

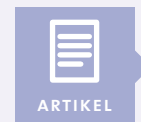
Onderzoek naar signaleringsplannen in de langdurige klinische ggz; gecompliceerder dan gedacht

J. FOCKENS, CHR. BOUMANS, D. POSTULART

- ACHTERGROND** Voor het terugdringen van dwang in de ggz wordt veel waarde gehecht aan een signaleringsplan. Het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit hiervan is echter beperkt, onder andere vanwege gebrekkige uitvoering door professionals.
- DOEL** Het vaststellen van de modelgetrouwheid bij het opstellen en gebruik van het signaleringsplan en de waardering ervoor in onze klinische langdurige zorg.
- METHODE** Semigestructureerd interview bij patiënten en verpleegkundigen.
- RESULTATEN** Van de 144 patiënten hadden 113 een actueel signaleringsplan (78%); 12 van hen waren bereid mee te werken aan het onderzoek (8,3%). Er werden 16 verpleegkundigen bevraagd. De modelgetrouwheid was hoog, maar wegens de lage respons van de patiënten waren de resultaten niet generaliseerbaar.
- CONCLUSIE** Dat ondanks de zeer laagdrempelige opzet de bereidheid tot meewerken zo gering was, laat zien dat onderzoek in de klinische langdurige ggz gecompliceerder kan zijn dan gedacht. Als de geringe participatie in onderzoek een generiek fenomeen is, vormt dat een obstakel voor de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg voor deze zeer zieke en kwetsbare doelgroep.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)1, 46-50

TREFWOORDEN signaleringsplan, klinische langdurige ggz, onderzoeksparticipatie



Dwangmaatregelen, zoals dwangopname en -behandeling of separatie, worden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) regelmatig toegepast als mogelijk gevaar samenhangend met een psychiatrische stoornis niet op andere wijze kan worden afgewend. Het besef groeit dat dwang in de ggz een ernstige inbreuk is op de autonomie van de patiënt en zo veel mogelijk moet worden voorkomen. Daarbij wordt grote waarde gehecht aan vroegsignalering en anticipatie op een crisis, bijvoorbeeld met een crisis- of signaleringsplan.

Een signaleringsplan is een document dat patiënt en professional samen opstellen, waarin beschreven staat in welke fasen de patiënt kan verkeren en welke interventies patiënt en professionals kunnen toepassen om decompensatie te voorkomen en terug te keren naar een fase van lagere opwindingsstoestand. Het signaleringsplan is opgenomen in het toetsingskader 'Terugdringen separeren en afzonderen 2016' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016), die in haar toelichting schrijft dat een signaleringsplan dient voor 'het tijdig kunnen opschalen in (intensiteit van) zorg op geleide van de (veranderende) situatie. Dit betekent dat helder moet zijn beschreven wat van wie in elke fase van het plan verwacht wordt, waarbij de inzet van naastbetrokkenen een nadrukkelijke plaats krijgt.'

Echter, er is geen systematisch onderzoek bekend waaruit blijkt dat het gebruik van een signaleringsplan daadwerkelijk bijdraagt aan de preventie van dwangtoepassingen zoals separeren en afzonderen. Wel is er enig bewijs voor

dat het gebruik van een signaleringsplan daadwerkelijk bijdraagt aan de preventie van dwangtoepassingen zoals separeren en afzonderen. Wel is er enig bewijs voor

de effectiviteit van het signaleringsplan om een gedwongen opname te voorkomen: in een meta-analyse geeft het gebruik van een signaleringsplan een significante afname van 23% van het aantal gedwongen opnames op basis van een rechterlijke machtiging (de Jong e.a. 2016).

Bij bestudering van de vier afzonderlijke gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) die werden geïncludeerd in deze meta-analyse valt echter op dat door non-respons of uitval slechts een minderheid van de in aanmerking komende patiënten de interventie afrondt. Ook schiet de uitvoering door de professionals nogal eens te kort. In de studie van Thornicroft e.a. (2013) volgt 48% van het team de procedure niet, bij Ruchlewska e.a. (2014) moet de professional gemiddeld vijfmaal aangespoord worden om tot een compleet plan te komen. Kennelijk is het toch niet zo eenvoudig om patiënten en hulpverleners in de ambulante setting aan te zetten tot het consequent opstellen en gebruiken van een signaleringsplan.

Wij vermoeden dat dergelijke problemen ook een rol spelen in de kliniek en het onderzoek naar de effectiviteit van een signaleringsplan kunnen hinderen. Om dit na te gaan onderzoeken we of in onze klinische setting van de langdurige zorg modelgetrouw wordt gewerkt aan het opstellen en gebruiken van signaleringsplannen.

METHODE

In onze instelling, GGZ Oost-Brabant, worden signaleringsplannen opgesteld door verpleegkundigen en patiënten. Als model namen we de handleiding van onze instelling. Hierin staat beschreven welke stappen gevolgd moeten worden bij het opstellen van een signaleringsplan en hoe zo'n plan moet worden gebruikt in de dagelijkse praktijk.

Door middel van een semigestructureerd interview gingen we na in hoeverre de verschillende stappen van de handleiding waren gevolgd. Voor de maximaal haalbare totaalscore maakten we een weging op basis van de inschatting van het belang van elke stap voor de werking van een signaleringsplan. Een bevestigend antwoord leverde 1 of 2 punten op.

Bij het opstellen van een signaleringsplan ging het om het krijgen of geven van uitleg (1), het in kaart brengen van verschillende fasen (2), het maken van huiswerkopdrachten (1), het bespreken wat de patiënt zelf kan doen (2) en wat anderen kunnen doen (2), het bespreken met familie (1), het ondertekenen van het plan (1) en het in bezit hebben van een eigen exemplaar (2). Voor het gebruik van een signaleringsplan werd gevraagd naar het regelmatig evalueren van het plan (1), het bespreken van het plan na een terugval (1), het lezen van het plan zodra het minder goed gaat met de patiënt (1) en het volgen van de gemaakte

AUTEURS

JANTIJN FOCKENS, psychiater, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.

CHRISTIEN BOUMANS, psychiater, GGZ Oost-Brabant.

DEBBY POSTULART, senior onderzoeker, GGZ Oost-Brabant.

CORRESPONDENTIEADRES

J. Fockens, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, Postbus 26, 5201 AA 's-Hertogenbosch.
E-mail: j.fockens@dji.minjus.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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

afspraken door de respondent (1) en door het verpleegkundig team (1).

Modelgetrouwheid definieerden we als een score van 60% of meer van de maximale score. De respondenten konden hun antwoorden toelichten en verbeterpunten aangeven. Daarnaast werd hun gevraagd hun waardering voor diverse aspecten van het signaleringsplan uit te drukken in een rapportcijfer (0-10).

Het onderzoek vond plaats op de twee locaties waar patiënten met complexe psychiatrische problematiek zijn opgenomen in units voor langdurige behandeling en verblijf met uiteenlopende zorgintensiteit. Patiënten met een actueel signaleringsplan (niet ouder dan anderhalf jaar) en alle verpleegkundigen van de betreffende locaties konden deelnemen. Via de teamleiders gingen we na welk percentage van de patiënten een actueel signaleringsplan had en wierven we de verpleegkundigen. Patiënten werden geïnformeerd over en uitgenodigd voor het onderzoek door hun persoonlijk verpleegkundig begeleider. Twee verpleegkundigen namen de interviews af. Zij kwamen regelmatig in de huiskamers om de drempel om mee te doen zo laag mogelijk te maken. Als de patiënt wilde deelnemen, kon het interview – dat 15-30 minuten duurde – meteen plaatsvinden. Ook was het mogelijk om hiervoor een nieuwe afspraak te maken. We streefden naar een gelijk aantal patiënten en verpleegkundigen.

We analyseerden voor welk percentage van de patiënten respectievelijk de verpleegkundigen er sprake was van het modelgetrouw opstellen en gebruiken van het signaleringsplan. We berekenden voor patiënten en verpleegkundigen afzonderlijk de gemiddelde waardering voor het opstellen en voor het gebruik van het signaleringsplan en voor de mate waarin het plan als helpend werd ervaren. We gingen na in hoeverre de gegeven toelichtingen de scores konden onderbouwen of nuanceren.

RESULTATEN

Van de 144 patiënten hadden 113 een actueel signaleringsplan (78%). Twaalf patiënten waren bereid mee te werken aan het onderzoek (8,3%). De bereidheid onder verpleegkundigen was groot, maar toen bleek dat de respons onder patiënten zo gering was, werden na het includeren van 16 verpleegkundigen geen andere verpleegkundigen meer benaderd.

In **TABEL 1** is voor elke stap van de handleiding weergegeven hoeveel respondenten vonden dat dit onderdeel goed was uitgevoerd. Huiswerk, het betrekken van naasten en ondertekening scoorden bij de patiënten het laagst. Omdat deze items minder zwaar meewogen in de totaalscore hadden ze een kleinere impact op de modelgetrouwheid. Daarmee voldeed het opstellen van het signaleringsplan voor alle patiënten aan ons criterium van modelgetrouwheid. Voor de verpleegkundigen gold dat voor 94%. Het percentage modelgetrouw gebruik was 83% volgens de patiënten en 63% volgens de verpleegkundigen.

Het opstellen van een signaleringsplan werd door patiënten en verpleegkundigen gewaardeerd met respectievelijk een 7,8 en 7,1; het gebruik met een 6,8 respectievelijk 5,3. Op de vraag hoe nuttig (helpend) het signaleringsplan was, gaven de patiënten gemiddeld een 7,1, de verpleegkundigen een 6,6.

Patiënten vonden het opstellen van het signaleringsplan een fijne manier om het gesprek aan te gaan over hun ziekte. Tegelijkertijd twijfelden ze of ze zelf in staat zouden zijn om het plan te hanteren als het minder goed met ze zou gaan en of de verpleging daadwerkelijk in hun signaleringsplan zou kijken. Verpleegkundigen gaven aan het signaleringsplan als een prettig instrument te ervaren wat ze houvast kan bieden, maar door werkdruk het te weinig consequent te gebruiken. De waardering voor het signaleringsplan was hoger bij patiënten en verpleegkundigen die er modelgetrouw mee werkten.

DISCUSSIE

Naar aanleiding van de vraag of een signaleringsplan een dwangtoepassing zoals separatie kan voorkómen, wilden we door middel van interviews met verpleegkundigen en patiënten onderzoeken of in onze instelling modelgetrouw met signaleringsplannen wordt gewerkt. De modelgetrouwheid bij het opstellen van een signaleringsplan bleek beter te zijn dan bij het gebruik. Terwijl de verpleegkundigen positief stonden tegenover het onderzoek en enthousiast meewerkten, vonden wij ondanks de laagdrempelige opzet slechts 8,6% van de patiënten bereid of in staat om deel te nemen aan een kort interview.

TABEL 1 Aantal respondenten met positief oordeel over de gevolgde stappen van de handleiding

	patiënten (n = 12)		verpleging (n = 16)	
Signaleringsplan opstellen				
uitleg vooraf	12	(100%)	15	(94%)
fasen in kaart brengen	11	(92%)	14	(88%)
huiswerk	4	(33%)	13	(81%)
acties patiënt	12	(100%)	16	(100%)
acties anderen	11	(92%)	16	(100%)
naasten betrekken	5	(42%)	4	(25%)
ondertekening	7	(58%)	12	(75%)
eigen afschrift	10	(83%)	15	(94%)
modelgetrouw opstellen	12	(100%)	15	(94%)
Signaleringsplan gebruiken				
evaluatie	9	(75%)	10	(63%)
terugvalanalyse	8	(67%)	9	(56%)
plan bekijken bij crisis	2	(17%)	12	(75%)
respondent volgt plan	12	(100%)	14	(88%)
team volgt plan	11	(92%)	12	(75%)
modelgetrouw gebruiken	10	(83%)	11	(69%)

Geringe interesse in onderzoek

Ook in de RCT's van de meta-analyse van De Jong e.a. (2016) werd een groot deel van de populatie uiteindelijk niet onderzocht: in de studie van Henderson e.a. (2004) weigerde 64% van de populatie deelname, waarna nog eens 19% uitviel. In de studie van Papagourgiou e.a. (2002) weigerde 30% deelname; het percentage uitval is niet genoemd. Ruchlewska e.a. (2014) meldden een weigerpercentage van 60, met vervolgens 30% uitval. Bij de studie van Thornicroft e.a. (2013) weigerde 48% van de potentiële deelnemers, en van de 285 patiënten in de interventiegroep kregen 64 de interventie niet, van wie 41 vanwege weigering.

Kennelijk is het lastig om ambulante patiënten te betrekken in wetenschappelijk onderzoek naar een signaleringsplan; dat dit voor onze klinische populatie nog veel moeilijker was, hangt mogelijk samen met de ernst van het psychiatrische ziektebeeld, blijkend uit negatieve symptomen, achterdocht en demoralisatie.

Naar de motieven van weigering kunnen we slechts gissen. Mogelijk hecht men weinig waarde aan het onderwerp - het signaleringsplan - of ziet men door de bomen het bos niet meer bij de overdaad aan plannen in onze instelling. Ook zien we bij onze doelgroep een geringe interesse voor bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoek en terughoudendheid om een overeengekomen behandelplan te ondertekenen. De meerderheid van de patiënten heeft wel een signaleringsplan, maar wilde daar niet met de interviewers over praten, mogelijk ook omdat er geen beloning tegenover stond.

Mogelijke effecten signaleringsplan

Onze resultaten zijn wegens de lage respons niet generaliseerbaar. Het valt op dat de respondenten het signaleringsplan waarderen als een prettig en nuttig instrument. Hierin schuilt een forse selectiebias indien patiënten en verpleegkundigen die positief zijn over het signaleringsplan wel willen meewerken en degenen die negatief zijn niet. In de geciteerde RCT's bleek voor de patiënten die tot het einde deelnamen het signaleringsplan het risico op dwangopname te verminderen.

Mogelijk heeft een signaleringsplan vooral een preventieve werking voor die patiënten die bereid en in staat zijn eraan mee te werken. Nu dient conform het toetsingskader van de inspectie voor elke patiënt die bekend is wegens agressie, suicidaliteit of ander gevaarzettend gedrag een individueel signaleringplan te worden opgesteld, maar het is de vraag in hoeverre hiervan een preventieve werking uitgaat als de patiënt zelf er geen meerwaarde in ziet. Men kan zich zelfs afvragen of een signaleringsplan in dat geval niet opnieuw een vorm van paternalistisch optreden van

uit de psychiatrie betreft. Daartegenover is het denkbaar dat een eenzijdig opgesteld signaleringsplan met verpleegkundige interventies de-escalerend werkt voor klinische patiënten met een hoog risico op dwangtoepassingen. Dit valt echter moeilijk te onderzoeken door het ontbreken van toestemming.

Toekomstig onderzoek

De effectiviteit van signaleringsplannen ter vermindering van dwangtoepassingen zou kunnen worden onderzocht met een RCT bij opgenomen patiënten die bereid en in staat zijn mee te werken aan een signaleringsplan en aan onderzoek. (Dit moet in overleg met de inspectie gebeuren, omdat dan voor de controlegroep geen signaleringsplan wordt opgesteld.) Voor patiënten die niet mee willen werken aan onderzoek naar het signaleringsplan, kunnen observaties over het gebruik en de werking van hun plan in de reguliere zorg worden verzameld en geanalyseerd. Een gerandomiseerde opzet is dan niet mogelijk. De bereidheid tot deelname aan onderzoek zou vergroot kunnen worden door het bieden van een vergoeding. Toch zal ook dan juist de meest zieke en kwetsbare patiëntengroep door geringe bereidheid tot deelname aan wetenschappelijk onderzoek verstoken blijven van voor deze doelgroep bewezen effectieve interventies, een dilemma dat volgens ons meer aandacht behoeft, ook van methodologen en ethici.

CONCLUSIE

In onze studie wordt een signaleringplan modelgetrouw opgesteld, maar minder modelgetrouw gebruikt. Door de geringe respons is de generaliseerbaarheid van de resultaten discutabel. Dat bij onze laagdrempelige opzet zó weinig patiënten bereid waren tot deelname, noopt tot een discussie hoe we wetenschappelijk verantwoorde zorg kunnen bieden aan een doelgroep die zich zó moeilijk laat onderzoeken.

LITERATUUR

- Jong MH de, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, e.a. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 657-64.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toetsingkader Terugdringen separeren en afzonderen. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016.
- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 513-9.
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon B, e.a. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PloS one* 2014; 9: e91882.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, e.a. Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1634-41.

SUMMARY

Researching crisis plans in long-term mental health care: more complicated than expected

J. FOCKENS, CHR. BOUMANS, D. POSTULART

BACKGROUND Crisis plans are highly valued because they can help to reduce the number of persons subjected to compulsory treatment in mental health care. The evidence however that crisis plans are effective is scarce, partly due to insufficient implementation by professionals.

AIM To assess the fidelity, relevance and applicability of crisis plans and to estimate to what extent such plans are appreciated by those working in long-term care.

METHOD Semi-structured interview with patients and nurses.

RESULTS The crisis plans were judged to be clearly worded and the fidelity was high, but our findings cannot be considered as representative because the response rate (12/144; 8.3%) of the patients was so low.

CONCLUSION Despite the accessibility of our study design, patient response rates were very low. This demonstrates that clinical research in long-term clinical health care clinical research can prove to be more complicated than we anticipated. If the research participation rate among these very ill and vulnerable population is commonly so low, it will be extremely difficult for us to provide evidence-based care for these patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)1, 46-50

KEY WORDS: crisis plan, long-term mental health care, research participation