie van valincidenten en de ondersteuning van thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers.

### 3.5 Beïnvloedende factoren bij de borging

Naast de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de interventie, vroegen we specifiek naar de beïnvloedende factoren bij de borging ervan, waarmee wordt bevorderd dat de interventie langdurig wordt gecontinueerd. Vijf van de zes contactpersonen van effectieve interventies in de ouderenzorg gaven aan hier zicht op te hebben. De overige contactpersoon merkte op dat er in de langdurige zorg in het algemeen weinig aandacht is voor borging en dat het moeilijk is om het handelen structureel te veranderen. Voor de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg beantwoordden twee contactpersonen deze vraag in de vragenlijst. Tabel 3.6 verstrekt een overzicht van de bevorderende factoren voor het langdurig continueren en het borgen van de interventies.

Tabel 3.6 *Bevorderende factoren bij de borging van de interventie*

Ouderenzorg (n=5 respondenten) <sup>1 2</sup>
<b>Factoren die te maken hebben met de cliënten (en context):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanhoudende toestroom van ouderen voor de interventie, bijv. door verwijzing van de POH (1)</li> <li>• Positieve resultaten in ouderen (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmatige intervisie en een community gevoel voor de uitvoerders (1)</li> <li>• Een goedlopende samenwerking binnen het netwerk met heldere rolverdeling en verantwoordelijkheden (1)</li> <li>• Betrokkenheid van mensen die erin geloven en de interventie al langer toepassen (1)</li> <li>• Voldoende invloed van alle betrokken disciplines om de continuering voor elkaar te krijgen (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Blijvende) beschikbaarheid van de faciliteiten (1)</li> <li>• (Blijvende) beschikbaarheid van de financiering (1)</li> <li>• Commitment van het management van de zorgorganisatie en facilitering van de randvoorwaarden, o.a. de interventie meenemen in het budget (1)</li> </ul>
<b>Factor die te maken heeft met de bredere context:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het vooruitzicht dat de licenties vergoed worden via de zorgverzekeraar (basispakket) (1)</li> </ul>
Gehandicaptenzorg (n=2 respondenten)
<b>Factor die te maken heeft met de cliënten:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positieve reacties van de deelnemers (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezigheid van kartrekkers (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabiliteit in de teams die de interventie uitvoeren (1)</li> <li>• Ruimte voor ontwikkeling van materialen (1)</li> <li>• Ruimte voor deskundigheidsbevordering (1)</li> </ul>

<sup>1</sup> Eén van deze respondenten gaf aan dit niet onderzocht te hebben, maar er wel anekdotisch wat over te kunnen zeggen. Deze antwoorden zijn meegenomen in deze tabel; <sup>2</sup> De helft van deze interventies zijn in 2020 of 2021 opgenomen in de Databank. De mening van de contactpersonen is dus (ook) gebaseerd op de periode voor de erkenning;

Zoals tabel 3.6 laat zien wees een contactpersoon van een interventie in de gehandicaptenzorg op het grote belang van positieve reacties van cliënten. Hieraan werd in een opmerking toegevoegd dat dit een grote stimulans is voor zowel ouders als professionals. Vaak is de eerste stap dan moeilijk en wordt de interventie daarna langdurig gecontinueerd.

Vijf van de zes contactpersonen van effectieve interventies in de ouderenzorg rapporteerden over de belemmerende factoren bij de langdurige continuering of de borging van de interventie. Ook rapporteerden hier twee contactpersonen over van effectieve interventies in de gehandicaptenzorg. Tabel 3.7 verstrekt een overzicht van de belemmerende factoren.

Tabel 3.7 Belemmerende factoren bij de borging van de interventie

Ouderenzorg (n=5 respondenten)
<b>Factoren die te maken hebben met de cliënten (en organisatie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen of onvoldoende toestroom van ouderen voor de interventie, bijv. door gebrek aan naamsbekendheid van het programma (2)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals (uitvoering van de interventie):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongemotiveerd en ongetraind personeel (1)</li> <li>• Onzekerheid van de professionals over de eigen (online) kennis en kunde (1)</li> <li>• Onvoldoende integratie in reguliere werkprocessen, waardoor het iets blijft 'om te laten vallen' (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie (en context):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wisseling van de wacht (ander persoon met beslisbevoegdheid die het onderwerp minder prioriteert) (1)</li> <li>• Onvoldoende ondersteuning van het management, gebrek aan mankracht of faciliteiten (2)</li> <li>• Onvoldoende dekking voor de structurele kosten van de interventie (3)<sup>3</sup></li> <li>• Eenzijdige focus op crisishulp i.p.v. preventie (1)</li> </ul>
Gehandicaptenzorg (n=2 respondenten)
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wisseling in teams (1)</li> <li>• Onvoldoende expertise aanwezig om medewerkers te coachen bij de uitvoering van de interventie (1)</li> <li>• Onvoldoende tijd voor continuering van de interventie (1)</li> </ul>

<sup>1</sup> Eén van deze respondenten gaf aan dit niet onderzocht te hebben, maar er wel anekdotisch wat over te kunnen zeggen. Deze antwoorden zijn meegenomen in deze tabel; <sup>2</sup> De helft van de interventies is in 2020 of 2021 opgenomen in de Databank. De mening van de contactpersonen is dus (ook) gebaseerd op de periode voor de erkenning; <sup>3</sup> Een respondent verstrekte als toelichting dat voor de eerste uitvoering dan wel financiering beschikbaar is van bijv. een tijdelijk innovatiefonds;

Uit de tabellen 3.6 en 3.7 blijkt dat factoren rond de zorgprofessionals en de randvoorwaarden vanuit de organisaties het vaakst worden genoemd als belangrijk bij de langdurige continuering en borging van erkende effectieve interventies. De belemmerende factor rond onvoldoende structurele financiering werd alleen gerapporteerd door contactpersonen van erkende effectieve interventies die extramuraal worden uitgevoerd.

### 3.6 Verdiepend onderzoek naar de borging van interventies

Aanvullend op het vragenlijstonderzoek bij de contactpersonen van de effectieve interventies naar de factoren die de borging beïnvloeden (zie tabellen 3.6 en 3.7) interviewden we zorgprofessionals van drie zorgorganisaties in de ouderenzorg en van twee organisaties in de gehandicaptenzorg.

#### Borging van programma Doen bij Depressie in de ouderenzorg

In de ouderenzorg spitste het onderzoek toe op de borging van het programma Doen bij Depressie (zie pagina 32 waar deze interventie wordt beschreven)<sup>9</sup>. Bij het programma zijn meerdere zorgdisciplines betrokken, in ieder geval de psychologen, het zorgteam (verzorgenden, helpenden en

<sup>9</sup> NB deze onderzoeksactiviteit vond later in het project plaats (zie tabel 1) en de twee interventies werden geselecteerd, in overleg met Zorginstituut Nederland, uit de 'best implementatie practices'. De resultaten van deze verdiepende interviews bij zorgprofessionals sluiten aan op paragraaf 3.5 en worden daarom in hoofdstuk 3 gepresenteerd.

verpleegkundigen), de artsen en de activiteitenbegeleiders. In de zorgorganisaties zijn de psychologen de kartrekker van dit programma en zij zijn geïnterviewd.

Bij twee zorgorganisaties wordt de interventie gecombineerd uitgevoerd met een andere erkende effectieve interventie, namelijk Dierbare herinneringen. Deze interventie richt zich op zingevingsondersteuning bij cliënten van 65 jaar en ouder. In de drie zorgorganisaties wordt Doen bij Depressie op alle locaties uitgevoerd (16, 7 en 13 locaties), maar er is wel variatie tussen de locaties/afdelingen in de wijze waarop. Dit uit zich bijv. in verschillen tussen het aantal cliënten dat via de eerste stap in het programma (de screening op stemmingsproblemen oftewel de risicosignalering) wordt verwezen naar de psycholoog. Organisatorisch is hierbij ook een verschil zichtbaar. In de ene organisatie worden cliënten rechtstreeks vanuit het programma door het zorgteam verwezen naar de psycholoog, in de andere organisatie kan dit slechts na instemming van een arts.

Het interview begon met het bespreken van de factoren die volgens de indeling van het MIDI instrument (Fleuren e.a., 2014) van invloed kunnen zijn op implementatie en borging. De houding en motivatie van de zorgprofessionals (zorgteam) blijkt hierbij de belangrijkste te zijn. Dit is in lijn met de tabellen 3.4 tot 3.7. Deze paragraaf gaat daar dieper op in, op basis van de interviews met de zorgprofessionals. Positieve attitudes komen voort uit de ervaren passendheid van het programma in de zorgleefplan cyclus (signalering stemmingsproblemen en opvolging met o.a. plezierig activiteiten aanbod). Er is meer aandacht voor de cliënt met stemmingsproblemen en het voelt prettig om te kunnen verwijzen bij problematiek. Het programma wordt ervaren als een logische aanpak die goed uit te leggen is aan cliënten en hun mantelzorgers. Negatieve attitudes komen voort uit het extra werk (standaard screenen met de nord-lijst) en dat inhoudelijk niet altijd duidelijk is of sprake is van apathie of een depressieve stemming. Specifiek voor Doen bij Depressie bestaat soms de neiging om werk bij de psychologen 'terug te leggen' omdat het thema gezien wordt als 'hun' thema.

Alle drie de organisaties hebben de intentie om het programma langdurig te continueren. Tabel 3.8 toont de factoren die als meest belangrijk werd genoemd bij het borgen van de interventie, waardoor het langdurig continueren van de interventie wordt bevorderd.

*Tabel 3.8 Factoren van belang bij de borging van Doen bij Depressie volgens zorgprofessionals*

<b>Factor die te maken heeft met de zorgprofessionals:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijvende aandacht nodig voor de implementatie van het programma (kartrekker daarvoor nodig)<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporeren in werkprocessen, zoals registratie in het elektronisch cliëntdossier (ECD) en via elektronische checklists rond zorgleefplan en risicosignalering</li> <li>• Beschikbaarheid voorzieningen, bijv. rond dagbesteding en plezierig activiteitenplan</li> </ul>

<sup>1</sup> Op alle niveaus in de organisatie en bij alle betrokken disciplines;

Deze factoren sluiten aan bij de genoemde factoren in de tabellen 3.6 en 3.7 en onderstrepen het belang van de kartrekker. Enkele redenen voor de noodzaak van blijvende aandacht voor de implementatie van de interventie (rol van de kartrekker) hebben te maken met:

- Personeelsverloop (binnen de eigen vakgroep psychologie, maar bijv. ook als een senior verpleegkundige weggaat die zorgmedewerkers inwerkt);

- Ervaren zorgmedewerkers die eigen werkwijzes toepassen en niet (altijd) protocollen naleven en checklists gebruiken;
- De hoge werkdruk en andere prioriteiten.

Daarnaast blijft voortdurend scholing en training noodzakelijk. Bij een van de organisaties is dit als module opgenomen in het scholingsaanbod waar zorgprofessionals uit kunnen kiezen.

Met uitzondering van de factoren rond het thema depressie, wat soms door andere zorgmedewerkers gezien wordt als ‘iets van de psychologen’, zijn de genoemde factoren volgens de geïnterviewde zorgprofessionals generiek van toepassing op de borging van interventies binnen zorgorganisaties. Zo noemde een van de geïnterviewde psychologen het voorbeeld van een tool rond delierzorg die vanwege de hoge werkdruk en andere prioriteiten niet optimaal wordt geïmplementeerd.

### **Borging van Programma Perspectief in de gehandicaptenzorg**

In de gehandicaptenzorg zijn zorgprofessionals vanuit twee organisaties geïnterviewd rond de borging van Programma Perspectief (deze interventie staat op pagina 35 beschreven). Zij benoemden het enthousiasme onder professionals als de meest bepalende factor bij een goede implementatie.

Vanuit beide zorgorganisaties gaven de zorgprofessionals aan dat de interventie zeer goed aansluit bij de EMB doelgroep. Binnen één zorgorganisatie wordt de interventie ingezet bij alle EMB groepen in de organisatie (in totaal tien locaties) en bij de andere organisatie wordt de interventie voornamelijk ingezet binnen de kindercentra. De interventie wordt binnen beide organisaties gecombineerd uitgevoerd met de interventie “LACCS”. Deze interventie is voor dezelfde doelgroep ontwikkeld en richt zich op vijf belangrijke gebieden: Lichamelijk welzijn, Alertheid, Contact, Communicatie, en Stimulerende tijdsbesteding. Deze combinatie van interventies werkt goed doordat beide aanpakken uitgaan van het methodisch werken.

Programma Perspectief is organisatorisch goed ingebed en wordt in beide organisaties al vele jaren ingezet. In beide organisaties werd de interventie eerst als pilot of kleinschalig geïmplementeerd, waarna deze met hulp van het bestuur verder werd uitgerold. Kennis en ervaring is verankerd bij de ervaren medewerkers die vanaf het begin zijn betrokken bij het werken met de interventie. In beide organisaties zijn projectgroepen/kernteams verantwoordelijk voor het gebruik van de interventie binnen de organisatie. Het enthousiasme van deze “kartrekkers” is zeer van belang voor de borging van de interventie. Tabel 3.9 vat de factoren samen die van belang zijn voor de borging.

*Tabel 3.9 Factoren van belang bij de borging van Programma Perspectief volgens zorgprofessionals*

<b>Factor die te maken heeft met de zorgprofessionals</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijvende aandacht nodig: kartrekkers en kernteam die zich bezig houden met de interventie<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwevenheid in beleid van organisatie, sturing en stimulering vanuit het management (top-down)</li> <li>• Interventie is aangepast en geïntegreerd in structuur en werkwijze van de organisatie, koppeling gemaakt met andere interventies (“Ervaar het maar” en LACCS)</li> </ul>

<sup>1</sup> Op alle niveaus in de organisatie en bij alle betrokken disciplines;

De bevindingen zijn in lijn met de borging van Doen bij Depressie in de ouderenzorg (tabel 3.8).

## 4 Werkzame elementen van succesvolle bredere implementatie

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

- Welke ‘best implementatie practices’ zijn er in de ouderen- en gehandicaptenzorg waar implementatie van effectieve interventies plaatsvindt op grotere schaal?
- Wat zijn de werkzame elementen bij succesvolle bredere implementatie van ‘best implementatie practices’? Met andere woorden wat bepaalt of een effectieve interventie wordt overgenomen door nieuwe zorgorganisaties
- Welke rol spelen de landelijke kwaliteitsstandaarden bij de bredere implementatie?

De bevindingen zijn gebaseerd op het vragenlijstonderzoek en interviews met de contactpersonen van de ‘best implementatie practices’. Via desk research brachten we de relevante landelijke kwaliteitsstandaarden in kaart.

### Kernbevindingen zijn:

- Voor een succesvolle bredere implementatie (verspreiding) van de erkende interventies sloeg het vaakst genoemde werkzame element op de aard van de interventie, zoals het aansluiten bij de behoeften in de zorgpraktijk (mond-tot-mond reclame) en de aangetoonde effectiviteit;
- Daarnaast is een scholingsaanbod of ondersteuning aan nieuwe zorgorganisaties van belang;
- Voor de ouderenzorg werd het aansluiten van het thema van de interventie bij de tijdgeest of andere ontwikkelingen in de zorgsector benadrukt als werkzaam element. In de gehandicaptenzorg meer de oorsprong vanuit het wetenschappelijk onderzoek;
- Het belang van subsidies of het wegnemen van financiële barrières werd alleen benoemd door contactpersonen van erkende interventies in de extramurale context;
- Vrijwel alle ‘best implementatie practices’ worden genoemd in een landelijke kwaliteitsstandaard maar dit had volgens de contactpersonen geen directe grote rol bij de bredere implementatie.

De hiernavolgende paragrafen verstrekken hierop meer in detail toelichting. Paragraaf 4.1 beschrijft de resultaten uit de vragenlijst die aansluiten bij dit hoofdstuk. Daaropvolgend beschrijft paragraaf 4.2 de ‘best implementatie practices’ en paragraaf 4.3 de resultaten van de interviews met de contactpersonen daarvan. Afsluitend gaat paragraaf 4.4 in op de rol van de landelijke kwaliteitsstandaarden.

### 4.1 Factoren die de keuze voor de interventie bevorderen

In de vragenlijst aan alle contactpersonen van erkende effectieve interventies vroegen we naar de mening van de contactpersonen over de 3 meest doorslaggevende factoren of overwegingen die bevorderen dat organisaties specifiek de keuze maken voor de interventie. Het ging hierbij om nieuwe organisaties, dus niet de organisaties waar het onderzoek plaatsvond ten behoeve van het

Erkenningstraject. Van de 13 contactpersonen van de effectieve interventies in de ouderenzorg gaf 1 respondent aan dit niet te weten en bij de 5 effectieve interventies in de gehandicaptenzorg waren dat 2 respondenten. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de genoemde factoren.

*Tabel 4.1 Factoren die bevorderen dat organisaties de keuze maken voor een erkende effectieve interventie*

Ouderenzorg (n=12 interventies) <sup>1</sup>
<b>Factoren die te maken hebben met de cliënten (en de interventie)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De interventie sluit goed aan bij de behoefte van ouderen (2)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De interventie sluit goed aan bij de werkwijze van professionals (2)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met randvoorwaarden vanuit de organisatie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Binnen zorginhoudelijke visie passend om de zorg of het welzijn van ouderen te verbeteren (3)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de interventie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De interventie is bewezen effectief (5)</li> <li>Goede verhalen gaan rond over de interventie/bekendheid via netwerk (4)</li> <li>De interventie is laagdrempelig (online) toegankelijk en/of sociaal geïntegreerd (3)</li> <li>De enige beschikbare interventie voor een specifieke subgroep ouderen en/of specifiek interventieonderdeel (2)</li> <li>De interventie heeft duidelijke meerwaarde ten opzichte van het bestaand zorgaanbod (1)</li> <li>De interventie heeft een integrale aanpak en verbindt meerdere gezondheidsthema's (1)</li> <li>De interventie is efficiënt/tijdbesparend (1)</li> <li>De interventie biedt de mogelijkheid voor zinvol vrijwilligerswerk (1)</li> <li>Beschikbaarheid van een training, incl. materialen (1)</li> <li>De prijs van de training is aantrekkelijk (1)</li> </ul>
Gehandicaptenzorg (n=3 interventies) <sup>1</sup>
<b>Factoren die te maken hebben met de zorgprofessionals:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Er is een kartrekker binnen de organisatie (1)</li> </ul>
<b>Factoren die te maken hebben met de interventie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Duidelijke handleiding, helder doel, materialen (2)</li> <li>Begeleiding van communicatiepartners bij de uitvoering van de interventie (1)</li> <li>De interventie is bewezen effectief (1)</li> <li>Inhoudelijke kern van programma (1)</li> <li>Goede verhalen gaan rond over de interventie / bekendheid via netwerk (1)</li> </ul>

<sup>1</sup> Tussen haakjes staat het aantal keren dat deze factor benoemd werd in de vragenlijst;

Tabel 4.1 laat duidelijk zien dat de aard van de interventie het meest cruciaal is, volgens de contactpersonen, voor nieuwe zorgorganisaties in de afweging om ermee te starten.

## 4.2 Korte beschrijving van de ‘best implementatie practices’

Uit de erkende effectieve interventies (allen kort toegelicht in bijlage G) zijn de interventies geselecteerd die reeds op grotere schaal zijn geïmplementeerd. Voor de ouderenzorg was het criterium dat de interventie op meer dan 30 locaties wordt geïmplementeerd, in diverse regio's bij diverse organisaties. Deze interventies worden in dit rapport de zgn. ‘best implementatie practices’ genoemd. We gaven reeds aan in voetnoot 7 dat dit geen waardeoordeel is over hoe ‘goed’ deze interventies zijn in vergelijking met de overige erkende effectieve interventies.

### Beschrijving ‘best implementatie practices’ in de ouderenzorg

We geven hieronder een korte beschrijving van de ‘best implementatie practices’ in de ouderenzorg, in alfabetische volgorde:

- **Doen bij Depressie**

Het programma Doen bij Depressie bestaat uit het opsporen en behandelen van stemmingsproblemen en het evalueren van de effecten van de behandeling volgens de methodische cyclus. De behandeling bestaat uit drie modules afhankelijk van de ernst van de problematiek. Psychologen zijn de spil, ze werken samen met zorgteam, artsen en activiteitenbegeleiders. Er zijn goede aanwijzingen dat deze aanpak leidt tot minder depressie en apathie en een hogere ervaren kwaliteit van leven bij bewoners van een verpleeghuis (effectevaluatie op 33 afdelingen, 2009-2012). Voor meer info zie <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-doen-bij-depressie>. Momenteel worden jaarlijks trainingen verzorgd voor psychologen vanuit het hele land. Belangrijke werkzame elementen achter de verspreiding zijn dat het programma aansloot bij een behoefte en dat het blijvend onder de aandacht wordt gebracht door het UKON. Het voorziet in een makkelijke manier om te screenen op stemmingsproblemen en werd samen met zorgverleners ontwikkeld. Daarnaast sloot het aan bij andere ontwikkelingen in die periode zoals de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de noodzaak van een protocol rond depressie, waardoor het programma aantrekkelijk werd voor bestuurders.

- **Grip op Probleemgedrag**

Dit is een multidisciplinair interventieprogramma gericht op het verminderen van probleemgedrag. Er zijn eerste aanwijzingen voor de effectiviteit, namelijk bij toepassing van het programma op PG-afdelingen of kleinschalige woonvormen in de zorgverlening aan mensen met dementie. Aan de training doen vanuit elke organisatie drie disciplines mee (verzorgende/verpleegkundige, psycholoog, arts en/of manager). De training behandelt het methodisch werken rond dit thema en de implementatie van de methodiek binnen de organisatie. Het is ook toepasbaar bij andere zorgvormen. Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-grip-op-probleemgedrag-bij-bewoners-met-dementie>; het methodisch werken wordt ook toegelicht op [zorgvoorbeter.nl](http://zorgvoorbeter.nl).

Het programma komt voort uit een promotieonderzoek dat afgerond werd in 2014. Het wordt uitgevoerd op zo'n 30 locaties in verschillende organisaties en regio's. Werkzame elementen bij de verspreiding van de interventie waren de verspreiding via het eigen netwerk (UNO Amsterdam/Gerion, i.s.m. UKON). Verder is het thema actueel en komt gedragsproblematiek veelvuldig voor. Zorgprofessionals oriënteren zich daarop, en dan komt Grip op Probleemgedrag in beeld als een van de drie effectieve methodes. De verspreiding binnen de organisatie wordt bevorderd door de multidisciplinaire insteek.



- **Ontmoetingscentra**

De locatie van een Ontmoetingscentrum is bijv. een buurt- of ouderencentrum. De initiator is een zorg- en/of welzijnsorganisatie die ondersteuning wil bieden aan mensen met dementie en hun mantelzorgers op een laagdrempelige plek in de wijk. Onder de naam Ontmoetingscentra3.0 wordt met de aanvullende interventies DemenTalent de participatie als vrijwilliger bevorderd van mensen met dementie en met DementCoach vindt telefonisch coaching plaats. Daarnaast kunnen mantelzorgers een STAR online cursus volgen. Het is dus een gecombineerde interventie met sterke aanwijzingen voor de effectiviteit. Ontmoetingscentra worden (grotendeels) gefinancierd door de gemeente via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-ontmoetingscentra>  
Rond 2000 waren er al enkele ontmoetingscentra en inmiddels zijn er ruim 180 in heel Nederland. Er is een klein vast team (coördinator, verzorgende, activiteitenbegeleider) en samenwerking met regionale zorgaanbieders staat centraal in de aanpak. Werkzame elementen bij de landelijke verspreiding waren in de eerste plaats beschikbare financiering, bv vanuit provincies of gemeenten. Ook speelde de begeleiding bij de implementatie elders, met helpdesk, draaiboek en opleidingscursus, een grote rol. Dit werd mede mogelijk gemaakt via het innovatiefonds van zorgverzekeraars en VWS. Tot slot stimuleert het werken vanuit een visie en treedt mond-tot-mondreclame op via enthousiaste medewerkers.

- **Partner in balans**

Partner in Balans is gericht op de mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie. Er zijn goede aanwijzingen voor de effecten ervan. De kwaliteit van leven van de mantelzorgers verbetert. Mantelzorgers kunnen zich aanmelden via een website, krijgen een intake gesprek en volgen dan gedurende 8 tot 12 weken online modules met tussentijds contact met de coach, in de praktijk meestal een casemanager dementie of een psycholoog.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-partner-in-balans>  
Rond 2012 werd promotieonderzoek gedaan en momenteel wordt de cursus vanuit ruim 40 zorglocaties aangeboden verspreid over Nederland. Structurele financiering is onderwerp van discussie omdat de ondersteuning van mantelzorgers zowel onder de Wmo als de Zvw kan vallen. De werkzame elementen achter het succes waren het aansluiten van het programma bij de behoefte aan ondersteuning van mantelzorgers en bij de werkwijze van de zorgprofessionals (het is geen concurrentie maar past als tool binnen de hulpverlening). De Covid pandemie speelde een positieve rol omdat mensen steeds meer gewend raakten aan het online-communiceren.

- **Vallen verleden Tijd**

De cursus Vallen Verleden Tijd wordt sinds 2005 aangeboden. Fysiotherapeuten of oefentherapeuten worden getraind en zij voeren het programma dan uit in bijvoorbeeld eerstelijnspraktijken of in een intramurale zorgsetting. De interventie wordt voornamelijk extramuraal uitgevoerd. De doelgroep is thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. Het programma is een groepstraining voor maximaal 10 deelnemers met 3 onderdelen: een hindernisbaan, sport en spelvormen en het leren van valtechnieken. Er zijn sterke aanwijzingen voor de effectiviteit. Het aantal valincidenten vermindert en de angst om te vallen wordt voorkomen.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-vallen-verleden-tijd>  
Inmiddels volgden ongeveer 1800 fysio- of oefentherapeuten de cursus, en uit deze groep staan 200 mensen op de website die beschikbaar zijn om het programma te geven ([vindfysiotherapeut.nl](http://vindfysiotherapeut.nl)). Werkzame elementen bij de landelijke verspreiding van het programma waren de bewezen effectiviteit ervan en een goed protocol en handleiding om de implementatie elders te faciliteren. Een grote achterban van zorgprofessionals werd bereikt via het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI). Er vindt mond-tot-mond reclame plaats via enthousiaste zorgprofessionals en deelnemers. Een

duidelijke barrière zijn de kosten voor de deelnemers. Bijna niemand krijgt het volledig vergoed. Soms wordt deelname gefaciliteerd via bijvoorbeeld subsidies.

### **Beschrijving 'best implementatie practices' in de gehandicaptenzorg**

Voor de gehandicaptenzorg was het criterium voor de 'best implementatie practices' dat de interventie op ten minste 10 locaties wordt geïmplementeerd OF dat uit de vragenlijst bleek dat de interventie op een aantal locaties wordt geïmplementeerd en daarnaast waarschijnlijk op grotere schaal. In beide gevallen in diverse organisaties en regio's volgens de contactpersoon van de interventie<sup>10</sup>. We beschrijven de 'best implementatie practices' voor de gehandicaptenzorg, in alfabetische volgorde:

- **COCP**

COCP is een interventie gericht op het verbeteren van communicatieve interactie tussen kinderen en volwassenen die niet kunnen praten en sprekende mensen in hun omgeving. Aanvankelijk is de interventie ontwikkeld voor kinderen met cerebrale parese, en daarna verder doorontwikkeld voor andere doelgroepen. In 2006 en 2011 kwamen herziene versies beschikbaar, speciaal voor de gehandicaptenzorg. Het effectonderzoek naar de revalidatieversie liet zien dat twee van de drie onderzochte kinderen na de interventie meer gingen communiceren en meer initiatieven namen in de communicatie.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-cocp>.

De interventie wordt al sinds de jaren '90 geïmplementeerd en er is veel wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Het COCP-programma is vastgelegd in een uitgebreide handleiding met o.a. het volledige protocol en het materiaal dat in het programma gebruikt wordt. Er is een 3-daagse COCP-cursus voor logopedisten, ergotherapeuten en orthopedagogen beschikbaar. De interventie is uniek, wat bijdraagt aan succesvolle implementatie, doordat niet alleen de cliënt maar ook de omgeving een belangrijke rol speelt en er een multidisciplinaire aanpak is. Daarnaast is een werkzaam element voor implementatie van de interventie dat het een gestructureerd programma is. Het is duidelijk beschreven en daardoor makkelijk uit te voeren in de praktijk. Er wordt jaarlijks een scholing georganiseerd voor professionals van organisaties waar de interventie geïmplementeerd is.

- **Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG)**

ITGG is een psychotherapeutische behandeling van ongeveer één jaar voor kinderen met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen. Psychologen en orthopedagogen kunnen de interventie uitvoeren na een 3-daagse cursus ITGG en het bijwonen van intervisie of supervisie bijeenkomsten. Er zijn eerste aanwijzingen voor de positieve effecten. Het probleemgedrag en storend gedrag van cliënten neemt af.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-integratieve-therapie-voor-gehechtheid-en-gedrag>

De interventie is ontwikkeld in 2008 en wordt binnen ongeveer 10 zorglocaties uitgevoerd. De cursus is ontwikkeld met behulp van een VIMP subsidie van ZonMw en wordt ieder jaar aangeboden. Het aanbieden van de cursus is zeer belangrijk geweest voor de implementatie van de interventie. Een ander werkzaam element is dat de interventie dynamisch is en in de loop van de tijd is aangepast, gebaseerd op het actuele kennisniveau van professionals. Een ander werkzaam element voor succesvolle implementatie van de interventie is dat het effect van ITGG wetenschappelijk is aangetoond waarbij de artikelen en presentaties bijdroegen aan de verspreiding.

---

<sup>10</sup> De totale doelgroep voor deze interventies is kleiner dan de doelgroep voor de interventies in de ouderenzorg wat verklaart dat het criterium voor 'best implementatie practice', het aantal locaties, lager ligt dan voor de interventies in de ouderenzorg.

Ook is een boek met praktijkverhalen beschikbaar met informatie over hoe de interventie in de praktijk wordt ingezet en tips voor anderen die de interventies willen gebruiken.

- **InZicht Hemianopsie Compensatoire Scanning Training**

Het programma is ontwikkeld door ergotherapeuten en gericht op het aanleren van een kijkstrategie om halfzijdige gezichtsveld uitval te compenseren. Het wordt toegepast bij volwassenen met niet aangeboren hersenletsel, meestal vanwege een CVA, na verwijzing door een oogarts, neuroloog of revalidatiearts. Ergotherapeuten die de scholing hebben gevolgd krijgen toegang tot het behandelprotocol IH training en mogen de behandeling aanbieden. Er zijn eerste aanwijzingen dat deze aanpak de zelfstandige dagelijkse mobiliteit vergroot.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/inzicht-hemianopsie-compensatoire-scanning-training>

In 2009 startte het promotietraject en werd de behandeling geprotocolleerd. Door deze standaardisatie werd landelijke verspreiding mogelijk naar alle locaties van Koninklijke Visio (ong. 14) en Bartimeus. Werkzame elementen hierbij waren dat het programma is ontwikkeld door de zorgverleners die het ook toepassen, de ergotherapeuten, in samenwerking met andere disciplines. Tijdens het promotietraject vond al begeleiding plaats bij de implementatie elders (trainingsmaterialen installeren, mensen opgeleid). Er was betrokkenheid van het management van Koninklijke Visio om de implementatie te faciliteren en te voorzien in randvoorwaarden, zoals ICT ondersteuning en geschikte ruimtes.

- **Opvoedings- /ondersteuningsprogramma (nieuwe naam: Programma perspectief)**

Het Programma Perspectief is gericht op mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Onderzoek wijst uit dat werken met het programma leidt tot een betere interpretatie van het gedrag van de persoon met beperkingen door de zorgprofessional én een betere aansluiting van de ondersteuning aan de behoeften van de beschreven persoon.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-opvoedings-ondersteuningsprogramma>.

Het programma bestaat al sinds 1993 en was eerder bekend onder de naam Opvoedings-/ondersteuningsprogramma of methode Vlaskamp. Het is samen met de praktijk ontwikkeld en zo'n 25 teams binnen verschillende zorgorganisaties werken ermee. Het doel en de principes van de interventie sluiten goed aan bij praktijk, wat belangrijk is voor de succesvolle implementatie. Er is een 2-daagse training voor professionals beschikbaar vanuit het Expertisecentrum EMB. Een andere succesfactor is dat de interventie al lange tijd bestaat, en er veel over de interventie en de resultaten van het wetenschappelijke onderzoek wordt gepubliceerd en gecommuniceerd. Ook is een werkzaam element van de succesvolle implementatie van de interventie dat toegankelijke informatie beschikbaar is, zoals een nieuw en aantrekkelijk boek, en dat de interventie een eigen website heeft.

- **Wie ben ik? (nieuwe naam: Mijn levensverhaal)**

Deze interventie wordt gebruikt in traumabehandeling en is breed inzetbaar, wat belangrijk is voor de implementatie. Er zijn eerste aanwijzingen voor de effectiviteit van Wie Ben Ik. De resultaten uit onderzoek laten zien dat de interventie significant bijdraagt aan een afname van depressieve- of trauma-gerelateerde klachten en een toename van welbevinden, levenstevredenheid en ervaren controle in het leven.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-wie-ben-ik>

De interventie is ontwikkeld in 2017 en bestaat uit een voorgestructureerd werkboek voor deelnemers, een uitgebreide handleiding, een cursus en jaarlijkse intervisiebijeenkomsten voor uitvoerders. Een werkzaam element voor implementatie van de interventie is dat er veel onderzoek is verricht naar de interventie, zowel kwalitatief als kwantitatief. Publicaties en presentaties over de

resultaten van het onderzoek dragen bij aan implementatie en verspreiding van de interventie. Ook is er veel aandacht voor de interventie op sociale media.

- **Zintuigverhalen**

Deze interventie betreft gestructureerde voorleessessies om de interactie en communicatie op een prettige manier te stimuleren bij mensen met een meervoudige beperking en complexe communicatieproblematiek. Er zijn eerste aanwijzingen voor positieve effecten voor zowel de cliënt als de begeleider. Het plezier bij het voorlezen neemt toe.

Voor meer info: <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-zintuigverhalen>.

De interventie is onderzocht tussen 2014 en 2016, in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen. Er wordt niet geregistreerd hoeveel organisaties of individuen gebruikmaken van de interventie. Met een handleiding, downloads, filmpjes en een materialenlijst kunnen ouders of professionals zelf aan de slag met het voorlezen. Een van de werkzame elementen van de succesvolle implementatie is het laagdrempelige karakter van de interventie. Ook kost het weinig tijd, slecht 5 tot 10 minuten per voorleessessie. Voor meer verdieping is een workshop beschikbaar. Een andere succesfactor voor implementatie is dat de interventie geen rigide protocol heeft en gemakkelijk aan te passen is voor individuen of organisaties om zelf te gebruiken. Daarnaast worden op social media berichten over de interventie gedeeld, bijv. via LinkedIn.

### 4.3 Werkzame elementen van succesvolle bredere implementatie

De contactpersonen van de ‘best implementatie practices’ die beschreven staan in paragraaf 4.2 zijn geïnterviewd over hun visie op het succes achter de verspreiding van de interventie naar nieuwe zorgorganisaties: wat waren hierbij de werkzame elementen? Voor de ouderenzorg interviewden we aanvullend hierop ook contactpersonen voor twee interventies die nu niet meer worden ondersteund, maar die wel zeer succesvol waren in het verleden. Dit betreft de erkende interventies ‘In de put, uit de put 55+’ en ‘Exbelt’ die in bijlage H nader worden toegelicht. Tabel 4.2 vat de werkzame elementen samen bij de bredere implementatie van de erkende effectieve interventies volgens de zeven geïnterviewde contactpersonen.

Tabel 4.2 *Werkzame elementen bij de verspreiding (bredere implementatie) van een erkende interventie in de ouderenzorg<sup>1</sup>*

Werkzame elementen	Aantal keer genoemd <sup>2</sup>
Het programma bewees zich in de praktijk en voldeed aan een behoefte, mond op mond reclame	6 van 7
Aangetoonde effectiviteit (bijv. als professionals zich oriënteren komt dit naar voren als een pre, of evidence based werken is een manier voor een beroepsgroep om zich te profileren binnen de organisatie)	5 van 7
Thema sloot aan bij de tijdgeest en stond in de belangstelling, bijv. ook bij de IGJ of in de landelijke media	4 van 7
Het programma werd ondersteund met een scholingsaanbod of hulp bij het invoeren elders	3 van 7
Grote groep mensen te bereiken via het instituut of het eigen netwerk dat de interventie ontwikkelde (dat een goede naam had)	3 van 7
Programma sloot goed aan bij de werkwijze in de zorgorganisaties of was ontwikkeld door zorgverleners zelf	3 van 7
Subsidies voor het verder implementeren, bijv. vanuit ZonMw of vanuit gemeenten/provincies, aanvullende projecten	3 van 7

<sup>1</sup> De erkende effectieve interventies die momenteel worden ondersteund (par. 4.2) zijn op ten minste 30 locaties geïmplementeerd, in verschillende organisaties en regio's; <sup>2</sup> Zeven contactpersonen zijn geïnterviewd (de interventies staan in par. 4.2 en bijlage H).

Daarnaast bleek voor een online programma (online coaching) de Covid pandemie een stimulerend effect te hebben gehad, omdat mensen meer gewend raakten aan het online communiceren.

Ook voor de gehandicaptenzorg interviewden we de contactpersonen van de 'best implementatie practices' die beschreven staan in paragraaf 4.2. Tabel 4.3 vat de werkzame elementen samen bij de bredere implementatie van de erkende effectieve interventies in de gehandicaptenzorg.

*Tabel 4.3 Werkzame elementen bij de verspreiding (bredere implementatie) van een erkende interventie in de gehandicaptenzorg<sup>1</sup>*

<b>Werkzame elementen</b>	<b>Aantal keer genoemd<sup>2</sup></b>
Interventie sluit aan bij behoeften vanuit de praktijk, ervaren meerwaarde van gebruik van de interventie	6 van 6
Aangetoonde effectiviteit, onderbouwing vanuit wetenschappelijk onderzoek	3 van 6
Toegankelijkheid van de interventie: ondersteund met een scholingsaanbod en/of materialen	3 van 6
Interventie heeft een gestructureerd protocol, stimuleert methodisch werken	2 van 6
Communicatie over de interventie (zowel in wetenschap als praktijk)	1 van 6
Interventie is uniek; betreft omgeving van de cliënt	1 van 6
Interventie heeft een multidisciplinaire aanpak; diverse professionals zijn betrokken	1 van 6
Accreditatie van de cursus	1 van 6
Goede samenwerking management en zorgprofessionals bij de inzet op meer locaties	1 van 6

<sup>1</sup> De erkende effectieve interventies die momenteel worden ondersteund (paragraaf 4.2) worden op ten minste 10 locaties geïmplementeerd, in verschillende organisaties en regio's; <sup>2</sup> Zes contactpersonen van in totaal zeven 'best implementatie practices' zijn geïnterviewd. Eén contactpersoon wilde niet meewerken.

Uit de resultaten blijkt dat zowel practice based als evidence based werken belangrijk is. De ervaren meerwaarde van het gebruik van de interventie in de praktijk werd door alle zes contactpersonen genoemd als belangrijk werkzaam element van de succesvolle verspreiding. Dit betrof zowel ervaren meerwaarde voor de cliënten als voor de zorgprofessionals. Vanuit het enthousiasme over de interventie in de praktijk ontstaat mond-tot-mond reclame. Ook de aangetoonde effectiviteit van de interventie vanuit wetenschappelijk onderzoek werd vaak genoemd, en daarmee ook het belang van het verspreiden van de resultaten in artikelen en op congressen.

Net als voor de interventies in de ouderenzorg (tabel 4.2) rapporteerden de contactpersonen voor de gehandicaptenzorg (tabel 4.3) dus het vaakst als werkzame elementen factoren die te maken hebben met de aard van de interventie. Ook een trainingsaanbod of ondersteunende materialen werden aangeduid als werkzaam element, waarbij de accreditatie ervan een factor kan zijn. Een verschil tussen de twee sectoren is dat het aansluiten van het thema van de interventie bij de tijdgeest of andere ontwikkelingen in de sector niet genoemd werd voor de gehandicaptenzorg, maar wel als belangrijk element door 4 van de 7 contactpersonen van de interventies in de ouderenzorg.

Tot slot valt nog op dat bij de meeste 'best implementatie practices' een lange historie voorafging aan de opname in de Databank, waarbij bijv. zo'n 20 jaar geleden het eerste wetenschappelijk onderzoek plaatsvond. Dit onderstreept opnieuw dat de selectie van de 'best implementatie practices' geen oordeel is over de kwaliteit van een interventie, omdat de recenter opgenomen interventies dus wellicht ook minder kans hadden om 'best implementatie practice' te worden, zeker

tijdens en kort na de Covid pandemie. Ook valt opnieuw op dat issues rond financiering en subsidies alleen vermeld werden door contactpersonen van interventies in de extramurale context.

#### 4.4 Wat is de rol van de landelijke kwaliteitsstandaarden

Na het bespreken van de werkzame elementen bij de bredere implementatie van de ‘best implementatie practices’, waarvan de bevindingen in paragraaf 4.3 staan, werd in de interviews doorgevraagd naar de mogelijke rol van de opname van de interventie in de landelijke kwaliteitsstandaarden.

Tabel 4.4 laat zien dat elke ‘best implementatie practice’ in de ouderenzorg en 5 van de 6 interventies in de gehandicaptenzorg zijn opgenomen in een kwaliteitsstandaard of dat er verwevenheid is omdat de contactpersoon eraan meeschreef. Voor de interventie Zintuigenverhalen gaf de contactpersoon aan dat er geen richtlijn is voor de specifieke doelgroep van de interventie.

*Tabel 4.4 Overzicht van de kwaliteitsstandaarden waarin de ‘best implementatie practices’ zijn opgenomen*

Best implementatie practice	Kwaliteitsstandaard
<b>Ouderenzorg</b>	
Doen bij Depressie	2018 - Probleemgedrag bij mensen met dementie
GRIP op probleemgedrag	2018 - Probleemgedrag bij mensen met dementie
Ontmoetingscentra	2020 - Zorgstandaard Dementie
Partner in balans	2020 - Zorgstandaard Dementie 2015 - Dementie richtlijn (herziening 2019)
Vallen verleden tijd	2017 - Preventie van valincidenten bij ouderen <sup>1</sup>
<b>Gehandicaptenzorg</b>	
COCP	2017 - Richtlijn Spastische cerebrale parese bij kinderen
Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag	2019 - Richtlijn behandeling van gehechtheidsproblematiek
InZicht hemianopsie compens. Scanning train.	2017 - Richtlijn neuropsychologische revalidatie
Programma Perspectief	2010 - Richtlijnen voor handelingsgerichte diagnostiek bij mensen met Ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB)
Wie ben ik?	2011 - Richtlijn effectieve interventies LVB

<sup>1</sup> De interventie wordt niet als zodanig vermeld, maar enkele belangrijke principes eruit zijn verwerkt in de richtlijn. De contactpersoon schreef mee eraan.

Bijlage I geeft een korte toelichting op deze kwaliteitsstandaarden en geeft daarnaast een overzicht van meer relevante landelijke kwaliteitsstandaarden waarvan het thema en/of de doelgroep aansluit bij de erkende effectieve interventies.

Alle vijf ‘best implementatie practices’ in de ouderenzorg zijn dus nauw verweven met een kwaliteitsstandaard of worden met naam erin genoemd. Dit had volgens de contactpersonen echter geen directe grote rol bij de bredere implementatie van de interventies. Niemand noemde het spontaan bij de open vraag naar de werkzame elementen achter de verspreiding (de tabellen 4.2 en 4.3). Wel vond een aantal contactpersonen dat het indirect wel heeft bijgedragen, bijv. omdat de

principes van methodisch werken hiermee werden ondersteund of dat de naamsbekendheid net wat groter werd. Ook werd aangegeven dat de rol groter zou kunnen worden als de kwaliteitsstandaard nog beter onder de aandacht zou komen van belangrijke doelgroepen (bijv. als de zorgstandaard dementie nog beter bekend zou worden bij gemeenten). Verder kan voor een extramurale interventie de rol groter worden als huisartsen/specialisten de kwaliteitsstandaard (nog) meer zouden adopteren, het belang van multidisciplinaire samenwerking (nog) meer zouden zien en dan ook meer zouden doorverwijzen naar de erkende effectieve interventie.

Ook in de gehandicaptenzorg zijn de meeste 'best implementatie practices' verweven met kwaliteitsstandaarden. Dit droeg volgens de contactpersonen echter niet direct bij aan de succesvolle implementatie van de interventie. Wel gaf één contactpersoon aan dat soms naar aanleiding van de richtlijn contact opgenomen wordt over de interventie. Ook gaf een aantal contactpersonen aan dat het voor het bestuur of management van een zorgorganisatie van belang kan zijn dat de interventie is erkend en bijdraagt aan de kwaliteit van zorg in de organisatie.

## 5 Terugkoppeling van adviseurs kwaliteit vanuit de ouderenzorg

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

- Wat zijn belemmerende elementen voor zorgorganisaties bij het kiezen voor erkende interventies in de intramurale ouderenzorg?

De bevindingen zijn gebaseerd op interviews met kwaliteitsadviseurs vanuit intramurale zorgorganisaties in de ouderenzorg.

### Kernbevindingen zijn:

- De thema's van de 'best implementatie practices' hebben overwegend ook prioriteit in de verbetering van de kwaliteit van zorg. Zorgorganisaties werken hieraan op diverse manieren;
- Ongeveer de helft van de kwaliteitsadviseurs was bekend met de Databank erkende Interventies, iedereen had van ten minste één afzonderlijke interventie wel eens gehoord en vaak waren ook de principes ervan dan toegepast in de zorgverlening binnen de organisatie;
- Om een interventie te willen implementeren die buiten de organisatie is ontwikkeld moet daarvan de 'kosten-baten' analyse positief uitvallen. Er moet meerwaarde zijn;
- Vaak genoemde belemmerende factoren voor het starten met een interventie, die losstaan van de aard van de interventie, zijn het niet passen binnen het strategiebeleid en het vele (scholings)aanbod waardoor prioritering nodig is.

De volgende paragrafen gaan hier nader op in.

### 5.1 Prioritering van thema's en wijze van werken aan kwaliteitsverbetering

Het interview met de kwaliteitsadviseurs begon met het benoemen van de thema's van de erkende effectieve interventies met de vraag of dit thema specifiek de prioriteit heeft in de verbetering van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop de organisatie daaraan werkt. De thema's waren het verminderen van valrisico, ondersteuning bij zingevingproblematiek, het verminderen van depressieve klachten en het ondersteunen van cliënten in een vroege fase van dementie en/of hun mantelzorgers. De focus lag bij de intramurale zorgverlening.

Tien kwaliteitsadviseurs beaamden dat valpreventie prioriteit heeft bij de verbetering van de kwaliteit van zorg. Een belangrijk onderdeel is het signaleren van een verhoogd risico op vallen en daaropvolgend actie ondernemen. In twee andere organisaties wordt dit al gezien als de 'gewone zorg', dus niet meer als prioriteit bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast benoemden twee adviseurs dat een aantal activiteiten is stopgezet, namelijk de organisatie van de week van de valpreventie en het begeleiden van cliënten in groepen, omdat hiervoor uiteindelijk te weinig animo bleek en structurele financiering ontbrak. Vier organisaties hebben commissies of werkgroepen rond dit thema waarin bijv. managers of kwaliteitsmedewerkers zitten.



Bij het thema ondersteuning bij zingevingproblematiek gaven elf kwaliteitsadviseurs aan dat dit prioriteit heeft. Wel gaf een adviseur aan dat dit nog beter vormgegeven kan worden en dat het nog niet vertaald is in een kwaliteitsdocument en een andere adviseur benoemde dat het verschilt per locatie. De meeste organisaties pakken dit thema op via het invullen van een goede persoonsgerichte zorg en het vastleggen van het levensverhaal in het elektronisch cliëntdossier.

Voor het thema verminderen van depressieve klachten gaven drie kwaliteitsadviseurs aan dat dit de prioriteit heeft bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Bij de overige organisaties is dat niet het geval of minder nadrukkelijk. Het thema zit bij vijf organisaties in de risicosignalering, waarbij de meeste kwaliteitsadviseurs dit als de 'gebruikelijke zorg' zien, en niet als specifiek aandachtspunt bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Tabel 5.1 toont hoe organisaties de kwaliteit van de zorg rond deze thema's verbeteren.

*Tabel 5.1 Prioritering van thema's<sup>1</sup> bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop intramurale zorgorganisaties eraan werken – volgens kwaliteitsadviseurs in twaalf zorgorganisaties*

<b>Verminderen van valrisico bij ouderen</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>10 van 12</b>
Risicosignalering en gerichte opvolging, bijv. via SOG of fysiotherapeut, of preventief met omgevingsadviezen vanuit het team kwaliteit en de kwaliteitsverpleegkundigen		8
Leren en actie ondernemen n.a.v. MIC, VIM of incidentmeldingen		7
Commissie of consultatieteam valpreventie ingericht		4
Inzetten technologie, bijv. walkie of valsensoren		2
Extra activiteiten rond dit thema, zoals een jaarlijkse anti-valdag		1
<b>Ouderen ondersteunen bij zingevingproblematiek</b>	<b>Prioriteit →</b>	<b>11 van 12</b>
Vastleggen levensverhaal in cliëntdossier (ikv vormgeven persoonsgerichte zorg), signalering en gerichte opvolging, bijv. via SOG of motiveren zorgteam om gesprek aan te gaan		10
inzet door geestelijke verzorgers, die ook zorgmw's ondersteunen bij vragen rond zingeving of bijv. euthanasie en/of voeren van moreel beraad olv ethiek ondersteuner		6
Door meer nadruk op welzijn vanzelf ook aandacht voor zingeving		6
Extra activiteiten, zoals project met Minerva (1) of voorgesprekken in de thuissituatie (3)		4
Uitvoeren van erkende effectieve interventie op dit gebied		1
<b>Verminderen van depressieve klachten</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>3 van 12</b>
Signalering en opvolging door bijv. een psycholoog of SOG		5
Thema depressie onder de aandacht vanwege afbouwen van medicatie		2
Door nadruk op welzijn, dagstructuur en vermindering eenzaamheid wordt dit thema (indirect) aangepakt		2
Uitvoeren van erkende effectieve interventie op dit gebied		1
<b>Ondersteuning cliënten in een vroege fase van dementie en/of de mantelzorgers</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>5 van 12</b>
Risicosignalering, bijv. ook via huishoudelijke hulpen op de locaties waar tevens thuiszorg wordt geboden ('gespikkeld wonen')		1
Inzet van casemanager dementie of gerichte aandacht om interne verhuizing te voorkomen		2
eLearning aangeboden t.b.v. meer bewustzijn onder zorgteams, mede in kader van invoering van nieuwe wet Zorg en Dwang		1
Uitvoeren van erkende effectieve interventie op dit gebied		1

<sup>1</sup> Het betreft de thema's van de erkende effectieve interventies;

Bij het thema “ondersteuning van cliënten in een vroege fase van de dementie en/of hun mantelzorgers” is in eerste instantie gevraagd naar de aandacht daarvoor in de intramurale context, exclusief de beschermd wonen afdelingen. Vijf adviseurs gaven aan dat dit thema expliciet de aandacht heeft. De wijze waarop staat weergegeven in tabel 5.1.

Elf organisaties verlenen naast de intramurale zorg aan ouderen ook wijkverpleging of ambulante zorg. Minstens zes adviseurs beaamden dat het thema in de extramurale context, bij thuiswonende ouderen, uitdrukkelijk de aandacht heeft. Tabel 5.2 vat de wijze samen waarop gewerkt wordt aan verbetering van de kwaliteit van de zorg rond dit thema in de wijkverpleging of de ambulante zorg.

*Tabel 5.2 Prioritering van thema bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop organisaties eraan werken in de extramurale/ ambulante context*

Ondersteuning van cliënten in een vroege fase van dementie en/of de mantelzorgers	Prioriteit? →	≥6 van 11 <sup>a</sup>
Risicosignalering wijkverpleging en gerichte opvolging, bijv. met een casemanager dementie, o.a. met als doel om een crisisopname te voorkomen (“warme overdracht”)		5
Bieden dagbesteding aan thuiswonende ouderen met WMO indicatie en risicosignalering bij die groep		1
Aansluiten bij dementie netwerk of regionaal project		1
Uitvoeren / samenwerken binnen erkende interventie op dit gebied		2

<sup>a</sup> Voor twee organisaties is dit onbekend en bij 1 organisatie niet van toepassing, want deze verleent alleen intramurale zorg;

Tot slot is specifiek gevraagd naar het thema “voorkomen van probleemgedrag” bij cliënten met een gevorderd stadium van dementie die verblijven op de beschermd wonen-afdelingen of de zogenaamde PG afdelingen voor psychogeriatrische zorg. Vrijwel alle adviseurs gaven aan dat dit thema in de belangstelling staat en tabel 5.3 toont op welke manier de kwaliteit van de zorg verbeterd wordt.

*Tabel 5.3 – Prioritering van thema bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop organisaties eraan werken op de intramurale “beschermd wonen” afdelingen*

Voorkomen van probleemgedrag bij cliënten met gevorderde dementie	Prioriteit? →	11 van 12
Uitvoeren methodische aanpak of interventie, b.v. met video interactie, of instellen van werkgroep specifiek voor dit thema die de zorgteams begeleid en coacht		6
Gerichte ondersteuning en casus bespreking (gebruik maken van verpleeghuisarts of psycholoog uit andere organisatie) <sup>a</sup>		3
Prioriteit i.k.v. wet Zorg en Dwang (voorkomen van dwangbehandeling) en/of afbouwen van medicatie (wordt op cliëntniveau bekeken)		3
Risicoanalyse of gerichte oorzaakanalyse, i.s.m. psycholoog		2
Via overstijgend regionaal samenwerkingsverband komt hier aparte afdeling voor		1
Uitvoeren van erkende effectieve interventie		1

<sup>a</sup>Bij kleinere organisaties is niet altijd een eigen psycholoog of behandeldienst voorhanden;

## 5.2 Bekendheid met de Databank of met de afzonderlijke interventies

Als volgende stap in het interview werd gevraagd naar de bekendheid met de Databank erkende interventies voor de Langdurige Zorg. Vijf van de 12 adviseurs hadden er wel eens van gehoord, maar de meesten gaven aan er in de praktijk niet actief iets mee te doen (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Bekendheid met de databank erkende interventies en/of met de afzonderlijke interventies voor de intramurale context

Bekendheid met de Databank	
Ja, en ik adviseer anderen er ook over	1
Ja, wel van gehoord maar ik doe er niets mee in de praktijk	4
Nee, onbekend ermee	7
Bekendheid met afzonderlijke interventies <sup>1,2</sup>	
Ja, de interventie is uitgevoerd of er zijn concrete plannen toe	2
Ja, principes ervan toegepast (op een eigen manier) of tegengekomen tijdens oriëntatie op een thema	7
Wel eens van gehoord	3

<sup>1</sup>Nagevraagd voor de best implementatie practices die (ook) uitgevoerd worden in een intramurale context, inclusief de interventies rond zingevingsondersteuning: Vallen Verleden Tijd, Doen bij Depressie, Mijn Leven in Kaart, Dierbare Herinneringen, Grip op Probleemgedrag; <sup>2</sup> De aantallen tellen op tot twaalf (het totaal aantal interviews), omdat iedere organisatie slechts eenmaal is meegenomen, namelijk bij het 'intensiefste niveau' dat bovenaan staat in de tabel;

De bekendheid met de afzonderlijke interventies was groot. Ieder van de ondervraagde kwaliteitsadviseurs had van ten minste één interventie wel eens gehoord, zeven kwaliteitsadviseurs gaven voor ten minste één interventie aan dat de principes ervan (waarschijnlijk) zijn toegepast binnen de gebruikelijke zorgverlening en bij twee organisaties worden erkende effectieve interventies uitgevoerd of overwogen. De resultaten in tabel 5.4 zijn exclusief de twee interventies die extramuraal uitgevoerd worden (ontmoetingscentra en partner in balans). Ten minste twee zorgorganisaties participeren actief binnen de ontmoetingscentra.

### 5.3 Belemmerende factoren voor het starten met de erkende interventies

Het laatste deel van het interview ging over de houding vanuit zorgorganisaties ten opzichte van dit type interventies en programma's. Verreweg de meeste adviseurs gaven aan dat de houding in het algemeen positief is of dat ze deze interventie(s) ook uitvoeren (7 van de 12). Vier adviseurs rapporteerden een wisselende houding wat te maken heeft met het vele aanbod, de waa van de dag en het doorslaggevende criterium dat het echt moet aansluiten bij de zorgmedewerkers. Eén adviseur gaf aan dat het lastiger is om met een dergelijke interventie 'binnen te komen' omdat ze een kleine organisatie zijn waar het methodisch werken nog niet geheel is ingeburgerd.

De kwaliteitsadviseurs benoemden dezelfde bevorderende factoren voor implementatie van de interventie dan de contactpersonen van de interventies (zie tabel 4.1). Zo benadrukten bijna alle kwaliteitsadviseurs dat de interventie moet passen in het strategiebeleid (waardoor eerder steun van het management) en dat er een kartrekker moet zijn. Ook moet de interventie aansluiten bij de werkwijze van zorgprofessionals en een positieve 'kosten-batenanalyse' hebben ofwel meerwaarde hebben. De meerwaarde kan bijv. zitten in tijdswinst, minder fysieke belasting voor medewerkers, duidelijke opbrengsten voor cliënten of versteviging van de positie van de organisatie doordat deelgenomen wordt aan een samenwerkingsverband dat inzet op een bepaalde interventie. Hiermee is ook meteen duidelijk dat het een belemmerende factor is wanneer een interventie hier niet aan voldoet. Tabel 5.5 vat de belemmerende factoren samen voor het 'binnenkomen' bij zorgorganisaties met een erkende interventie die buiten de eigen organisatie is ontwikkeld.

Tabel 5.5 *Belemmerende factoren voor het starten met erkende interventies binnen de zorgorganisaties de ouderenzorg volgens twaalf kwaliteitsadviseurs.*

Belemmerende factoren genoemd door de kwaliteitsadviseurs	Aantal keer genoemd
Geen steun van management of directie, niet passend in visie of strategiebeleid <sup>1</sup> , geen kartrekker <sup>2</sup>	10
Niet aansluiten bij werkwijze zorgprofessionals <sup>3</sup> , teveel tijd kosten, geen meerwaarde	7
Er is veel extern aanbod, we kunnen niet alles tegelijk, veel scholingsaanbod	7
In onze organisatie ontwikkelen we veel zelf en oriënteren ons hierbij op het bestaande aanbod	5
De prio ligt elders (bijv. invoering ECD <sup>4</sup> ) of in de werkgroepen die hierover gaan heerst de waan van de dag	2
Belemmerende factoren binnen de organisatie (re-organisatie, klein)	2
Contextuele factoren (covid-19)	3

<sup>1</sup> Bijv. omdat de interventie niet aansluit bij de prioriteiten of bij de visie op inrichting van de zorg of op scholing van zorgmedewerkers;

<sup>2</sup> Genoemde kartrekkers zijn verpleegkundig specialisten, kwaliteitsverpleegkundigen, behandeldienst of specialisten op terrein van wetenschap of innovatie; <sup>3</sup> Belangrijke elementen in de werkwijze van zorgprofessionals zijn de anamnese en risicosignalering en het op basis van het daarop vastgestelde zorgplan de zorg verlenen; <sup>4</sup> ECD = elektronisch cliëntdossier;

## 6 Terugkoppeling van adviseurs kwaliteit vanuit de gehandicaptenzorg

In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

- Wat zijn belemmerende elementen voor zorgorganisaties bij het kiezen voor erkende interventies in de intramurale gehandicaptenzorg?

De bevindingen zijn gebaseerd op interviews met kwaliteitsadviseurs vanuit intramurale zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg.

### Kernbevindingen zijn:

- De thema's van de 'best implementatie practices' hebben overwegend ook prioriteit in de verbetering van de kwaliteit van zorg. Zorgorganisaties werken hieraan op diverse manieren;
- De meeste kwaliteitsadviseurs waren onbekend met de Databank erkende Interventies, maar hadden van ten minste één afzonderlijke interventie wel eens gehoord;
- Om een interventie te willen implementeren die buiten de organisatie is ontwikkeld moet daarvan de 'kosten-baten' analyse positief uitvallen. Er moet meerwaarde zijn;
- Vaak genoemde belemmerende factoren voor het starten met een interventie, die losstaan van de aard van de interventie, zijn het niet passen binnen het strategiebeleid en het vele (scholings)aanbod waardoor prioritering nodig is.

De volgende paragrafen gaan hier nader op in. Anders dan bij de ouderenzorg (hfd 5) wordt onderscheid gemaakt naar specifieke doelgroepen, in lijn met de doelgroepen van de interventies.

### 6.1 Prioritering van thema en wijze van werken aan kwaliteitsverbetering

We beschrijven dit eerst voor de doelgroep 'kinderen en/of volwassenen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking' en daarna voor de doelgroep 'volwassenen met een verstandelijke beperking'.

#### **Kinderen en/of volwassenen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking**

Het interview met de kwaliteitsadviseurs begon met de vragen of de thema's van de erkende interventies specifiek de prioriteit hebben bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en hoe de organisatie daaraan werkt. De thema's waren het verbeteren van de communicatie van de cliënten, het bevorderen dat de ondersteuning beter afgestemd wordt op de wensen van cliënten, het voorkomen van probleemgedrag en het verbeteren van de hechting. De focus lag op de intramurale zorgverlening aan deze specifieke groep cliënten. Van de negen organisaties verlenen er zes zorg aan zowel kinderen als volwassenen en drie alleen aan (jong)volwassenen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking.

Zes van de negen kwaliteitsadviseurs gaven aan dat het verbeteren van de communicatie van de cliënten (zodat ze zich beter kunnen uitdrukken) prioriteit heeft bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Tabel 6.1 laat zien hoe de organisaties eraan werken.

Het thema “bevorderen dat de ondersteuning beter afgestemd wordt” sluit hierop aan en heeft bij 8 organisaties de prioriteit. De meeste kwaliteitsadviseurs gaven aan dat dit in het reguliere zorgproces is ingebouwd, via de evaluatie van het zorgplan. Een kwaliteitsadviseur gaf aan dat zorgkantoren willen dat cliënten meekijken bij kwaliteitsverslagen ten aanzien van hoe het aansluit bij hun behoeften. Twee adviseurs benoemden wel spanningsvelden. Zo bestaat de neiging om te denken vanuit beperkingen in plaats van mogelijkheden en bestaat soms spanning tussen het willen bieden van veiligheid en het stimuleren van (zelfstandigheids)ontwikkeling. De Wet Zorg en Dwang werd benoemd als nieuw momentum in het continue zoeken naar alternatieven om zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten.

Van het thema “voorkomen van probleemgedrag” gaf iedereen aan dat dit de prioriteit heeft, waarbij een kwaliteitsadviseur wel aangaf dat hierin nog verbetering mogelijk is. De meeste organisaties pakken dit op via een risicoanalyse en handelen multidisciplinair bij problematiek, met een grote rol voor de gedragsdeskundigen. Het thema “verbeteren van de hechting” is het meest relevant voor de zes organisaties waarbij ook kinderen de doelgroep zijn. Twee adviseurs gaven aan dat het thema expliciet prioriteit heeft bij de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

*Tabel 6.1 Prioritering van thema's bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop intramurale organisaties eraan werken – volgens kwaliteitsadviseurs in negen organisaties*

Doelgroep: kinderen en volwassenen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking		
<b>Verbeteren communicatie van cliënten</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>6 van 9</b>
Afnemen “ben ik tevreden”-vragenlijst, inzetten van “ditvindikervan”, voeren van ‘goed leven’- gesprek		3
Training zorgmedewerkers (o.a. “taal zonder grenzen”), scholing o.a. via gedragsdeskundigen		5
Persoonsgebonden aanpak, b.v. met thermometer, foto's, kleuren, video opnames (thema zit in kwaliteitskader GZ)		4
Kennis is toegankelijk gemaakt via intranet, door gedragsdeskundigen		1
<b>Bevorderen dat ondersteuning beter afgestemd wordt op wensen en behoeften</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>8 van 9</b>
Reguliere evaluatie zorgplan en redenen voor ontevredenheid uitzoeken		5
Extra waakzaamheid ikv invoering wet Zorg en Dwang		2
Passender aanbod op de dagbesteding verzorgen		1
Werken met methodisch kader (LACCS methodiek)		2
<b>Voorkomen van probleemgedrag</b>	<b>Prioriteit? →</b>	<b>9 van 9</b>
Risicoanalyse tijdens intake en/of intervisie, bijv. samen met orthopedagoog		7
Op grond van MICS of incidentenmeldingen multidisciplinair handelen		4
Aanbieden van relatietraining of training omgaan met agressie of de escalatie		3
Via omgeving (rust en groot), activiteitenaanbod en goede begeleiding inzetten op preventie		3
Inzet seksuoloog bij grensoverschrijdend gedrag		1
<b>Verbeteren van de hechting</b>	<b>Prioriteit?¹ →</b>	<b>2 van 6</b>
Scholing voor gezinsouders of (ambulant) begeleiders, trauma sensitief opvoeden en betrouwbaar blijven, begeleiding door gedragsdeskundigen		3
Hechtingsdiagnostiek toepassen		1
Oefenopdrachten en modules rond thema beschikbaar op kennisbank		1
Standaard onderdeel in ondersteuningsplan cliënten ('dit ben ik' met input van gedragsdeskundigen)		1

<sup>1</sup> Dit thema is het meest relevant voor de zes organisaties met de doelgroep kinderen

Ten aanzien van hechtingsproblematiek zag een kwaliteitsadviseur dit niet als prioriteit, maar is dit wel een standaard onderdeel in het ondersteuningsplan van de betreffende organisatie. Daarnaast is in alle organisaties de benodigde expertise bij problematiek beschikbaar.

### **Volwassenen met verstandelijke beperking**

Het laatste thema was het verminderen van depressieve klachten bij een andere doelgroep, namelijk de volwassenen met een (licht)verstandelijke beperking. Vier kwaliteitsadviseurs gaven aan dat dit

thema prioriteit heeft bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en tabel 6.2 toont hoe de organisaties eraan werken.

*Tabel 6.2 Prioritering van thema bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en de wijze waarop organisaties eraan werken*

Doelgroep: volwassenen met een verstandelijke beperking		
Depressieve klachten verminderen	Prioriteit? <sup>1</sup> →	4 van 8
Signalering en opvolging, bijv. door cliënten richting GGZ zorg te begeleiden		4
Inzetten van ervaringsdeskundigen (in de ambulante zorg, uitbreiding voorzien) draagt er indirect aan bij en ook het actief aanbieden van dagbesteding		2
Onder de aandacht vanwege (afbouwen) medicatie		2
Binnen de academische werkplaats lopen momenteel twee onderzoeken rond dit thema		1

<sup>1</sup> Een organisatie had deze cliëntpopulatie niet als doelgroep en het thema speelde niet bij hun eigen doelgroep;

In de organisaties waar het thema geen prioriteit heeft wordt bijv. wel verwezen naar de huisarts of de behandeldienst in geval van stemmingsproblemen.

## 6.2 Bekendheid met de Databank of met de afzonderlijke interventies

Als volgende stap in het interview werd gevraagd naar de bekendheid met de Databank erkende interventies voor de langdurige zorg. Drie van de 9 adviseurs kenden de Databank, waarvan een adviseur er ook soms in kijkt (tabel 6.3). Van de adviseurs die er niet bekend mee zijn gaven er ten minste twee aan dat de Databank waarschijnlijk wel elders in de organisatie bekend is.

*Tabel 6.3 Bekendheid met de Databank erkende interventies en/of met de afzonderlijke interventies voor de intramurale context in de gehandicaptenzorg*

Bekendheid met Databank	
Ja, en ik kijk er soms ook in	1
Ja, wel van gehoord maar ik doe er weinig mee in de praktijk	2
Nee, onbekend ermee	6
Bekendheid met afzonderlijke interventies <sup>1,2</sup>	
Ja, de interventie is uitgevoerd of er zijn concrete plannen toe	1
Ja, ken ik en principes ervan worden toegepast (op een eigen manier)	1
Wel eens van gehoord	4
Zelf niet, waarschijnlijk elders in de organisatie wel	2 (+1)

<sup>1</sup>Nagevraagd voor de volgende best implementatie practices: begeleiders in beeld, zintuigenverhalen, programma perspectief (methode Vlaskamp), integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG), communicatieve ontwikkeling van niet of nauwelijks sprekende kinderen of volwassenen en hun communicatiepartners (COCP), Wie ben ik? (doelgroep volwassenen met een verstandelijke beperking);

<sup>2</sup>Het telt op tot negen omdat iedere organisatie slechts eenmaal is meegenomen, namelijk bij het 'intensiefste niveau' dat bovenaan staat;

De bekendheid met de afzonderlijke interventies was groot. De meesten hadden van ten minste één interventie wel eens gehoord en de overige kwaliteitsadviseurs gaven aan dat zij zelf er niet bekend mee waren, maar dat andere collega's in de organisatie ze waarschijnlijk wel zouden kennen.

### 6.3 Belemmerende factoren voor het starten met erkende interventies

Het laatste deel van het interview ging over de houding ten opzichte van dit type interventieprogramma's, die buiten de eigen organisatie zijn ontwikkeld. Verreweg de meeste kwaliteitsadviseurs gaven aan dat de houding in het algemeen positief is of dat ze een interventie uitvoeren (8 van de 9). Eén adviseur rapporteerde een licht afhoudende houding vanwege het vele aanbod waardoor zorgmedewerkers 'verdrinken in de hoeveelheid info'. Het interview ging vervolgens door op de factoren die bepalen of een interventie kansrijk of -loos is wanneer de organisatie ermee wordt benaderd. Tabel 6.4 vat de belemmerende factoren samen voor het 'binnenkomen' bij zorgorganisaties met een erkende interventie.

Tabel 6.4 *Belemmerende factoren voor het starten met erkende interventies binnen zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg volgens negen kwaliteitsadviseurs*

Belemmerende factoren genoemd door de kwaliteitsadviseurs	Aantal keer genoemd
Geen steun van management of directie, niet passend in visie of strategiebeleid <sup>1</sup>	6
De interventie sluit niet aan bij werkwijze zorgprofessionals	5
Geen meerwaarde voor de zorgprofessionals of antwoord op duidelijke zorgvraag (kosten-baten afweging)	5
Er is veel extern aanbod, we kunnen niet alles tegelijk, veel scholingsaanbod	4
Wij borgen kwaliteitsverbetering in de gebruikelijke zorgroutines	2
De prioriteit ligt elders	1
Contextuele factoren (Covid-19)	1

<sup>1</sup> Bijv. omdat de interventie niet aansluit bij de prioriteiten of bij de visie op inrichting van de zorg of op scholing van zorgmedewerkers;

Bij het 'niet aansluiten bij de werkwijze van zorgprofessionals' benoemde een kwaliteitsadviseur als voorbeeld dat trainingen lang kunnen zijn, maar dan toch de diepgang missen. Zorgmedewerkers haken dan af: zij willen juist de diepte in met concrete casussen, echt gericht op de praktijk. Deze organisatie kiest er daarom voor om korte trainingen aan te bieden.

Aanvullend op tabel 6.4 benoemde een kwaliteitsadviseur dat het gemakkelijk is om binnen te komen in hun organisatie. Het is een grote organisatie en de beslissingsbevoegdheid om een interventie te gaan doen is op laag niveau belegd. Er is altijd wel energie te vinden om ergens mee te starten, maar de uitdaging is dan wel om het vol te houden. In deze organisatie is de focus, prioritering en de borging van interventies daarom moeilijker, dan het starten met het implementeren ervan op kleinere schaal.

Tot slot vermelden we dat de kwaliteitsadviseurs (ook) andere methodieken en platfora noemden waarvan ze gebruik maken, namelijk de VGN academie, kennispleinen Vilans, de methode 'dit vind ik ervan' (<https://www.platforditvindikervan.nl/>), de LACCS methodiek en triple C voor de intensieve behandelgroepen.



## 7 Discussie en conclusie

Dit hoofdstuk bevat een discussie rondom de belangrijkste bevindingen. We starten met reflecties die aansluiten bij het eerste onderzoeksdoel, de vergelijking tussen de beoordelingssystematieken. Vervolgens gaat de discussie in op het tweede doel van dit onderzoek en bespreken we de bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie en borging van de interventies. Afsluitend volgt de conclusie.

### **Vergelijking beoordelingssystematieken Zorginstituut Nederland en Erkenningstraject**

Overeenkomstig tussen beide systematieken is dat de effectiviteit van interventies wordt beoordeeld aan de hand van wetenschappelijke studies en er vervolgens een gradering plaatsvindt van de kracht van het bewijs vanuit het wetenschappelijk onderzoek. Het doel en de context van beide systematieken verschilt aanzienlijk. Bij ZIN is het doel het onderbouwen van de toelating tot het verzekerd pakket en bij het Erkenningstraject het verbeteren van de kwaliteit van de interventie, en het vaststellen van de (theoretische) onderbouwing van de werkzaamheid en de effectiviteit van interventies waarna ze worden opgenomen in de Databank erkende Interventies. De plek van het 'effectiviteitsoordeel' binnen het eindoordeel is verschillend. Bij ZIN is het een knock-out criterium waarbij overige criteria separaat worden beoordeeld. In het Erkenningstraject is 'sterke aanwijzingen voor effectiviteit' het hoogste niveau, waarbij de interventie dan tevens positief beoordeeld is op overige criteria, waaronder de uitvoerbaarheid. De resultaten van dit onderzoek suggereren om dit criterium aan te scherpen richting 'meerwaarde bieden' bieden voor de zorgorganisatie en cliënten, vanuit het perspectief van belanghebbenden in de organisatie (zie onderaan blz. 43 voor een aantal voorbeelden van ervaren meerwaarde). Dit is conform de systematiek van ZIN waarbij een nieuwe interventie wordt beoordeeld ten opzichte van de gebruikelijke zorg. De geïnterviewde kwaliteitsadviseurs benoemen de meerwaarde van een interventie als een sterke bevorderende factor voor implementatie en zorgorganisaties werken reeds op allerlei manieren aan kwaliteitsverbetering rond de thema's van de interventies. Als "effectief" ook inhoudt "beter dan gebruikelijk" dan kan dit overtuigender werken richting het veld.

Ten aanzien van het beoordelen van de effectiviteit gaat het Erkenningstraject uit van voldoende wetenschappelijke studies met een kwalitatief goed onderzoeksdesign. De systematiek van ZIN houdt rekening met de passendheid van het onderzoeksprofiel (design), om vervolgens via systematisch literatuuronderzoek wetenschappelijke studies te identificeren en het beschikbare bewijs te graderen volgens GRADE. We constateren dat bij beide systematieken geen specifieke aandacht is voor de kwaliteit van de cliënt-zorgverlenersrelatie bij het inzetten van een interventie. ZIN benoemt 'intermenselijk contact/bejegening' wel als belangrijk voor de kwaliteit van leven van cliënten in de langdurige zorg, maar vindt dit onderdeel van de professionaliteit van zorgmedewerkers (ZIN, 2016). Verschillende onderzoeken lieten echter de meerwaarde zien van een evaluatie van de cliënt-zorgverleners relatie (Goossens, 2014; Scheffelaar, 2020). Aangezien een mensgerichte benadering ook essentieel is in het kader van passende zorg (ZIN, 2022), valt een heroverweging van de beoordelingssystematieken rond dit punt wellicht te overwegen.

### **Succesvolle brede implementatie van erkende effectieve interventies**

In december 2021 waren er in totaal 27 erkende effectieve interventies voor de ouderenzorg en gehandicaptenzorg<sup>11</sup>, die inmiddels op vele tientallen locaties zijn geïmplementeerd in die sectoren.

---

<sup>11</sup> De Databank voor effectieve interventies in de langdurige zorg bestaat sinds 2015;

De schaal van implementatie is mogelijk nog groter, omdat niet iedere contactpersoon van de interventies hier zicht op heeft. Bovendien geven zowel de contactpersonen van de interventies als de kwaliteitsadviseurs vanuit de zorgorganisaties aan dat vaak ook de elementen van een interventie worden verwerkt binnen gebruikelijke zorgroutines wanneer bijv. een interne werkgroep zich oriënteert op manieren om de zorgverlening te verbeteren. De schaal van implementatie van de erkende effectieve interventies of elementen eruit lijkt dus best groot, zeker gezien het feit dat dit onderzoek plaatsvond op het moment dat de Covid pandemie nog niet geheel voorbij was en er dus minder plek was geweest in de voorbije jaren om deze interventies te prioriteren.

### **Bevorderende en belemmerende elementen voor implementatie**

Het onderzoek liet zien dat voor succesvolle implementatie en de borging binnen de zorgorganisaties met name de houding van de zorgprofessionals doorslaggevend is en de juiste randvoorwaarden vanuit de organisatie. Dit komt overeen met de bevindingen in kader van de evaluatie van het verbeterprogramma palliatieve zorg (Veer de, 2017).

Voor een succesvolle bredere implementatie (verspreiding naar nieuwe zorgorganisaties) hadden de voornaamste bevorderende factoren te maken met de aard van de interventie, zoals het optimaal aansluiten bij de werkwijze van zorgprofessionals en de meerwaarde ten opzichte van bestaand aanbod. Dit benadrukt dus het belang van een scherpe beoordeling van de uitvoerbaarheid van de erkende interventies in het Erkenningstraject. De aangetoonde effectiviteit draagt in positieve zin, bijv. bij het overtuigen van bestuurders van zorgorganisaties om de interventie te faciliteren. Een verschil tussen de ouderen- en de gehandicaptenzorg lijkt te zijn dat de contactpersonen van interventies voor de ouderenzorg als belangrijk werkzaam element voor succesvolle implementatie wezen op het aansluiten van het thema van de interventie bij de tijdgeest en andere kwaliteitsontwikkelingen in de sector. In de gehandicaptenzorg wezen de contactpersonen nadrukkelijker op de oorsprong vanuit het wetenschappelijk onderzoek, als werkzaam element, dat vaak al lang geleden plaatsvond. Met betrekking tot de bijdrage van landelijke kwaliteitsstandaarden rapporteerden de contactpersonen van de interventies, die hier goed zicht op hebben voor hun interventie, dat dit geen grote rol speelde bij de bredere implementatie. Dit is een retrospectieve mening. Mogelijk hebben inkooporganisaties van de zorg, zoals zorgverzekeraars, een andere mening over de potentiële bijdrage van kwaliteitsstandaarden bij het stimuleren van de implementatie van (erkende) interventies. Vervolgonderzoek zou dat moeten uitwijzen.

### **Kosten en financiering alleen van belang bij extramurale interventies?**

Bij de beïnvloedende factoren rond implementatie en borging viel op dat kosten en financieringsissues alleen werden ervaren door contactpersonen van interventies in de extramurale context: bijv. bij de interventies rondom preventie van valincidenten in de ouderenzorg. De reden daarvoor is dat deelnemers aan de interventie een drempel ervaren wanneer ze hiervoor moeten betalen, wat soms het geval is. Voor interventies die in de wijk worden uitgevoerd, en betaald worden vanuit de Wmo, geldt dat financieringsprioritering vanuit de gemeenten direct effect heeft op de implementatie-mogelijkheden en continuering. Daarnaast valt zorgverlening of ondersteuning aan mantelzorgers van mensen met dementie noch duidelijk binnen de kaders van de Zvw noch duidelijk binnen de Wmo en kunnen partijen dan naar elkaar verwijzen als zijnde de financier van de uitvoering van dergelijke interventies.

Factoren rond financiering en kosten werden niet ervaren door contactpersonen van interventies in de intramurale langdurige zorg, gefinancierd vanuit de Wlz. Dit is te verklaren omdat de cliënten (deelnemers) geen vergoeding betalen voor deze interventie/zorg, omdat die vanuit de Wlz financiering worden betaald. Ook bij de zorgprofessionals voelt het, bij succesvolle borging, als passend in hun werkpakket. Hiermee is niet gezegd dat implementatie van erkende effectieve interventies niet bevorderd kan worden via stimuleringsregelingen, bijvoorbeeld gericht op

vergoeding van deelname van zorgprofessionals aan de trainingen. Of zoals een van de contactpersonen het benoemde: “innoveren kost geld”.

### **Zorgorganisaties actief bezig met kwaliteitsverbetering: prioritering nodig vanwege vele aanbod**

Op basis van de interviews met de kwaliteitsadviseurs uit de zorgorganisaties concluderen we dat de houding ten opzichte van programma's die buiten de organisatie zijn ontwikkeld in het algemeen positief lijkt. Naast factoren die te maken hebben met de aard van de interventie (de kosten-batenafweging moet positief uitvallen) worden er echter duidelijke belemmerende elementen vermeld waardoor organisaties er niet mee kunnen of willen starten. De interventie moet passen binnen het organisatiebeleid en vanwege het vele aanbod is prioritering nodig is. Deze laatste constatering sluit aan bij de roep vanuit projectleiders van 22 praktijkprojecten in het kennisprogramma Langdurige Zorg en Ondersteuning om kennisopbrengsten en innovaties vanuit de projecten meer gebundeld aan te bieden richting de zorgorganisaties. Er is dan een overkoepelende visie nodig, in plaats van de nadruk te zeer te leggen op het willen implementeren van elke innovatie uit elk afzonderlijk project (Bemelmans, e.a., 2022). Tot slot lijkt ook de grootte van de zorgorganisatie een bepalende factor bij het willen of kunnen implementeren van een erkende interventie. Nader onderzoek bij kleine zorgorganisaties met 1 of 2 locaties, die hier mogelijk wat afhoudender tegenover staan, kan hier een aanvullend inzicht in verstrekken.

## **Conclusie**

We concluderen dat inmiddels 27 interventies voor de ouderen- en gehandicaptenzorg als effectief zijn beoordeeld in het Erkenningstraject. Net als bij de beoordelingssystematiek van Zorginstituut Nederland vindt daarbij een gradering plaats van het beschikbare bewijs voor effectiviteit waarbij het gedachtengoed van GRADE de basis vormt. Verschillen bij de effectiviteitsbeoordeling zijn dat bij ZIN, in tegenstelling tot het Erkenningstraject, het uitgangspunt is dat de effectiviteit wordt bepaald ten opzichte van de gebruikelijke zorg en dat er systematisch literatuuronderzoek wordt verricht. De interventies zijn op tientallen locaties geïmplementeerd. Succesvolle implementatie volgt als de interventie goed aansluit bij de praktijk en een meerwaarde biedt. Voor zorgorganisaties zijn belemmerende elementen rondom het willen implementeren van interventies het niet goed passen van een interventie in het strategisch organisatiebeleid en het vele (scholings)aanbod waardoor binnen organisaties prioritering nodig is.

## Literatuur

Bemelmans W, Voss H, Francke A. Impact versterken van praktijkprojecten in de langdurige zorg. Handvatten voor ondersteuning binnen het ZonMw-programma Langdurige Zorg en Ondersteuning. Nivel, Utrecht, 2022.

Bijl, E. Advies en standpunt:wat is het verschil? Zorginstituut Magazine april 2020.

Couwenbergh B, Meer van der F, Weghaus-Reus S, Schelleman H, Zwaap J. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. College voor Zorgverzekeringen, Diemen, 2013.

Fleuren MAH, Paulussen PGWM, Dommelen van P, Buuren van S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(5): 501–510.

Goossensen A (red.), Baart A, Bruurs A, Dijke van J, Herwijnen van F, Kamp van de J, Kuis E. Schetsen van mismatch Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek. Movisie, Utrecht, 2014.

Heymans, JM, Kleijnen, S, Verstijnen, IM. Passend bewijs bij het bepalen van effectiviteit van Interventies. *NTVG* 2013;157: A5479

Mangiaracina F, Chattat R, Farina E, et al. Not re-inventing the wheel: the adaptive implementation of the meeting centres support programme in four European countries. *Aging Ment Health*. 2017;21(1):40-48.

Meiland FJ, Dröes RM, de Lange J, Vernooij-Dassen MJ. Facilitators and barriers in the implementation of the meeting centres model for people with dementia and their carers. *Health Policy*. 2005;71(2):243-253.

Scheffelaar A. About the client perspective: a participatory study evaluating the quality of long-term care relationships. Utrecht: Nivel, 2019.

Veer de A, Voss H, Fleuren M, Francke A. Van implementeren naar borgen. Leerpunten uit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. Nivel rapport 2017.,

Vilans. Samenvatting-criteria-erkenning-van-interventies. Geraadpleegd van <https://www.databankinterventies.nl/over-databank-interventies/hoe-werkt-het/>. Vilans, Utrecht, 2022.

ZIN. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Zorginstituut Nederland, Diemen, 2015.

ZIN. Passend onderzoek effectiviteit Langdurige Zorg. Zorginstituut Nederland, Diemen, 2016.

ZIN. Kader Passende zorg. Zorginstituut Nederland, Diemen, 2022.

## LIJST VAN BIJLAGES

BIJLAGE A	Aanvullende informatie over de onderzoeksmethodieken	p. 54
BIJLAGE B	Vragenlijst voor contactpersonen van erkende effectieve interventies	p. 56
BIJLAGE C	Topics interviews met contactpersonen van de 'best implementatie practices'	p. 59
BIJLAGE D	Topics interviews met zorgprofessionals rond de borging van twee interventies	p. 60
BIJLAGE E	Topics interviews met kwaliteitsmedewerkers van zorgorganisaties	p. 61
BIJLAGE F	Beschrijving beoordelingssystematieken op hoofdlijnen	p. 63
BIJLAGE G	Overzicht erkende effectieve interventies	p. 68
BIJLAGE H	Beschrijving van 'in de put, uit de put 55+' en 'Exbelt'	p. 73
BIJLAGE I	Overzicht relevante kwaliteitsstandaarden	p. 74

## Bijlage A – Aanvullende informatie over de onderzoeksmethodieken

Deze bijlage verstrekt aanvullende informatie over de onderzoeksmethodieken in dit project voor de volgende onderwerpen:

- A1. Vragenlijst onderzoek bij contactpersonen van erkende effectieve interventies
- A2. Selectie best implementatie practices: werkzame elementen bij de bredere implementatie (interviews met contactpersonen erkende interventies)
- A3. Verdiepend onderzoek ten aanzien van langdurige continuering en borging van een selectie van twee interventies (interviews met contactpersonen uit de zorgorganisaties)
- A4. Interviews met kwaliteitsmedewerkers ouderen- en gehandicaptenzorg

### Ad A1

#### Vragenlijst onderzoek bij contactpersonen van erkende effectieve interventies

De complete vragenlijst staat in Bijlage B. Voor de effectieve interventies in de ouderenzorg was de respons 100%. Voor de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg vulden zes van de elf contactpersonen de vragenlijst niet in. We vroegen deze contactpersonen per email om enkele vragen in te vullen in het kader van een non-respons onderzoek. Dit betrof de toegankelijkheid van het ondersteuningsaanbod rondom de interventie, het aantal locaties dat de interventie uitvoert na erkenning, het eventuele aanvullende onderzoek rondom de interventie en de vraag of de interventie opgenomen is in landelijke kwaliteitsstandaarden. Drie contactpersonen vulden deze vragen in waarmee de respons voor de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg voor deze items uitkwam op 73%, en voor de complete vragenlijst op 45%. De volledige non-respons, dus geen reactie op de vragenlijst en ook niet op het non-respons onderzoek, waren allemaal interventies voor de doelgroep kinderen met een (lichte) verstandelijke beperking en bijkomende problematiek. Deze worden voornamelijk buiten de zorgsetting uitgevoerd, bijv. in het onderwijs.

### Ad A2

#### Interviews met contactpersonen van de best implementatie practices

In totaal werden 7 contactpersonen voor een best implementatie practice in de ouderenzorg (respons 100%) en 7 contactpersonen voor een best implementatie practice in de gehandicaptenzorg (respons 86%) benaderd voor een interview van 15-20 minuten. Dit vond telefonisch plaats of per Zoom/Teams. Het voornaamste doel van dit interview was om zicht te krijgen op de werkzame elementen achter de succesvolle verspreiding (bredere implementatie) van de interventie. De topics van het interview staan in bijlage C. Op 9 mei 2022 kregen alle contactpersonen de resultaten toegestuurd en een kort stukje over hun interventie ter correctie op eventuele feitelijke onjuistheden.

### Ad A3

#### Verdiepend onderzoek ten aanzien van langdurige continuering en borging van interventies

Om zicht te krijgen op beïnvloedende factoren bij de langdurige continuering en borging van interventies gebruikten we twee onderzoeksmethodieken. Ten eerste werden hier vragen over gesteld in de vragenlijst die alle contactpersonen van erkende effectieve interventies invulden (zie bijlage B – vragen 17-19). Niet alle respondenten in het vragenlijstonderzoek hadden hier goed zicht op. Van de 13 contactpersonen van de effectieve interventies in de ouderenzorg gaven 3 respondenten aan niet goed zicht te hebben op de uitvoering van de interventie in de praktijk, na de erkenning. Zes respondenten hebben er beperkt of gedeeltelijk zicht op of gaven aan dat zij hier zelf geen zicht op hebben, maar dat dat wel elders bekend is. Dit betreft dan de cursusleiders of de trainers van de interventie. Ook vindt bij een van de interventies een jaarlijkse cursus plaats, voor de medewerkers van de organisaties, waardoor inzicht ontstaat in de uitvoering van de interventie in de praktijk. Bij een van de interventies wordt

momenteel nader onderzoek verricht naar de factoren die de uitvoering ervan bevorderen of belemmeren. Vier contactpersonen rapporteerden goed zicht te hebben op de uitvoering van de interventie in de praktijk.

Van de vijf contactpersonen van de effectieve interventies in de gehandicaptenzorg rapporteerden drie contactpersonen deels zicht te hebben op de uitvoering ervan in de praktijk of dat dat bekend is bij een andere partij. Ze worden geïnformeerd erover via de nieuwe collega's voor de scholing. Voor een van de interventies wordt aangegeven dat de indruk bestaat dat de werkwijze in de praktijk wordt aangepast, er worden variaties op gemaakt, maar dat deze dan tot hetzelfde resultaat komen.

Aanvullend hierop zijn voor twee interventies zorgprofessionals vanuit de zorgorganisaties geïnterviewd die goed zicht hebben op de implementatie en de borging van de interventie. Volgens het projectvoorstel beoogden we interviews met drie zorgorganisaties in beide sectoren. Deze werden aangeleverd door de contactpersonen van de interventies. Voor de interventie Doen bij depressie zijn drie psychologen geïnterviewd (respons 100%) en voor de interventie Programma perspectief (respons 67%). Het interview duurde ongeveer 30 minuten en vond telefonisch plaats of via zoom/teams. De topics van het interview staan in bijlage D.

#### **Ad A4**

##### **Interviews met kwaliteitsmedewerkers ouderen- en gehandicaptenzorg**

Vanuit het openbaar databestand Verpleeghuiszorg (verslagjaar 2020) selecteerden we met een random number generator 25 organisaties die intramurale zorg bieden aan ouderen

<https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-verpleeghuiszorg>. In maart 2022 benaderden we de organisaties met het verzoek om de contactgegevens te mogen ontvangen van de kwaliteitsafdeling/-medewerker die zicht heeft op de intramurale zorgverlening. Voor 19 organisaties benaderden we de kwaliteitsafdeling/-medewerker of ze mee wilden werken aan een kort interview. In totaal zijn 12 interviews gehouden (respons 63%).

Ook voor de gehandicaptenzorg selecteerden we 25 organisaties uit het openbaar databestand ghz verslagjaar 2020 (<https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-gehandicaptenzorg>). Hiertussen zaten 8 organisaties die geen intramurale zorg verleenden aan kinderen of volwassenen met een verstandelijke beperking, maar bijv. alleen dagbesteding bieden. De overige 17 organisaties zijn benaderd met het verzoek om de contactgegevens te ontvangen van de kwaliteitsafdeling/-medewerker die zich heeft op de intramurale zorgverlening. Hierbij werd meteen de reden vermeld. In totaal zijn 9 interviews gehouden (respons 53%, maar benaderingswijze niet geheel gelijk met de ouderenzorg).

Bijlage E presenteert de topics van het interview voor de ouderenzorg en voor de gehandicaptenzorg.

## Bijlage B – Vragenlijst voor contactpersonen van erkende effectieve interventies

### Vragen rondom de interventie zelf

vr1: Is het ondersteuningsaanbod rondom de interventie up to date en toegankelijk? Indien van toepassing voor uw interventie: denk aan de training, handleidingen, telefoonnummer voor vragen of helpdesk

ja, dit is nog volledig up to date en toegankelijk

nee, dit is gedeeltelijk het geval: (verstrek toelichting) : \_\_\_\_\_

nee, op dit moment is de interventie niet toegankelijk: (verstrek toelichting) : \_\_\_\_\_

vr2: Is de interventie na de erkenning nog verder doorontwikkeld?

nee, de interventie wordt in de oorspronkelijke vorm aangeboden

ja, de interventie is na erkenning verder doorontwikkeld, namelijk: \_\_\_\_\_

anders, namelijk: \_\_\_\_\_

vr3: Zou de interventie ook geschikt kunnen zijn voor andere doelgroepen (patiënten of cliënten waarop de interventie is gericht en die er baat bij hebben), settings of uitvoerders (degenen die de interventie in de praktijk uitvoeren) dan degenen die vermeld staan in de Databank?

nee, dit is niet het geval

ja de interventie zou ook geschikt kunnen zijn voor de doelgroep:: \_\_\_\_\_

ja de interventie zou ook geïmplementeerd kunnen worden in de setting:: \_\_\_\_\_

ja de interventie zou ook uitgevoerd kunnen worden door:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk: \_\_\_\_\_

vr4: Is er na opname van uw interventie in de Databank nog nieuw onderzoek naar uw interventie gepubliceerd (of aangeboden voor publicatie)?

ja, er is aanvullend onderzoek beschikbaar: (vermeld referenties en/of verstrek toelichting): \_\_\_\_\_

nee dat is niet het geval

dat weet ik niet

vr5: Is uw interventie (eventueel gedeeltelijk als module) opgenomen in landelijke richtlijnen, protocollen of kwaliteitsstandaarden?

ja de interventie is opgenomen in een landelijke richtlijn, protocol, kwaliteitsstandaard, namelijk: \_\_\_\_\_

nee de interventie is niet opgenomen in een landelijke richtlijn, want (verstrek toelichting indien u bekend bent met overwegingen waarom dat niet is gebeurd): \_\_\_\_\_

dat weet ik niet

anders namelijk: \_\_\_\_\_

vr6: Hoeveel locaties hebben informatie over de interventie aangevraagd of belangstelling getoond nadat deze interventie erkend werd en opgenomen in de Databank?

dat zijn in totaal (omstreeks) zoveel locaties: \_\_\_\_\_

dat weet ik niet



vr7: Hoeveel locaties hebben recent, in 2020/2021, informatie over de interventie aangevraagd of belangstelling getoond?

dat zijn in totaal (omstreeks) zoveel locaties:: \_\_\_\_\_

dat weet ik niet

vr8: Hoeveel locaties zijn gestart met het uitvoeren van de interventie, nadat deze interventie erkend werd en opgenomen in de Databank? (NB het succesvol afgerond hebben van een eventuele training wordt beschouwd als gestart)

dat zijn in totaal (omstreeks) zoveel locaties:: \_\_\_\_\_

dat weet ik niet, maar dit is wel bekend bij iemand anders: (optioneel: mogelijkheid voor toelichting) :

\_\_\_\_\_

dat weet ik niet en is ook niet bekend voor mijn interventie

vr9: Bij hoeveel locaties wordt de interventie recent, in 2020/2021, (nog) uitgevoerd? (NB ook hier wordt bedoeld eventuele nieuwe locaties, dus niet de organisaties waarbinnen de interventie is ontwikkeld of onderzocht ten behoeve van de erkenning)

dat zijn in totaal (omstreeks) zoveel locaties:: \_\_\_\_\_

dat weet ik niet

vr10: Kunt u globaal de verhouding aangeven tussen de mate waarin uw interventie uitgevoerd wordt in een ambulante context (bij thuiswonende cliënten) en in een intramurale context (bij cliënten die verblijven in een intramurale zorginstelling)?

% intramurale zorginstelling: \_\_\_\_\_

% thuiswonende cliënten: \_\_\_\_\_

dit is niet van toepassing voor mijn interventie

dit weet ik niet

Vraag rondom factoren bij de keuze voor uw interventie

vr11: Is bij u bekend welke factoren binnen organisaties bevorderen dat ze specifiek de keuze maken voor uw interventie? Zo ja kunt u dan de 3 meest doorslaggevende factoren of overwegingen vermelden.

nee dat is bij mij niet bekend

ja dat zijn de volgende factoren of overwegingen:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

Vragen rondom bevorderende en belemmerde factoren bij de uitvoering uw interventie

vr12: Heeft u goed zicht op hoe de interventie wordt uitgevoerd in de praktijk bij "nieuwe" organisaties, dus nadat de interventie erkend werd en opgenomen in de Databank?

ja, ik heb hier goed of voldoende zicht op

nee, hier heb ik geen zicht op, maar dit is wel bekend bij iemand anders: (optioneel: toelichting) :

\_\_\_\_\_

nee, hier heb ik geen zicht op en dit is ook niet bekend voor mijn interventie

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

Sectie 2 vraag 13 t/m 19 (ALLEEN INDIEN VAN TOEPASSING)

vr13: Is bij u bekend wat bevorderende factoren zijn voor organisaties bij de uitvoering van de interventie in de praktijk? (wat draagt er bij aan een optimale uitvoering?). Zo ja kunt u dan de drie belangrijkste vermelden.

nee dat is bij mij niet bekend

ja dat zijn de volgende bevorderende factoren:: \_\_\_\_\_

vr14: Verschillen deze bevorderende factoren bij het uitvoeren van de interventie in een ambulante context (bij thuiswonende cliënten) met het uitvoeren van de interventie in een intramurale context (bij cliënten die verblijven in een intramurale zorginstelling)?

dit is niet van toepassing voor mijn interventie

dat weet ik niet

nee deze factoren zijn (globaal) gelijk

ja er zit verschil in deze factoren, namelijk:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

vr15: Is bij u bekend wat belemmerende factoren zijn binnen organisaties bij de uitvoering van de interventie in de praktijk? (wat bemoeilijkt een optimale uitvoering van de interventie in de praktijk?) Zo ja kunt u dan de drie belangrijkste vermelden.

nee dat is bij mij niet bekend

ja dat zijn de volgende belemmerende factoren:: \_\_\_\_\_

vr16: Verschillen deze belemmerende factoren bij het uitvoeren van de interventie in een ambulante context (bij thuiswonende cliënten) met het uitvoeren van de interventie in een intramurale context (bij cliënten die verblijven in een intramurale zorginstelling)?

dit is niet van toepassing voor mijn interventie / dat weet ik niet

nee deze factoren zijn (globaal) gelijk

ja er zit verschil in deze factoren, namelijk:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

Vragen rondom belemmerende en bevorderende factoren bij de borging en langdurige continuïteit

vr17: Heeft u goed zicht op factoren die de langdurige continuering (of borging) van uw interventie beïnvloeden in de praktijk? NB het gaat ook hier om de periode NA de erkenning

dit is niet van toepassing voor mijn interventie, want:: \_\_\_\_\_

ja, ik heb hier goed of voldoende zicht op

nee, hier heb ik geen zicht op

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

vr18: Is bij u bekend wat bevorderende factoren zijn binnen organisaties bij het langdurig continueren van de interventie? Zo ja kunt u dan de drie belangrijkste vermelden.

nee dat is bij mij niet bekend

ja dat zijn de volgende bevorderende factoren:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

vr19: Is bij u bekend wat belemmerende factoren zijn binnen de organisaties bij het langdurig continueren ervan? Zo ja kunt u dan de drie belangrijkste vermelden.

nee dat is bij mij niet bekend

ja dat zijn de volgende belemmerende factoren:: \_\_\_\_\_

anders, namelijk:: \_\_\_\_\_

## Bijlage C – Topics interviews met contactpersonen van de ‘best implementatie practices’

(1)

Wie welke wegen heeft de interventie zijn weg gevonden naar de zorgorganisaties?

[De vraag open stellen - bij elke weg doorvragen naar de onderbouwing van het antwoord]

Mogelijke wegen:

publicaties, presentaties, inzet sociale media

zorgorganisaties (kartrekkers) waren enthousiast : hieruit volgde verdere promotie

via de kennispleinen (Vilans) werd de interventie bekend gemaakt en verspreid

via bekendheid van de Databank erkende Interventies (Vilans)

(principes van) de interventie zijn overgenomen door andere aanbieders // zorgorganisaties

de interventie of de principes ervan komen terug in landelijke kwaliteitsstandaarden (incl. richtlijnen, zorgstandaarden)

de interventie (of delen daarvan) is ingekocht door zorgverzekeraars

Via onze eigen website/ website van de interventie

via het netwerk....

anders nl...

(2)

Wat is naar uw mening het meest doorslaggevend in het bereiken van een grote verspreiding van de uitvoering van de interventie onder de zorgorganisaties? (top 3 van de ‘werkzame elementen’ hierbij)

(3)

Indien niet aan de orde gekomen in vraag 1 en 2 specifiek doorvragen naar de rol van de zorgverzekeraars of andere partijen in het wegnemen van financiële barrières (indien van toepassing).

En specifiek doorvragen naar de rol van de landelijke kwaliteitsstandaarden

*Analyse:*

*Uitgaan van de top 3: indien dan meer werd genoemd werd dit meegenomen*

*Aanvullend apart geanalyseerd: de mening over de financiering en de rol van de kwaliteitsstandaarden*

## Bijlage D – Topics interviews met zorgprofessionals rond de borging van twee interventies

### Algemene vragen

Wanneer is de organisatie begonnen met het programma?

Wat waren de redenen om te beginnen met het programma?

Op welke schaal werd het programma uitgevoerd? (aantal locaties, afdelingen, trainingen)

Op welke schaal wordt het nu uitgevoerd?

Wordt het programma inclusief “dierbare herinneringen” uitgevoerd? [nb indien van toepassing]

### Vragen rond factoren die de uitvoering en continuering van het programma beïnvloeden

Onderstaande factoren langsgaan en doorvragen op de onderbouwing van het antwoord

- Cliënten – reacties en ervaringen
- Zorgprofessionals – reactie en ervaringen
- Organisatorische inbedding – facilitering randvoorwaarden management en/of ondersteunende beleidsveranderingen doorgevoerd? (denk aan trainingsaanbod of intervisie, financiële vergoedingen, ..) – is er een duidelijke kartrekker in de organisatie?
- Contextuele factoren (evt. vergoeding door zorgverzekeraars?)

### Vraag rond langdurige continuering en borging van het programma

Bestaat de intentie om het programma voor langere tijd te continueren?

Indien ja : Op welke manier werd of wordt zorggedragen voor de borging in het reguliere werkproces?

Wat werkt daarin bevorderend en wat belemmerend?

### Vragen rond andere erkende effectieve interventies

Spelen bij andere erkende interventies dezelfde bevorderende en belemmerende factoren bij de uitvoering? En bij de continuering en borging?

[NB indien de organisatie geen andere erkende interventies uitvoerde werd gevraagd om hier een inschatting van te geven]

## Bijlage E – Topics interviews met kwaliteitsadviseurs van zorgorganisaties

### E1: kwaliteitsadviseurs van zorgorganisaties in de ouderenzorg

Naam organisatie:

Vooraf voorbereiden: grootte organisatie =

Naam contactpersoon:

Functie:

Hoe lang zicht op kwaliteits(beleid) in de organisatie?

Datum gesprek:

#### Thema's

Hebben de volgende thema's specifiek de aandacht ten aanzien van het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening? (dus meer dan de gebruikelijke aandacht i.k.v. professionele zorgverlening)

En op welke wijze werkt de organisatie aan de verbetering van de kwaliteit van zorg rond dit thema.

Verminderen van valrisico bij ouderen

Ouderen ondersteunen bij zingevingproblematiek

Verminderen van depressieve klachten bij ouderen

Ondersteuning van cliënten in een vroege fase van dementie en hun mantelzorgers

Verminderen van probleemgedrag bij cliënten met gevorderde dementie

#### Bekendheid met Databank en interventies

Bent u bekend met de Databank erkende Interventies voor de langdurige zorg (ouderenzorg en gehandicaptenzorg)? <https://www.databankinterventies.nl/>

ja

nee

Toelichting (mogelijk wel bij iemand anders in de organisatie?)

Heeft uw organisatie wel eens overwogen om de volgende effectieve interventies (programma's) uit te gaan voeren of werd dit programma reeds uitgevoerd?

Vallen verleden tijd

Doen bij depressie

Mijn leven in kaart

Dierbare herinneringen

Partner in balans (eHealth)

Ontmoetingscentra (buurtcentra)

Grip op probleemgedrag

#### Factoren die kansrijkheid beïnvloeden m.b.t. het 'binnenkomen' bij een organisatie

Indien overwogen/bekend mee en niet uitgevoerd: wat waren overwegingen om het programma niet uit te gaan voeren. Indien niet overwogen: wat waren de redenen daarvoor? (NB: anders dan onbekendheid ermee) – dit is een vraag naar de houding in het algemeen m.b.t. 'externe' programma's die buiten de eigen organisatie zijn ontwikkeld.

Ik benader de organisatie met een interventie: wat bepaalt dan of het kansrijk- of kansloos is?

## **E2: kwaliteitsadviseurs van zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg**

Het interview was hetzelfde opgebouwd als bij de kwaliteitsadviseurs in de ouderenzorg (E1). Uiteraard werden wel andere thema's uitgevraagd en andere interventies. Deze staan hieronder weergegeven.

Eerst de doelgroep benoemen, en vragen of de organisatie zorg verleent aan deze doelgroep, en daarna of de thema's prioriteit hebben.

0 Kinderen (of volwassenen) met (ernstige) meervoudige beperking (cognitieve ontwikkelingsleeftijd tot 7 jr of onvermogen om te praten)

Thema's:

- Verbeteren communicatie
- Bevorderen dat ondersteuning beter afgestemd wordt op wensen en behoeften
- Verbeteren hechting
- Verminderen probleemgedrag

0 Volwassenen met verstandelijke beperking

Thema:

- Afname depressieve klachten en meer tevredenheid

...

Heeft uw organisatie wel eens overwogen om de volgende effectieve interventies (programma's) uit te gaan voeren of werd dit programma reeds uitgevoerd?

0 Begeleiders in beeld (groepstraining vanuit opleidingscentrum Cello (EQ-i trainer)) (doel=verbeteren interactie)

0 Zintuigenverhalen (doel= verbeteren communicatie)

0 Programma perspectief (voorheen: opvoedings- en ondersteuningsprogramma / methode Vlaskamp)

0 Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG)

0 COCP (communicatieve ontwikkeling van niet of nauwelijks sprekende kinderen of volwassenen en hun communicatiepartners)

0 Wie ben ik? Nu wellicht bekend onder Mijn levensverhaal (volwassenen met verstandelijke beperkingen)

## Bijlage F – Beschrijving beoordelingssystematieken op hoofdlijnen

Deze bijlage geeft een vergelijking op hoofdlijnen van de beoordelingssystematiek van Zorginstituut Nederland (ZIN) als onderdeel van het pakketbeheer en de kwaliteitsbeoordeling van interventies binnen het Erkenningstraject van de langdurige zorg<sup>12</sup> (hierna ‘Erkenningstraject’ genoemd).

De beoordelingssystematiek van ZIN gebeurt volgens de norm “stand van de wetenschap en praktijk” van Zorginstituut Nederland (ZIN, 2015), met als onderdeel daarvan het beoordelingskader voor passend onderzoek voor de langdurige zorg (ZIN, 2016).

Voor de beoordelingssystematiek van het Erkenningstraject staan de criteria en het toetsingskader gepubliceerd op de website [www.databankinterventies.nl](http://www.databankinterventies.nl) (Vilans, 2022).

Bij de toetsing of zorg onder de basisverzekering valt (het pakketbeheer) hanteert ZIN vier criteria, namelijk effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Deze beschrijving op hoofdlijnen van de twee beoordelingssystematieken is toegespitst op het criterium “effectiviteit”.

### **Beschrijving op hoofdlijnen beoordelingssystematiek Zorginstituut Nederland**

Het beoordelingstraject rond het criterium “effectiviteit” vindt plaats volgens een aantal stappen, die hieronder worden toegelicht.

#### *Stap 1: zoeken en selecteren van informatie*

Middels een zogenaamde PICO wordt door ZIN eerst vastgesteld wat de relevante patiëntpopulatie is (P), welke interventie wordt beoordeeld (I), wat de controleconditie is (C), en welke uitkomstmaat relevant is (O). Tevens is aandacht voor de minimaal vereiste periode (t) en de setting (s) waarbinnen de interventie is bestudeerd. Hiermee wordt het domein waarvoor de uitspraak geldt afgebakend en is het uitgangspunt helder voor het vaststellen van de wenselijke en haalbare onderzoekskarakteristieken. Ter illustratie: idealiter zou de effectiviteit vastgesteld moeten worden met het meest sterk geachte onderzoeksdesign, een randomised controlled trial (RCT) over langere periode in optimaal gecontroleerde omstandigheden. Maar deze vereiste wordt voor de interventies in de langdurige zorg niet (altijd) opportuun geacht. Tabel 1 bevat de vragen en afwegingspunten aan de hand waarvan de haalbaar en wenselijk geachte onderzoekskarakteristieken worden vastgesteld.

---

<sup>12</sup> Voor de langdurige zorg (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) wordt het secretariaat van de commissies verzorgd door Vilans. De beoordelingscriteria voor de interventies in de zorg, jeugdhulp, preventie, sociaal domein en sport zijn gelijk vanwege afspraken tussen de betrokken kennisinstellingen MOVISIE, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Nederlands Jeugdinstituut (NJI), kenniscentrum Sport en Bewegen, RIVM, Trimbos instituut en Vilans.

Tabel 1. Overzicht van de vragen en afwegingspunten waarmee de passendheid (wenselijkheid en haalbaarheid) van de onderzoekskarakteristieken <sup>1 2</sup> wordt beoordeeld <sup>3</sup>	
Wenselijkheid	Haalbaarheid
Verminderen klachten bij natuurlijk beloop?	Uitkomsten verre toekomst, geen predictieve intermediaire uitkomsten
Zijn er bekende cliënt/aandoeningskenmerken met invloed op prognose?	Sterke voorkeur cliënt voor interventie- of controleconditie?
Werkingsmechanisme is helder?	Sterke voorkeur zorgverleners voor interventie of controle?
Is het een vrijwel alles of niets effect, groot effect?	Zeer kleine doelgroep
Wordt uitkomst beïnvloed door voorkennis?	Sprake van wilsonbekwaamheid
-kan response shift optreden?	Is de interventie de laatste mogelijkheid bij zeer slechte kwaliteit van leven
Is er voorkeur waardoor naleving protocol beïnvloed wordt?	Mate van urgentie werkt bemoeilijkend
Is er een sterk gevarieerde populatie?	Multifactoriële karakter werkt bemoeilijkend
-evt. aanvullende karakteristieken	Blinding niet mogelijk door niet te verhullen interventie
	Is de uitkomst alleen door cliënt te beoordelen?
	Bemoeilijkt de setting het uit elkaar houden van de interventie en controle?
	-evt aanvullende redenen

<sup>1</sup> Het betreft hier de onderzoekskarakteristieken (kenmerken van de opzet en het design van het onderzoek) ter onderbouwing van de effectiviteit van de interventie; <sup>2</sup> Bron: Zorginstituut Nederland (2016);

In het proces zijn het vaststellen van de wenselijkheid en de haalbaarheid van de onderzoekskarakteristieken (zoals samengevat in tabel 1) twee afzonderlijke stappen. Vanuit het streven om de bijlage zo beknopt mogelijk te houden zijn ze samengevat in een tabel. Na toetsing van de wenselijkheid en de haalbaarheid van de onderzoekskarakteristieken (zie tabel 1) wordt het passend onderzoeksprofiel vastgesteld, oftewel het design en de methodiek van het onderzoek die passend en haalbaar geacht worden. Hiermee wil ZIN rechtdoen aan de complexiteit van het bepalen van de evidentie voor interventies in de langdurige zorg. Globaal wordt door ZIN ook als principe gehanteerd dat het passend onderzoeksprofiel kan verschillen per type zorgverlening. Dit staat weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Globale uitgangspunten voor het passend onderzoeksprofiel naar type interventie of zorgverlening in de langdurige zorg	
Type interventie of zorg	Wenselijk type onderzoek
Geneeskundige/ziektegerelat. interventies	Effectiviteitsonderzoek is wenselijk
Basale zorg (ADL) <sup>1</sup>	Wisselend, bv via cliënttevredenheidsonderzoek
Intermenselijk contact (bejegening)	Effectiviteitsonderzoek niet opportuun geacht

<sup>1</sup> ADL = ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, bv hulp bij het aankleden.

Daarna wordt door ZIN systematisch gezocht in bibliografische databases naar relevante 'peer-reviewed' onderzoeken. In de tweede stap worden deze beoordeeld en wordt de kwaliteit van het bewijs gegradeerd.

#### *Stap 2 beoordelen en graderen van de kwaliteit van bewijs*

Op basis van het systematisch literatuuronderzoek wordt het "evidence profiel" vastgesteld: welke karakteristieken kenmerken de uitgevoerde onderzoeken? Door dit te leggen naast het 'passend onderzoeksprofiel' wordt duidelijk of de beschikbare evidentie (bewijs) overeenkomt met het wenselijke en haalbaar geachte profiel.

Vervolgens wordt de beschikbare evidentie beoordeelt. Sinds 2015 is de beoordelingssystematiek gebaseerd op de GRADE methode wat staat voor Grading of Recommendations, Assessment,



Development and Evaluation (Guyatt, 2008). Per uitkomstmaat wordt de mate van evidentie in kaart gebracht en de kwaliteit daarvan bepaald. De vaste stappen in dit proces zijn het zoeken en selecteren van informatie, het beoordelen van de gevonden informatie en het trekken van de conclusie over het beschikbare bewijs voor de effectiviteit. Het kan voorkomen dat het effectiviteit-oordeel alleen gebaseerd wordt op de onderzoeken met een evidence profiel van een hoge(re) passendheid. De onderzoekskenmerken ten aanzien van de kwaliteit van het onderzoeksdesign van wetenschappelijk effectiviteitsonderzoek die ZIN van belang acht zijn:

- Randomiseren
- Aanwezigheid van controlegroep
- Blinderen (van zorgverlener, cliënt/proxy en effectbeoordeelaar)

Zoals in stap 1 echter aangegeven, kan het voorkomen dat deze onderzoekskenmerken niet (allemaal) wenselijk en haalbaar worden geacht. In dat geval maken deze onderzoekskenmerken dan geen onderdeel uit van het “passend onderzoeksprofiel” zoals vastgesteld in stap 1.

### *Stap 3: Vaststellen eindbeoordeling/conclusie*

Daarna volgt de eindconclusie rond de toelating tot het pakket. Dat komt er op neer dat door ZIN beoordeeld wordt of de interventie een gewenste en relevante (meer)waarde oplevert die groot genoeg is (waaronder het oordeel rond de ‘effectiviteit’ zoals vastgesteld in stap 2; het is een eis dat de interventie doet wat deze beoogt). Argumenten die hierbij worden betrokken komen onder meer voort uit de balans tussen de voor- en nadelen van de interventie, de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs, de passend onderzoeksvragenlijst, en beargumenteerde opvattingen van beroepsgroepen en cliënten/proxys, ook rond de andere criteria dan de (kosten)effectiviteit, namelijk de noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid van de interventie. Het eindoordeel is dus het resultaat van de technische beoordeling over effectiviteit *plus* de weging in het kader van ‘evidence to decision’ besluitvorming.

### **Beschrijving op hoofdlijnen beoordelingssystematiek in het Erkenningstraject**

Na aanmelding voor het Erkenningstraject voor de langdurige zorg door de contactpersoon van de interventie (vaak de ontwikkelaar of de licentiehouders) wordt door twee medewerkers van Vilans aan de hand van een screeningslijst en inclusiecriteria bepaald of de interventie voldoende ontwikkeld is om in potentie in aanmerking te komen voor erkenning ([www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/over-ons/procedure-erkenningstraject-interventies-langdurende-zorg.pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/over-ons/procedure-erkenningstraject-interventies-langdurende-zorg.pdf)).

Bij een positief advies beschrijft de contactpersoon van de interventie de interventie volgens het vaste format van het Erkenningstraject. Hierbij wordt in verschillende rondes feedback gegeven door adviseurs van Vilans. Op deze wijze wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering van de interventie(beschrijving). Als de interventiebeschrijving klaar is wordt er een beoordeling aangevraagd bij de erkenningscommissie. Er is een aparte deelcommissie voor de ouderenzorg en voor de gehandicaptenzorg. De commissie is onafhankelijk en bestaat uit 5-7 leden, voornamelijk wetenschappers en ervaren mensen uit de praktijk.

Volgens de criteria in het Erkenningstraject moet er allereerst een goede beschrijving zijn van de benodigde materialen, de randvoorwaarden en de doelen van de interventie. Ook moet een procesevaluatie zijn uitgevoerd naar de succes- en faalfactoren bij de uitvoering en bijvoorbeeld de waardering door de doelgroepen. Tot slot moet er een implementatieplan zijn en een handleiding of protocol voor de overdracht. Alle erkende interventies moeten voldoen aan de criteria voor uitvoerbaarheid. De commissie kan in haar oordeel sterke en minder sterke kanten van de uitvoerbaarheid benoemen.

Als aan deze basisvoorwaarden wordt voldaan zijn er vier niveaus waarop de commissie een interventie kan erkennen. Dit zijn “goed onderbouwd” of ‘effectief’ met onderscheid naar drie niveaus van bewijskracht, namelijk “eerste”, “goede” en “sterke” aanwijzingen voor effectiviteit. De tabellen 3a en 3 b beschrijven beknopt wat de vereisten zijn voor erkenning op de verschillende niveaus.

Tabel 3a – Samenvatting van de criteria en vereisten voor erkenning van de interventie voor het niveau ‘goed onderbouwd’ in het Erkenningstraject <sup>1 2</sup>
<b>Criteria en vereisten voor het niveau ‘goed onderbouwd’</b>
Doelgroep beschreven (eventueel ook de exclusiecriteria of contra indicaties)
Betrokkenheid doelgroep bij de ontwikkeling van de interventie
SMART doelen
Opzet interventie beschreven (de vorm van de activiteiten en de locatie voor de uitvoering)
Inhoud en werkwijze interventie (inclusief de wervingsmethode)
De interventie is theoretisch onderbouwd:
-Probleem of thema goed beschreven
-Analyse van ontstaan en factoren
-Doelverantwoording (factoren koppelen aan (sub)doelen van de interventie)
-Aansluiting doelen, doelgroep, werkwijze
-Bronvermelding theorie
-Succes- en faalfactoren benoemd

<sup>1</sup> Vilans, 2022. /samenvatting-criteria-erkenning-van-interventies%20(1).pdf [geraadpleegd op 21-6-2022 van <https://www.databankinterventies.nl/over-databank-interventies/hoe-werkt-het/>]; <sup>2</sup> In alle gevallen geldt dat een interventie sowieso moet voldoen aan de criteria van de ‘lagere niveaus’ en aan de criteria voor uitvoerbaarheid.

Tabel 3b – Samenvatting van de criteria en vereisten voor erkenning van de interventie voor de drie niveaus van effectiviteit in de beoordeling in het Erkenningstraject <sup>1</sup>	
Criteria	Nadere uitleg over criteria
<b>Algemene criteria Effectief</b>	
Uitkomsten zijn het meest relevant (in lijn met de doelen en doelgroep van de interventie)	
Veranderingen sluiten aan op doel en doelgroep	Adequate statistische technieken+instrumenten
Kwantitatief: grootte effecten aangegeven	Ook eventuele negatieve effecten genoemd Geaccepteerde uitkomstmaat (bv odds ratio)
Replicatie is mogelijk	
Voldoende studies waaruit blijkt dat veranderingen optreden conform doel	
<b>- Effectief 'eerste aanwijzingen'</b>	
Ten minste lichte bewijskracht	Gemeten effect bij doel(groep) Betrouwbaar en valide instrumenten Voor- en nameting (bij ervaren effectiviteit volstaat een nameting)
≥2 Nederlandse studies	Of 1 Nederlandse + 1 internationale studie
Of 1 Nederlandse studie met redelijk/vrij sterke bewijskracht	
<b>- Effectief 'goede aanwijzingen'</b>	
Ten minste redelijke bewijskracht	Controleconditie of andere opzet die de relatie tussen interventie en effect voldoende aantoont Eisen aan design + van 'goede' kwaliteit Onderzoek hoeft niet in praktijksituatie uitgevoerd te zijn
Aantal studies: conform het niveau 'eerste aanwijzingen'	
<b>- Effectief 'sterke aanwijzingen'</b>	
Ten minste sterke causale bewijskracht	Interventie is in praktijk uitgevoerd Follow up na ten minste 6 maanden Experimentele opzet (controleconditie/ randomisatie) of andere opzet die de causale relatie tussen interventie en effect voldoende aantoont
Aantal studies: minstens 2 studies	

<sup>1</sup> Vilans, 2022. /samenvatting-criteria-erkenning-van-interventies%20(1).pdf [geraadpleegd op 21-6-2022 van <https://www.databankinterventies.nl/over-databank-interventies/hoe-werkt-het/>]

<sup>2</sup> in alle gevallen geldt dat een interventie sowieso moet voldoen aan de criteria van de 'lagere niveaus' en uitvoerbaarheid, dus ook aan alle criteria voor het niveau 'goed onderbouwd' uit tabel 3a;

Als de interventie wordt erkend, dan wordt deze opgenomen in de Databank interventies langdurige zorg ([www.databankinterventies.nl](http://www.databankinterventies.nl)). Na vijf jaar wordt de interventie door de erkenningscommissie opnieuw beoordeeld op de actualiteit en moet de contactpersoon daartoe informatie aanleveren in een vast format. Zo wordt bij de herbeoordeling o.a. gekeken of de interventie nog wordt uitgevoerd en er nog steeds een contactpersoon is die de interventie ondersteunt als nieuwe organisaties ermee willen beginnen.

## Bijlage G - Overzicht erkende effectieve interventies

In totaal zijn 27 interventies opgenomen in de Databank die ten minste zijn beoordeeld als 'effectief volgens eerste aanwijzingen' (peildatum 10 december 2021). Deze staan hieronder samengevat.

Het niveau van effectiviteitsbeoordeling is als volgt weergegeven:

\*effectief volgens eerste aanwijzingen

\*\* effectief volgens goede aanwijzingen

\*\*\* effectief volgens sterke aanwijzingen

Intramurale ouderenzorg – psychogeriatrische (PG) zorg of cliënten met Syndroom van Korsakov	
Interventies gericht op afname van probleemgedrag bij cliënten met gevorderde dementie	
<b>Sta op! ** 2019</b>	
Doelgroep:	Cliënten met dementie (gevorderd stadium)
Doel:	Verminderen onbegrepen gedrag en pijn
Setting:	PG afdeling verpleeghuis
Uitvoering:	Multidisciplinair team (verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen, activiteitenbegeleiders, specialist ouderengeneeskunde), zorgprofessionals
<b>GRIP op probleemgedrag * 2017</b>	
Doelgroep:	Cliënten met dementie (gevorderd stadium)
Doel:	Afname probleemgedrag
Setting:	PG afdeling verpleeghuis
Uitvoering:	Multidisciplinair team (zorgmedewerkers, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde)
<b>Exbelt *** 2015</b>	
Doelgroep:	Cliënten met dementie bij wie fixatie dreigt
Doel:	Afname fixatie maatregelen
Setting:	PG afdeling verpleeghuis
Uitvoering:	Zorgverleners (gespecialiseerde verpleegkundigen van de MeanderGroep zijn consultant voor specifieke casuïstiek)
Interventie gericht op afname van probleemgedrag bij cliënten met Syndroom van Korsakov	
<b>Foutloos leren bij Korsakov * 2020</b>	
Doelgroep:	Cliënten met Syndroom van Korsakov
Doel:	Verbetering kwaliteit van leven, afname gedragsproblemen, meer ervaren autonomie
Setting:	Verpleeghuis
	Verwachting: ook geschikt voor doelgroep die verblijft in verpleeghuis met niet-gespecialiseerde afdeling, beschermd wonen, GGZ of thuiszorg
Uitvoering:	Zorgverleners

**Interventies gericht op verminderen valrisico bij ouderen**

**TOM (thuis onbezorgd mobiel) \* 2021**

Doelgroep: 65+ met verhoogd valrisico  
 Doel: Verminderen valrisico  
 Setting: In groepsverband op locaties met ruimte voor 12 deelnemers  
 Uitvoering: Lokaal team (coördinator), fysiotherapeut, TOM-maatje, diëtiste

**Vallen verleden tijd \*\*\* 2017**

Doelgroep: Ouderen verhoogd valrisico door mobiliteitsproblemen, valhistorie of valangst  
 Doel: Afname valincidenten en blessures  
 Setting: Groepstraining (max. 10 deelnemers). Hindernisbaan, spelvormen en valtraining  
 Uitvoering: Opgeleide fysiotherapeuten in eerstelijns praktijk of zorginstelling

**Zicht op evenwicht \*\*\* 2016**

Doelgroep: 65+ met angst om te vallen  
 Doel: Verminderen angst vallen, verbeteren ADL o.a.  
 Setting: Groepsverband of individueel (thuisvariant). Locatie bij voorkeur een buurthuis, gezondheidscentrum of zorgcentrum  
 Uitvoering: Getrainde wijkverpleegkundigen, ergo- fysiotherapeuten of andere paramedici

**ProMuscle in de praktijk \*\* 2020**

Doelgroep: 65+ (pre)kwetsbaar of krachtsverlies  
 Doel: Verbetering fysiek functioneren en spierkracht  
 Setting: Preventiecentrum, eerstelijns fysiotherapiepraktijk, fitnesscentrum  
 Uitvoering: Coördinerende partij (bijv. GGD), lokale projectgroep, beweegaanbieders (fysiotherapeut), diëtiste

**Interventies gericht op zingevingsondersteuning**

**Mijn leven in kaart \* 2020**

Doelgroep: 65+ met behoefte aan zingevingsondersteuning  
 Doel: Opmaken balans van het leven en grip krijgen op levensverhaal  
 Setting: Intramurale zorgsetting of thuiswonende ouderen  
 Uitvoering: Zorgaanbieder, welzijnsorganisatie of vrijwilligersorganisatie. Uitvoering door getrainde vrijwilligers of zorgverleners, onder supervisie van een geestelijk verzorger of psycholoog

**Dierbare herinneringen \* 2015**

Doelgroep: Cliënten 65+ met depressieve klachten  
 Doel: Afname van depressieve klachten  
 Setting: Ouderen in verzorgings- of verpleeghuis  
 Uitvoering: Psycholoog (intake), projectleider, geschoolde vrijwilligers

**Op verhaal komen \*\* 2019**

Doelgroep: 40+ met depressieve klachten en zingevingsproblemen  
 Doel: Verminderen depressieve klachten en zingevingsproblemen  
 Setting: Groepsinterventie (face to face), zelfhulpinterventie met email begeleiding of web-based. Bijv. binnen behandelsetting binnen GGZ of binnen de intramurale ouderenzorg  
 Uitvoering: Professionals, hulpverleners

Interventies gericht op verminderen depressieve klachten	
<b>Doen bij depressie ** 2014</b>	
Doelgroep:	Kwetsbare ouderen met chronische en complexe gezondheidsproblemen. groepen ouderen met en zonder cognitieve/ communicatieve beperking
Doel:	Verbeteren depressiezorg in verpleeghuis, voorkomen depressie verminderen
Setting:	Verpleeghuis
Uitvoering:	Verzorging/verpleging en psycholoog. Daarnaast ook arts en activiteitenbegeleiding
<b>In de put, uit de put 55+ ** 2016</b>	
Doelgroep:	Ouderen 55+
Doel:	afname depressieve klachten
Setting:	Groepsverband of zelfstandig
Interventies voor cliënten met dementie in vroegere fase en/of de mantelzorgers	
<b>Foutloos leren bij dementie * 2017</b>	
Doelgroep:	Cliënten met dementie in diverse stadia
Doel:	Zelfstandiger uitvoeren van taken
Setting:	Thuiszorg, verpleeghuis, dagbehandeling
Uitvoering:	Trainer (dit kan zijn : psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, activiteitenbegeleiding of verpleging/verzorging)
<b>Partner in balans ** 2020</b>	
Doelgroep:	Mantelzorgers en naasten van cliënten met dementie (vroeg stadium)
Doel:	Tegengaan overbelasting
Setting:	eHealth
Uitvoering:	Coach (casemanager, psycholoog of andere zorgprofessional)
<b>Ontmoetingscentra *** 2021 (doorontwikkeld op basis van een erkende interventie uit 2015)</b>	
Doelgroep:	Cliënten dementie (lichte tot matige vorm/indicatie CIZ nodig) en mantelzorgers
Doel:	Kwaliteit van leven verbeteren rond diverse aspecten
Setting:	Buurtcentra in de wijk
Uitvoering:	Programmacoördinator, activiteitenbegeleider en/of verzorgende. Ten minste twee professionele krachten met daarnaast inzet van vrijwilligers

**Interventie voor de begeleiders**

**Begeleiders in beeld \* 2015**

Doelgroep: Begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen  
 Doel: Verbeteren interactie na 4 maanden  
 Setting: Groepstraining (maximaal 12 deelnemers uit dezelfde of verschillende teams) in een vergader- of lesruimte van de zorgorganisatie  
 Uitvoering: Gecertificeerde trainer vanuit opleidingscentrum Cello (EQ-i trainer)

**Interventies voor kinderen met ernstige meervoudige beperking**

**Zintuigenverhalen \* 2020**

Doelgroep: 0-12 jaar met CMB (communicatieve meervoudige beperking), met cognitieve ontwikkelingsleeftijd tot 7 jaar  
 Doel: Verbeteren communicatie  
 Setting: Ontwikkeld binnen residentiële zorg, ook toegepast in ambulante zorg  
 Uitvoering: Toetsing door logopedist, orthopedagoog, intern begeleider, psycholoog of communicatiedeskundige. Uitvoering door communicatiepartner die bekende is en voldoet aan opleidings- en competentie-eisen.

**Communicatie assessment en interventie systeem (CAIS) \* 2019**

Doelgroep: Kinderen met expressieve taalleefstijd tot ong 1.5 jaar  
 Doel: Verbeterd duidelijk maken wat je wilt hebben/doen  
 Setting: Instelling voor kinderrevalidatie, scholen speciaal onderwijs, zorgorganisaties voor kinderen met een beperking (sector verstandelijk gehandicapt). Ook ambulantly is mogelijk  
 Uitvoering: CAIS gecertificeerde zorgverleners

**Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG) \* 2013**

Doelgroep: Kinderen tot 18 jaar met meervoudige beperkingen en ernstige gehechtheids- en gedragsproblemen  
 Doel: Hechting verbeteren en verminderen probleemgedrag  
 Setting: Groepswoning of thuissituatie  
 Uitvoering: Vereist is RINO cursus 'Basiscursus Gehechtheidstherapie' en een praktijkcursus, bestemd voor gedragswetenschappers (orthopedagogen, pedagogen, psychologen, gz psychologen, orthopedagoog-generalisten) die werken met kinderen met een ernstige verstandelijke (en visuele beperking) met persistente gedragsproblemen

**Interventies voor kinderen of volwassenen met ernstige meervoudige beperking**

**Opvoedings- /ondersteuningsprogramma \*\* 2015**

Doelgroep: Kinderen en volwassenen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVMB; geschat IQ<25 punten en zeer ernstige motorische beperkingen)  
 Doel: Ondersteuning beter afstemmen op wensen en behoeften  
 Setting: Kleine – of grootschalige woonvormen. Kinderen wonen ook steeds frequenter thuis en bezoeken overdag een school- of kinderdagcentrum  
 Uitvoering: Zorgprofessionals van verschillende disciplines in samenwerking met de ouders

<b>COCP – mensen beperking ** 2016</b>	
Doelgroep:	Kinderen en volwassenen die niet kunnen praten door ernstige motorische en/of verstandelijke beperkingen en belangrijke mensen in hun omgeving
Doel:	Verbeteren communicatieve interactie
Setting:	Instelling voor kinderrevalidatie, scholen speciaal onderwijs, zorgorganisaties voor kinderen of volwassenen met een beperking (sector verstandelijk gehandicapten). Thuiswonend kan ook
Uitvoering:	Interventie team en communicatiepartners
<b>Interventie voor volwassenen met verstandelijke beperking</b>	
<b>Wie ben ik? * 2017</b>	
Doelgroep:	Volwassenen met verstandelijke beperking (VB)
Doel:	Afname depressie, toename levenstevredenheid en controle
Setting:	Groepsverband (maximaal 8 deelnemers) of individueel binnen ambulante-, poliklinische-, deeltijd- of klinische behandelsetting binnen de GGZ en in leefstijlpraktijken binnen de verstandelijk gehandicaptensector. Ook mogelijk is verslavingszorg, revalidatiezorg, forensisch psychiatrische zorg
Uitvoering:	Twee uitvoerders waarvan één GZ-psycholoog of klinisch psycholoog
<b>Interventie voor volwassenen met halfzijdige gezichtsvelduitval</b>	
<b>Inzicht hemianopsie compensatoire scanning training * 2020</b>	
Doelgroep:	Volwassen patiënten met halfzijdige gezichtsvelduitval (bv door CVA)
Doel:	Verbeteren mobiliteit
Setting:	Koninklijke Visio of Bartiméus op verwijzing door arts
Uitvoering:	Ergotherapeut
<b>Interventies voor kinderen met (lichte) verstandelijke beperkingen en bijkomende problematiek</b>	
<b>Discrete trial teaching (DTT): driestroom model ** 2015</b>	
Doelgroep:	Kinderen van 0-8 jaar met autisme en verstandelijke beperking (VB)
Doel:	Verbeteren functioneren en afname gedragsproblemen
Setting:	Kindercentrum, school, thuis
Uitvoering:	Behandelcoördinator, behandelteam
<b>De groeifabriek * 2020</b>	
Doelgroep:	12-23 jaar LVB in jeugdzorg of speciaal onderwijs
Doel:	Geloof eigen kracht en weerbaarheid en doorzettingsvermogen vergroten
Setting:	eHealth (online sessies en een boostersessie)
Uitvoering:	Vanuit residentiële zorginstelling, speciaal onderwijs of ambulante. (zorg)professionals worden opgeleid als Groeifabriek trainer
<b>Alleen jij bepaalt wie je bent * 2020</b>	
Doelgroep:	Jongeren 12-18 op praktijkschool of basis- of kaderberoepsgerichte leerweg van het VMBO
Doel:	Voorkomen ongewenst of delinquent gedrag
Setting:	Sportvereniging in buurt van de school
Uitvoering:	Specifiek geselecteerde en opgeleide trainers



## Bijlage H - Beschrijving van 'in de put, uit de put 55+' en 'Exbelt'

### **In de put uit de put 55+**

De cursus werd aangeboden in de GGZ instellingen ter preventie of behandeling van depressieve klachten. Er is uitvoerig bewijs voor de effectiviteit ervan, met wel 40-50 onderzoeken in buiten- en binnenland die de aanpak ondersteunen. De principes zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De cursus werd ongeveer 25 jaar geleden ontwikkeld. Destijds was ook een manual beschikbaar ter ondersteuning van de verdere implementatie. Momenteel wordt het programma niet meer aangeboden in de oude vorm. Er zijn internet modules ontwikkeld ("kleur je leven") die onbegeleid worden aangeboden. Het programma "in de put, uit de put", en de principes ervan, wordt op zeer grote schaal toegepast in de GGZ. Werkzame elementen achter dit succes waren de onderbouwde effectiviteit ervan die zich ook bewees in de praktijk. Verder paste het thema preventie van depressie in de tijdgeest (jaren '90, '00), paste het in de visie van de zorginstellingen en sloot de werkwijze aan bij de (preventie)afdelingen van de GGZ instellingen. Tot slot werd implementatie bevorderd door de lange historie en diverse subsidies (ZonMw, Fonds Psychische Gezondheid) en projecten (Trimbos instituut).

### **Exbelt**

Het programma werd toegepast om vrijheidsbeperkende maatregelen te voorkomen, specifiek de fixatie met banden, op PG afdelingen in de verpleeghuizen, bij cliënten met gevorderde dementie. Het bestond uit vier onderdelen, namelijk scholing van zorgmedewerkers, een coach op de afdeling, opstellen van beleid van de instelling (bij nieuwe cliënten uitgangspunt hanteren om niet te fixeren, begeleiding van familie verbeteren) en het inzetten van hulpmiddelen, zoals camera toezicht of extra lage bedden. Het eerste onderzoek vond begin deze eeuw plaats en promotieonderzoek (vanaf 2008) ondersteunde duidelijk de effectiviteit van de aanpak. Er kwam training beschikbaar en het werd door meerdere verpleeghuizen opgepakt. Werkzame elementen achter het succes van de verspreiding waren het scholingsaanbod en de mond-op-mond reclame van zorgprofessionals. Verder speelde een zeer grote rol dat het thema vrijheidsbeperking veel landelijke media aandacht had, er waren een aantal incidenten geweest rond fixatie en de aanpak van de problematiek had urgentie, bijv. ook bij de IGJ. Tot slot werd de implementatie bevorderd via een subsidie van ZonMw. Enkele principes van Exbelt (het kan ook zonder fixatie en 'voorkomen van vallen' is geen argument meer) zijn opgenomen in de nieuwe wet Zorg en Dwang. Op landelijk niveau blijkt de afname van de problematiek uit cijfers van de LPZ: rond 2010 werd bij 18% van deze cliënten nog een zogenaamde Zweedse band toegepast en in 2018 was dat gedaald naar slechts 2%.

## Bijlage I – Overzicht relevante kwaliteitsstandaarden

Deze bijlage geeft een overzicht van de relevante landelijke kwaliteitsstandaarden die aansluiten bij de thema's van de erkende effectieve interventies uit bijlage G.

### **Definitie kwaliteitsstandaard**

De leidraad van de Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA, 2021) geeft aan dat een beschrijving voor goede zorg, bijvoorbeeld via een richtlijn, module, zorgstandaard of organisatiebeschrijving betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces waarin is vastgelegd wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen. Wanneer een beschrijving ook in het Register is opgenomen spreekt men van een kwaliteitsstandaard. In het rapport zullen we aansluiten bij de leidraad van AQUA, versie 2019, door de term kwaliteitsstandaard te gebruiken, waaronder dus richtlijnen en zorgstandaarden vallen.

### **Inventarisatie relevante kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden)**

Aan de hand van de thema's en/of doelgroepen van de erkende effectieve interventies brachten we de relevante kwaliteitsstandaarden in kaart. Allereerst op basis van het rapport van de Groot en Francke (2021). Dit rapport bevat een overzicht van 158 kwaliteitsstandaarden (waaronder richtlijnen, handreikingen, zorgstandaarden) die gepubliceerd werden tussen 2015 en 2020. Aanvullend daarop is gezocht naar recente kwaliteitsstandaarden via zorginzicht.nl, in de richtlijnendatabase van Verenso (<https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase>) en voor de gehandicaptenzorg op de website <https://richtlijnenvg.nl/>. Tot slot ging vraag 5 van de vragenlijst aan de contactpersonen van de erkende effectieve interventies erover of een interventie opgenomen was in landelijke kwaliteitsstandaarden (zie bijlage B) en werd dit onderwerp besproken in het interview met de contactpersonen van de best implementatie practices (zie bijlage C).

### **Overzicht van de kwaliteitsstandaarden**

Hieronder volgt nadere informatie over de relevante kwaliteitsstandaarden en op welke manier een erkende effectieve interventie is opgenomen in de standaard of ermee verbonden is. De kwaliteitsstandaarden zijn opgenomen in het Register, tenzij anders aangegeven.

## **Intramurale ouderenzorg – psychogeriatrische (PG) zorg of cliënten met Syndroom van Korsakov**

### **2018 - Probleemgedrag bij mensen met dementie (niet opgenomen in het Register)**

Eigenaar: Verenso, NIP

Participanten namens Verenso: prof. dr. S.U. Zuidema, dr. M. Smalbrugge (vice voorzitter; SOG en hoofd opleiding specialisme ouderengeneeskunde VUmc)

Voor de Interventie 'Grip op probleemgedrag' geeft de contactpersoon (Martin Smalbrugge) in de vragenlijst aan dat deze is opgenomen in de herziene richtlijn probleemgedrag.

Voor de interventie 'Doen bij depressie' geeft de contactpersoon aan dat de interventie wordt genoemd, maar niet wordt aanbevolen:

Pag. 117: De 'plezierige activiteiten methode' (Nivel, 2004) en het programma 'doen bij depressie' (Gerritsen, 2014) bieden een helpend kader voor het inzetten van activerende strategieën door zorgmedewerkers bij mensen met depressief gedrag in zorginstellingen.

### 2022 - Zorgstandaard Korsakov (aankomend, nog niet opgenomen in het Register)

De contactpersoon voor de interventie “Foutloos leren bij Korsakov” rapporteert dat de interventie opgenomen is in deze zorgstandaard.

## Ouderenzorg – interventies voor zelfstandig wonende ouderen: intra- of extramuraal

### 2017 - Preventie van valincidenten bij ouderen

Eigenaar: NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie).

Status van de richtlijn: de huidige richtlijn betreft een herziening van de CBO-richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen uit 2004.

Voor de interventie ‘Thuis onbezorgd mobiel (TOM)’ geeft de contactpersoon aan dat elementen uit de interventie zijn gebaseerd op de Richtlijn valpreventie bij ouderen

Voor de interventie ‘vallen verleden tijd’ geeft de contactpersoon in het interview aan meegewerkt te hebben aan de totstandkoming van deze richtlijn.

### 2015 - Omgaan met levensvragen in de langdurige zorg voor ouderen richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat goede zorg is voor ouderen bij het omgaan met levensvragen, niet als een apart onderwerp, maar als integraal onderdeel van de zorg. Het is een overkoepelende richtlijn voor dagelijkse en existentiële zingeving, ongeacht welke ziekte of beperking ouderen hebben.

Opgenomen in het Register: 7 december 2015; Herzieningsdatum: 31 mei 2020

Oprachtnemer is Vilans.

Betrokken partijen: Vilans (penvoerder), Actiz, Agora, BrabantZorg, Humanistisch Verbond, LOC, Protestants Christelijke Ouderenbond (PCOB), Reliëf, Respect wonen-zorg-welzijn, Sociaal Netwerk Nederland, Stichting Vecht en IJssel, Trivium MeulenbeltZorg (TMZ), Unie Katholieke Bond van Ouderen (Unie KBO), Universiteit voor Humanistiek (UvH), Zonnehuis

### 2018 – GGZ Zorgstandaard depressieve stoornissen

Het uitgangspunt voor de zorgstandaard vormden de:

Multidisciplinaire richtlijn Depressie en de daarbij horende patiëntenversie (2005), inclusief addenda voor jeugdigen (2009) en ouderen (2008); de NHG standaard Depressie (2012); de Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming (2015); de JGZ-richtlijn Depressie (2016); de niet-geautoriseerde conceptversie van de zorgstandaard voor depressie (2012);

De werkgroep werkte vanaf 1 januari 2015 tot februari 2017 aan de totstandkoming van de zorgstandaard. Herzieningsdatum: maart 2022.

Voor de interventies ‘Dierbare herinneringen’ en ‘Op verhaal komen’ geeft de contactpersoon aan dat elementen uit de interventie terugkomen in deze zorgstandaard.

### 2017 - GGZ Generieke module Ernstige psychische aandoeningen

In de module staat de volgende definitie van een ‘ernstige psychische aandoening’:

- heeft iemand een psychische stoornis die zorg noodzakelijk maakt;
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die langdurig is (ten minste enkele jaren);

en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren. De term ‘ernstig’ heeft dus mede betrekking op de bijkomende beperkingen

op meerdere levensgebieden die mensen ervaren. De groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is heel divers.

De doelgroep van de erkende effectieve interventies die gericht zijn op het verminderen van depressieve klachten kan overlappen met de doelgroep van deze module, maar de erkende effectieve interventies worden er niet in vermeld.

**2020 - Zorgstandaard Dementie: samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers**  
Zorgstandaard Dementie 2020 onder redactie van Vilans. In samenwerking met Movisie, Nivel, Pharos en het Trimbos-instituut.

Voor de interventies 'Ontmoetingscentra' en 'Partner in balans' geven de contactpersonen aan dat de interventie terugkomt in deze zorgstandaard.

Pag. 27: onder psychosociale zorg vallen onder meer welzijnsinterventies, zoals laagdrempelige interventies zoals ontmoetingscentra, Alzheimer telefoon/cafés, theehuizen en (online) cursussen (bijvoorbeeld Partner in Balans).

Pag. 29: voor betekenisvolle activiteiten kan een persoon met dementie bv bij een ontmoetingscentrum, zorgboerderij of Odensehuis terecht.

#### **2015 - Dementie richtlijn (herziening 2019)**

Federatie van Medisch Specialisten, de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en Zorgverzekeraars Nederland. In het kader van modulaire herziening zijn in 2021 een aantal modules van de richtlijn herzien dan wel toegevoegd.

De interventie Partner in Balans wordt wel genoemd (in het onderdeel 3.3.10 Domotica en e-Health), maar niet aanbevolen. De interventie voldoet o.a. niet aan het voor deze richtlijn geldende criterium dat deze in recente systematische reviews van RCT's is opgenomen.

### **Gehandicaptenzorg – interventies voor mensen met een ernstige verstandelijke en meervoudige beperking (EVMB)**

2010 – Richtlijnen voor handelingsgerichte diagnostiek bij mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB) (niet opgenomen in het register)

Namens de expertisegroep EVMB – ASVZ.

Volgens de contactpersoon van Programma Perspectief zijn principes van de interventie hierin verwerkt.

2019 - Richtlijn behandeling van gehechtheidsproblematiek (niet opgenomen in het register)

Voor de interventie 'Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag' verwijst de contactpersoon hiernaar in het interview.

2017 - Richtlijn Spastische cerebrale parese bij kinderen (niet opgenomen in het register)

Voor de interventie 'COCP' verwijst de contactpersoon hiernaar in het interview.

### **Gehandicaptenzorg – interventie voor volwassenen met een verstandelijke beperking**

2019 - Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking (multidisciplinaire richtlijn) (niet opgenomen in het register)

Initiatief nemende beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

Voor de interventie 'Begeleiders in Beeld' geeft de contactpersoon aan dat de interventie terugkomt in deze richtlijn.

### **Gehandicaptenzorg – interventie voor volwassenen met halfzijdige gezichtsvelduitval**

2017 - Richtlijn neuropsychologische revalidatie (niet opgenomen in het register)

Ontwikkeld op initiatief van het Nederlands Instituut van Psychologen (Secties Neuropsychologie en Revalidatie), met ondersteuning van Experts op het gebied van de klinische neuropsychologie.

De interventie InZicht hemianopsie compensatoire Scanning training staat hierin genoemd vanaf pagina 48.

### **Gehandicaptenzorg – interventie voor kinderen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)**

2011 - Richtlijn Effectieve Interventies LVB (niet opgenomen in het register)

Voor de interventie 'Wie ben ik?' geeft de contactpersoon aan dat de interventie terugkomt in deze richtlijn.