

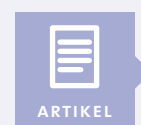
Drie jaar high en intensive care; evaluatie van ervaringen van cliënten en medewerkers en effect op gebruik van dwang en drang

J.J.P.A. BIERBOOMS, C.A.G. LORENZ-ARTZ, E. POLS, I.M.B. BONGERS

- ACHTERGROND** In het kader van de landelijke campagne tegen dwang en drang in de psychiatrie, is bij GGZ Eindhoven in 2012 de eerste moderne high en intensive care (HIC) geopend.
- DOEL** Evalueren van het verloop van de dwang- en drangcijfers, in kaart brengen van cliëntervaringen en inventariseren van de ervaringen van medewerkers na 3 jaar werken volgens het HIC-model.
- METHODE** Analyse van registratiedata, afnemen van korte vragenlijst en interviews.
- RESULTATEN** De cijfers lieten zien dat het aantal dwang- en drangtoepassingen tussen 2012 en 2015 met 42% was afgenomen. Cliënten beoordeelden hun opname veelal positief, met name de behandeling/begeleiding door medewerkers en het kunnen gebruiken van technologie. Ook medewerkers waren positief over het werken volgens het HIC-model.
- CONCLUSIE** De belangrijkste doelen van het werken volgens het HIC-model worden behaald. Er liggen mogelijkheden voor doorontwikkeling op het gebied van samenwerking met ambulante teams, betrekken van naasten en doorontwikkeling van technologie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7, 427-432

TREFWOORDEN evaluatie, high en intensive care, terugdringen dwang en drang



Hoge separatiecijfers in Nederland waren aanleiding tot de landelijke campagne tegen dwang en drang in de psychiatrie en leidden in 2010 tot de 'Veldnormen intensive care in de GGZ' (Borgesius 2010) en in 2013 tot het high- en intensivacare(HIC)-model (Van Mierlo e.a. 2013). De essentie van het HIC-model is gericht op het bieden van herstelondersteunende zorg in combinatie met het medisch model, het herwinnen van eigen regie, het bieden van bescherming en een gastvrije en gezonde omgeving. Hierbij is contact met de cliënt de basis, naast snelle diagnostiek, risicotaxatie en een-op-eenbegeleiding (Van Mierlo e.a. 2013). Een opname op de HIC moet gezien worden als intermezzo in de ambulante behandeling en het leven van de cliënt (<http://hic-psy.nl/hic>).

GGZE heeft in 2012 de eerste moderne HIC geopend waarin de HIC-visie inclusief architectuur en technologie vorm heeft gekregen. Drie jaar na de opening van de HIC bij GGZE is een evaluatie uitgevoerd naar de behaalde resultaten. De volgende vragen werden daartoe geformuleerd:

- Welk effect zien we 3 jaar na de opening als het gaat om het terugdringen van dwang- en drangtoepassingen?
- Wat zijn de ervaringen van opgenomen cliënten op de HIC?
- Welke ervaringen hebben teamleden na drie jaar werken volgens het HIC-model?

METHODE

Om deze vragen te beantwoorden keken wij in een exploratieve casestudy naar zowel kwantitatieve als kwalitatieve resultaten betreffende dwang- en drangtoepassingen, cliëntervaringen en ervaringen van medewerkers:

- De cijfers over de verschillende dwang- en drangtoepassingen op de HIC van 2012-2015 werden gegenereerd uit de Argus-dataset. Dit betrof separatie, afzondering en kamerprogramma's op de IC. We maakten onderscheid tussen het aantal toepassingen en de duur in uren.
- De cliëntervaringen werden in kaart gebracht met een schriftelijke vragenlijst met 9 te beoordelen aspecten (op schaal van 1 tot 5) over het verblijf op de HIC. De vragenlijsten werden afgenomen in de periode van 1 juli tot 1 december 2015. In deze periode werden 98 cliënten opgenomen, van wie er 40 een vragenlijst invulden (40,8%). De data werden verwerkt tot een frequentietabel.
- In juni 2015 werden ervaringen van HIC-medewerkers geïnventariseerd in vijf interviews. Er werd een doelgerichte steekproef getrokken die bestond uit een psychiater, een ervaringsdeskundige en drie verpleegkundig begeleiders van wie één tevens teamcoördinator is. Selectie vond plaats op basis van werkervaring en het werkzaam zijn ten tijde van de overgang naar de nieuwe HIC. Deze medewerkers kunnen nauwkeurig aangeven wat specifiek voor de HIC is, omdat ze voldoende werkervaring hebben, zelf mee ontwikkeld hebben en kunnen vergelijken met de periode waarin er nog geen HIC bestond. Er was geen ervaringsdeskundige die aan de criteria voldeed, dus vroegen we een ervaringsdeskundige met twee jaar werkervaring op de HIC. De interviews werden opgenomen, verbatim getranscribeerd en gecodeerd via open, axiale en selectieve codering (Boeije 2014).

AUTEURS

JOYCE BIERBOOMS, senior wetenschappelijk medewerker onderzoeksgroep Evidence Based Management van Innovatie, GGzE.

KARIN LORENZ-ARTZ, beleidsmedewerker team Innovatie en projectleider In Contact, GGzE.

ESTHER POLS, beleidsmedewerker team Innovatie en projectleider In Contact, GGzE.

INGE BONGERS, onderzoeksprogrammалеider onderzoeksgroep Evidence Based Management van Innovatie, GGzE en hoogleraar, Tranzo, TSB, Tilburg University.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Joyce Bierbooms, Postbus 909, Intern postvak: DP 3918, 5600 AX Eindhoven.

E-mail: Joyce.Bierbooms@GGZE.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

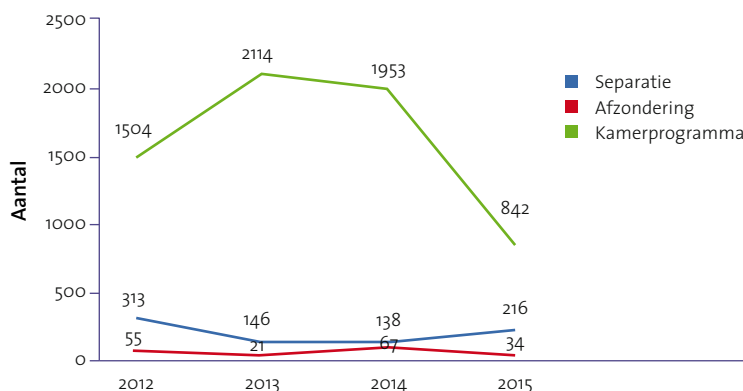
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-3-2017.

RESULTATEN

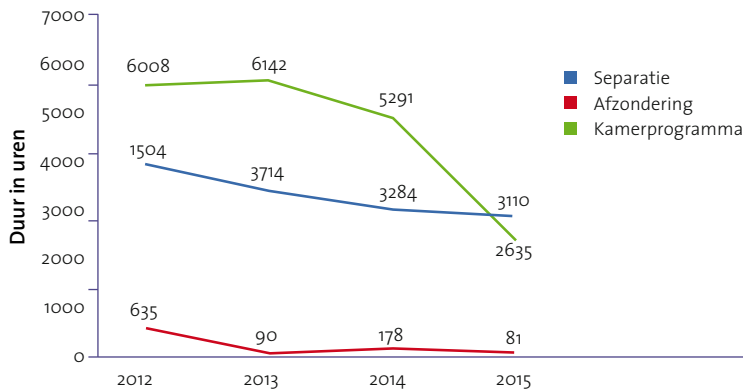
Dwang- en drangtoepassingen 2012-2015

Tussen 2012 en 2015 verminderde de inzet van dwang- en drangtoepassingen in het algemeen (zie **FIGUUR 1** en **2**). Het aantal gestarte dwang- en drangtoepassingen nam af met zo'n 42%, het totaal aantal uren met 47%. Opvallend was de sterke afname van kamerprogramma's ten opzichte van een lichte stijging van separaties tussen 2014 en 2015.

FIGUUR 1 Aantal gestarte dwang- en drangtoepassingen van 2012 tot en met 2015 op de HIC



FIGUUR 2 Duur in uren van het aantal ingezette dwang- en drangtoepassingen van 2012 tot en met 2015 op de HIC



Het aantal toepassingen per opgenomen cliënt nam tussen 2012 en 2015 af van gemiddeld 12,6 keer naar gemiddeld 5,9 toepassingen per opgenomen cliënt (meer dan 50%).

Cliëntervaringen

Het merendeel van de cliënten beoordeelde de opname op de HIC positief (zie **TABEL 1**). Van de respondenten was 11% ontevreden tot zeer ontevreden. De inrichting en het comfort, de begeleiding en de maaltijden kregen hoge scores. Voor de voorlichting vooraf en het dagprogramma lagen de scores lager: bijna een derde scoorde (zwaar) onvoldoende. De betrokkenheid van naasten scoorde net onder 'tevreden'. Hoewel er gemiddeld voor ieder item hoger dan 3 werd gescoord, zijn dit aandachtspunten.

Ervaringen van HIC-medewerkers

Uit de interviews bleek de invulling van het *stepped care*-model typerend voor de zorg op de HIC van GGZ: hoge flexibiliteit in op- en afschalen van zorg door een-op-een-

begeleiding, architectuur en gebruik van technologie. Dit bevorderde eigen regie en vergrootte de ruimte voor de cliënt om zichzelf te herpakken voordat er sprake was van dwang en drang. Het team had het idee dat er veel minder werd gesepareerd.

HELENDE OMGEVING

De *inrichting van het gebouw* droeg volgens de geïnterviewden bij aan het effectief kunnen inzetten van de HIC werkwijze. Op- en afschalen was makkelijker door de verschillende typen ruimtes en door de inrichting van de kamers (bijv. verschillende kleuren op de vloer) ervoer de cliënt meer regie. De hoge muren en open ruimtes gaven een gevoel van ruimte en vrijheid, wat agressie verminderde. Een genoemde keerzijde was dat de ligging van de tuin het risico op ontvluchting en drugs dealen kon vergroten. De hoge hekken zorgden voor een afbreuk aan het gevoel van een helende omgeving.

TABEL 1 Scores cliëntervaringen op de HIC tussen 1 juli en 1 december 2015 (1: zeer ontevreden; 5 zeer tevreden)

Items (n = 40 op alle items)	1	2	3	4	5	Gem.
1. Voorlichting over opname en de behandeling	8%	20%	20%	30%	23%	3,4
2. Inrichting, grootte en comfort van de afdeling	3%	5%	10%	33%	50%	4,2
3. Tevreden over behandelaar(s)	5%	5%	25%	43%	23%	3,7
4. Tevreden over de (verpleegkundige) begeleiding	0%	0%	35%	25%	40%	4,1
5. Tevreden over hoe naasten worden betrokken bij de behandeling	8%	10%	20%	43%	20%	3,6
6. Aanbod van het dagprogramma	8%	20%	25%	35%	13%	3,3
7. Veiligheid tijdens de opname	5%	10%	18%	45%	23%	3,7
8. Maaltijden op de afdeling	5%	13%	13%	33%	38%	3,9
9. Totale ervaring van de opname	8%	3%	25%	45%	20%	3,7

De *open balie* bood volgens de geïnterviewden meer nabijheid aan de cliënt, wat een positief effect had op het verminderen van incidenten. Het risico was echter dat teamleden hierdoor onvoldoende rust namen.

De *communicatiewand* van Philips - een touchscreen met verschillende applicaties die op afstand bediend kunnen worden - werd vooruitstrevend genoemd en een voorbeeld van hoe technologie bijdraagt aan herstel. Daarnaast werd benoemd dat door techniek gereguleerd *licht* een positief effect heeft op slapen en op de behandeling.

Dankzij het *digibord* hadden teamleden meer overzicht, een betere overdracht en een doelgerichte werkwijze.

BEJEGENING

Aangegeven werd dat het team veel waarde hecht aan het geven van een gevoel van welkom. Dit kwam overeen met de 'eerste vijf minuten'-best practice: als bij elk nieuw contact proactief wordt aangesloten op de beleving van cliënt kunnen veel spanning, misverstanden en escalatie worden voorkomen (Stringer e.a. 2009).

Medewerkers gaven aan zich veilig te voelen op de HIC. De Veilig in Contact-training, waarin medewerkers geschoold worden in de-escalerende technieken en het in contact blijven in moeilijke situaties, droeg hieraan bij. Geïnterviewden legden uit dat het team ernaar streeft naast de cliënt te staan, en zo veel mogelijk rekening te houden met individuele wensen van cliënten. Voortdurend in contact zijn, kan echter ook leiden tot een gevoel van onrust bij cliënten en de wens met rust gelaten te worden.

(MULTIDISCIPLINAIR) SAMENWERKEN

Een *ervaringsdeskundige* die nauw betrokken was in het contact met de cliënt werd als zeer waardevol ervaren. Geïnterviewden gaven aan dat de ervaringsdeskundige de juiste kritische vragen stelde en daarmee de bewustwording binnen het team vergrootte.

De *samenwerking met ambulante teams* werd door de geïnterviewden wisselend ervaren, van positief tot matig. Ook werd samenwerking gezocht met andere HIC's, het bedrijfsleven, kennisinstituten en de HIC-academie. Het contact en de samenwerking met naasten waren zeer belangrijk: zij vervullen vaak een sleutelrol in het herstelproces van de cliënt en werden daarom nadrukkelijk erbij betrokken. Men zag kansen voor verbetering door bijvoorbeeld *rooming-in*, beeldbelcontact en het uitbreiden van psycho-educatie. Samenwerking werd gezien als een bevorderende factor voor het leveren van goede zorg in een crisissituatie én daarna.

Het team was sterk gericht op het stimuleren van het *continue leerproces*. Dit deden zij door casuïstiekbesprekingen te houden met de behandelaar of externe experts. Het bespreken van zaken die 'mis' gaan, het vertrouwen in het

team onderling en tussen behandelaar en cliënt droegen volgens de geïnterviewden bij aan een gevoel van relationele veiligheid.

DISCUSSIE

Reflectie

De resultaten na drie jaar HIC bij GGZE lijken positief: het gebruik van dwang en drang neemt af, cliënten beoordelen hun opname gemiddeld met goede scores en het team heeft een positieve ontwikkeling ervaren.

Zowel uit interviews met medewerkers als uit de vragenlijsten aan cliënten blijkt dat de architectuur en het gebruik van technologie als meerwaarde worden gezien in de behandeling. Van belang zijn investeringen in de doorontwikkeling van deze technologie zoals beeldbelcontact met naasten, een persoonlijk profiel in de communicatiewand, het verder digitaliseren van werkprocessen en koppeling van het digibord van de HIC met de ambulante teams en het elektronisch cliëntendossier. Gezien de snelle ontwikkelingen moet er goed geschakeld kunnen worden. Dat vraagt bijvoorbeeld om goede afspraken met leveranciers en flexibele contracten.

Het blijkt dat cliënten soms goede informatie over hun opname missen, wat leidt tot onduidelijkheid. De opname zelf en de manier waarop het team werkt, wordt daarentegen zeer positief gewaardeerd door cliënten. Medewerkers geven aan door de nieuwe werkwijze het gevoel te hebben dat zij de cliënt regie kunnen geven, zonder daarbij het gevoel van veiligheid te verliezen.

Cliënten beoordelen de samenwerking tussen medewerkers van de HIC als goed. Opvallend is echter dat zowel cliënten als het team aangeven dat de betrokkenheid van naasten beter kan. Daarnaast geeft het team aan dat de samenwerking tussen de HIC en de ambulante teams niet altijd soepel loopt, wat kan leiden tot onduidelijkheid voor de cliënt. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de score die cliënten toekennen aan de informatie die zij krijgen over hun opname en behandeling, maar dit is niet nader onderzocht. Technologie zou hier een oplossingsrichting kunnen bieden.

Effect op dwang en drang

Dat de nieuwe werkwijze ook effect heeft gehad op de dwang- en drangcijfers wordt duidelijk. Op ieder type interventie is een afname te zien, wat betekent dat men niet in slechts één van de maatregelen heeft geïnvesteerd. Per opgenomen cliënt is het aantal separaties zeer sterk afgenomen (> 50%). Dit ondersteunt het gevoel dat de medewerkers van het team hebben uitgesproken. Daar waar het aantal kamerprogramma's in het eerste jaar toeneemt, daalt het aantal separaties. De daling is echter niet

evenredig. De vraag is of hier sprake is van substitutie en of het aantal separaties op die manier nog verder zou kunnen dalen. Beter nog zou zijn op zoek te gaan naar minder ingrijpende alternatieven zonder dwang, zoals een-op-een- of twee-op-eenbegeleiding, aantrekkelijke technologie in de kamer en het gebruik van sensomotorische materialen (drukvesten en ballendekens).


Methodologische beperkingen

Deze evaluatie is een eerste verkenning van de resultaten van drie jaar werken volgens de nieuwe HIC-werkwijze. Het is een kleinschalige evaluatie met kleine aantallen respondenten en zonder controlegroep. Voor een exploratieve studie, als opmaat voor groter en breder opgezet onderzoek,

is dit vrij gebruikelijk. Het is echter van belang hiermee rekening te houden bij het trekken van conclusies.

Vervolgstappen

Op basis van de resultaten van deze evaluatie wordt het HIC-model binnen GGZE verder doorontwikkeld en onderzocht op het gebied van samenwerking, techniek en het vertalen van het HIC-model naar andere settings.

 Dit evaluatieonderzoek werd uitgevoerd door Karin Lorenz-Artz en Esther Pols onder begeleiding van Joyce Bierbooms en Inge Bongers. Het manuscript werd opgesteld door Joyce Bierbooms, met inbreng van alle coauteurs.

LITERATUUR

- Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Den Haag: Boom/Lemma; 2014.
- Borgesius HE. Intensive Care in de GGZ. Op weg naar veldnormen. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010.
- Mierlo T van, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Steinert T, Lepping P, Bernardsgrutter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, e.a. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010; 45: 889-97.
- Stringer B, Welleman R, Berkheij E, Keppel P, Kleve J. De eerste vijf minuten: het halve werk. Amsterdam: GGZ inGeest; 2009.

SUMMARY

High and intensive care three years later; an evaluation of the experiences of patients and employees and the effect on coercive measures in psychiatry

J.J.P.A. BIERBOOMS, C.A.G. LORENZ-ARTZ, E. POLS, I.M.B. BONGERS

BACKGROUND As part of the national campaign against the use of coercive measures in psychiatry, the Mental Health Service in Eindhoven set up the first modern high and intensive care centre (HIC) in Eindhoven in 2012.

AIM To study the progress of the numbers on coercive measures, and to evaluate the experiences of patients and treatment team members after working for three years according to the HIC model.

METHOD We analysed the registration data, carried out a short survey and conducted interviews.

RESULTS We found that the number of coercive measures used between 2012 and 2015 had declined by 42%. Patients generally had a positive attitude to the treatment they had received. They appreciated the role played by the team and were pleased to have had access to modern technology. Team members had a positive attitude to working with the HIC model.

CONCLUSION The main goals of working according to the new HIC model have been achieved. However, it should be possible to increase cooperation with mobile teams, develop more links with patients' next-of-kin and make wider use of modern technology.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7, 427-432

KEY WORDS evaluation, high and intensive care, reduction of coercive measures