

High en intensive care in de langdurige klinische psychiatrie

C.H.C.M. VERBRUGGEN-SMULDERS, D. POSTULART, Y. VOSKES

- ACHTERGROND** Door de ambulantisering van zorg is tegelijkertijd duidelijk geworden dat er opnamemogelijkheden beschikbaar moeten blijven om cliënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken, tijdelijk op te vangen. Mede op basis van ervaringen opgedaan bij het project 'Terugdringen drang en dwang' is high en intensive care (HIC) ontwikkeld. Hiermee beoogt men de zorg te verbeteren voor psychiatrische cliënten die aangewezen zijn op een crisisopname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- DOEL** Onderzoeken of het HIC-model toepasbaar is bij cliënten die verblijven in de langdurige klinische psychiatrie en die, vanwege een ernstige psychiatrische crisis, kortdurend opgenomen moeten worden op crisisafdelingen in de langdurende intramurale zorg.
- METHODE** Responsieve procesevaluatie waaraan drie crisisafdelingen binnen de langdurige klinische psychiatrie van verschillende psychiatrische instellingen meededen. Gestart werd met de afname van de HIC-monitor gevolgd door semigestructureerde interviews en focusgroepen.
- RESULTATEN** De items uit het werkboek konden geïmplementeerd worden binnen de onderzochte setting. Bevorderende en belemmerende factoren werden gevonden, evenals een manier om belemmerende factoren weg te nemen.
- CONCLUSIE** Het HIC-model is toepasbaar voor cliënten die verblijven in de langdurige klinische psychiatrie en die, vanwege een ernstige psychiatrische crisis, kortdurend opgenomen moeten worden op crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie. Aanpassingen zijn echter wel geïndiceerd.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 317-325

TREFWOORDEN crisisinterventie, drang en dwang, high en intensive care, intramurale ggz



317

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 61 | MEI 2019

In het meerjarenbeleid van GGZ Nederland is de afbouw van bedden een belangrijk speerpunt, realisatie hiervan betekent ambulantisering van zorg (Van Slooten & Van Rooijen 2013). De afbouw van de minst intensieve zorgafdelingen is in volle gang en ook de afbouw van de meer intensieve zorgafdelingen is gestart. Gelijktijdig wordt in organisatie-modellen zoals (*flexible*) *assertive community treatment* ((F)ACT) gesteld dat opnamemogelijkheden beschikbaar moeten blijven om cliënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken tijdelijk op te vangen (Van Veldhuizen e.a. 2008).

Onderzoek naar de reductie van dwang en drang heeft uitgewezen dat er een subgroep van cliënten bestaat die vaak en soms langdurig vraagt om extra intensieve zorg op

een daarvoor geschikte afdeling (Noorthoorn e.a. 2012). De Nederlandse overheid en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) concludeerden op basis van deze bevindingen dat de noodzaak bestaat om meer specialistisch te werk te gaan binnen de kortdurende acute opnameafdelingen (Van Mierlo e.a. 2013). Ook ontwikkelde GGZ Nederland de 'Veldnormen Intensive Care in de GGZ' (Borgesius 2012). Op basis van deze veldnormen en op basis van de ervaringen opgedaan bij het project 'Terugdringen drang en dwang' (Voskes e.a. 2011) is het model van high en intensive care (HIC-model) ontwikkeld. Dit model is gebaseerd op *evidence-based practices*, *best practices* en consensus tussen zorginhoudelijke professionals, cliëntenvertegenwoordigers en familievertegenwoordigers en biedt de ggz een

helder concept voorzien van een kwaliteitskader (Droes 2013; Van Mierlo e.a. 2013).

Met HIC beoogt men de zorg te verbeteren voor cliënten in moeilijke situaties waarbij opname geïndiceerd is. HIC is een acute opnameafdeling voor cliënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken en voor wie een gesloten opnameafdeling nodig is en voor wie ambulante behandeling niet (meer) voldoende is.

Uitgangspunt is om cliënten zo snel mogelijk weer zelf regie te geven middels het herstellen van de autonomie op een moment van ernstige ontregeling, het behandelen van een ernstige psychiatrische crisis en het bieden van veiligheid (Van Mierlo e.a. 2013). Centraal staat het terugdringen van dwang en drang met de aandacht gericht op het herwinnen van de eigen regie van de cliënt. Een opname op een HIC sluit aan bij de al aanwezige ambulante behandeling en kan opgeschaald worden naar individuele één-op-éénbehandeling (Van Mierlo e.a. 2013; <http://www.hic-psy.nl/>).

Beddenreductie en reductie van dwang en drang vragen om een fundamenteel andere visie op hoe om te gaan met zeer ernstig zieke en ontregelde mensen, de voorzieningen en expertise die daarvoor nodig zijn en de inbedding van deze intensieve en specialistische zorg in de zorgketen (Ten Voorn e.a. 2013). GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben anno 2013 beide de ambitie om dwang en drang binnen de ggz te reduceren en de kwaliteit van zorg te verbeteren. HIC wordt gezien als een bij die ambitie aansluitende specialisatie voor de ambulante intensieve zorg (Ten Voorn e.a. 2013).

Volgens Ten Voorn e.a. (2013) moet echter ook voor andere doelgroepen die aangewezen zijn op intensieve zorg een specialistisch model ontwikkeld worden. Zo ook voor cliënten die regulier verblijven in de langdurige klinische psychiatrie en die kortdurend opgenomen moeten worden op een crisisafdeling vanwege een ernstige psychiatrische crisis. Dit zijn cliënten met ernstige psychiatrische problematiek die ondanks intensieve behandeling onvoldoende in staat zijn zich staande te houden in de maatschappij en die aangewezen blijven op intensieve zorg binnen de gespecialiseerde ggz, vaak 24 uur per dag en over het algemeen in de beschutte omgeving van een instellingsterrein.

De intensieve zorg kan zowel binnen open als gesloten voorzieningen geboden worden. Het betreft over het algemeen zorg die wordt gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Laag frequent is er sprake van financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (zvw) en dan met name vanuit het 2e en 3e jaar zvw. Deze cliënten worden op dit moment zowel op HIC-afdelingen als op andere intensieve zorgafdelingen geplaatst. Kenmerkend voor deze cliënten is dat zij na afloop van de opname niet terugkeren naar

AUTEURS

LIANNE VERBRUGGEN-SMULDERS, klinisch psycholoog, GGZ Oost Brabant.

DEBBY POSTULART, senior onderzoeker, GGZ Oost Brabant.

YOLANDE VOSKES, universitair docent, VUmc.

CORRESPONDENTIEADRES

L. Verbruggen-Smulders, GGZ Oost Brabant,

Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel.

E-mail: CHCM.Verbruggen@ggzoostbrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-12-2018.

huis en het ambulante behandeltraject, maar terugkeren naar hun voorziening in de langdurende klinische psychiatrie. Voor de cliëntengroep die langdurig in de ggz verblijft en in crisis raakt, is er tot op heden geen specialistisch model.

Doel- en vraagstelling

Wij onderzochten of het HIC-model ook toepasbaar is bij de groep cliënten die regulier verblijft in de langdurige klinische psychiatrie en die, vanwege een ernstige psychiatrische crisis, kortdurend opgenomen moeten worden op de crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie. We brachten in kaart hoe de implementatie van HIC op deze afdelingen verloopt. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, onderzochten we hoe ver de deelnemende crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie zijn gevorderd met de implementatie van HIC (vraag 1) en wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn bij de invoering van HIC (vraag 2).

METHODE

Respondenten

Het onderzoek vond plaats op de crisisafdelingen binnen de langdurige klinische psychiatrie van drie psychiatrische instellingen, respectievelijk GGZ Oost Brabant, GGZ inGeest en GGZ Rivierduinen. Het streven van deze crisisafdelingen is om een volwaardige HIC te worden voor cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die bij aanvang van de crisisinterventie al intramuraal in de ggz verblijven. Vanuit deze afdelingen benaderden wij diverse betrokkenen in het management (managers en teamleiders), hulpverlening (psychiaters, verpleegkundigen, psychologen en verpleegkundig specialisten) en cliënten (cliënten en ervaringsdeskundigen) en naasten benaderd om deel te

nemen aan het onderzoek (Boerema & Verburg 2006). Dit zijn diegenen wier belangen op het spel staan en die nauw betrokken zijn bij de HIC (Abma & Widdershoven 2002, p. 209).

Opzet

Het onderzoek betrof een responsieve procesevaluatie gericht op het systematisch, exploratief analyseren van het proces van implementatie van HIC op de deelnemende afdelingen. Een responsieve procesevaluatie is een dialoogisch proces van oordeelsvorming tussen groepen wier belangen worden geraakt door de procesevaluatie, met als doel om het inzicht en het wederzijdse begrip van betrokkenen te verhogen (Stake 1975; Abma & Widdershoven 2002, p. 209; Hensen 2011). Kenmerkend is het participerend karakter van de onderzoeker en het zich ontwikkelende design (Abma & Widdershoven 2002, p. 209; Philipsen & Vernooij-Dassen 2004; Baarda e.a. 2005; Boerema & Verburg 2006; 't Hart e.a. 2009). De responsieve procesevaluatie is een geschikte opzet om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden omdat we zochten naar de ervaringen en meningen van diverse betrokkenen wat betreft de implementatie van HIC op de deelnemende afdelingen (Philipsen & Vernooij-Dassen 2004; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008).

Dataverzameling en -analyse

Bij een kwalitatief onderzoek verlopen de dataverzameling en data-analyse gelijktijdig. Dit houdt in dat verzamelde data direct worden geanalyseerd en de bevindingen worden gebruikt om het proces van dataverzameling voort te kunnen zetten (Philipsen & Vernooij-Dassen 2004; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008). Daarom beschrijven we in deze paragraaf zowel de dataverzameling als de analyse. Het proces van dataverzameling en analyseren werd herhaald tot geen nieuwe informatie meer werd gevonden, ofwel tot saturatie optrad (Philipsen & Vernooij-Dassen 2004; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008).

HIC-MONITOR

Om in kaart te brengen wat de stand van zaken was betreffende de implementatie van HIC op de verschillende deelnemende afdelingen (vraag 1), startten we met de afname van de HIC-monitor. Dit is een modelgetrouwheidsschaal die bestaat uit 50 items; een aantal items bevat meerdere subitems. In totaal kan op 65 (sub)items een score behaald worden. De items zijn verdeeld over 11 dimensies (TABEL 1). De set items is opgesteld op basis van expertconsensus. Er kan gescoord worden van 1 tot en met 5. Score 1 betekent dat het item niet is geïmplementeerd, score 5 betekent volledig en aantoonbaar geïmplementeerd. In totaal kunnen 325 punten worden behaald. Er is geen totaalscore

vastgesteld die minimaal behaald moet worden om van HIC te mogen spreken (Van Mierlo e.a. 2013; <http://hic-psy.nl/>). Wij maakten gebruik van de eerste versie van de monitor (BIJLAGE 1). Vooraf werd de deelnemende afdelingen gevraagd documenten als visie, missie, behandelplan, informatiebrochure etc. betreffende hun afdeling aan de auditoren te doen toekomen.

Afname van de HIC-monitor vond plaats op de deelnemende afdeling. Tijdens de afnamedag werd de HIC-monitor door een onafhankelijk auditor (auditor 1) van het landelijk HIC-auditteam en een onderzoeksassistent (auditor 2) afgenomen. Per instelling bestond het aantal betrokkenen uit acht personen. Er werden vier homogene groepen gemaakt: behandelaars (psychiater en psycholoog), overige hulpverleners (verpleegkundige en activiteitenbegeleider), leidinggevenden (manager en teamleider) en een groep met cliënten en ervaringsdeskundigen. In een gesprek van circa een uur per groep werd geïnventariseerd in welke mate aan de beschreven criteria voldaan werd. Tevens werd de betrokkenen gevraagd het voldoen aan de criteria aan te tonen in documenten (bijvoorbeeld met dossierinzage, beleidsstukken of een rondleiding).

Na afloop van de dag werd de HIC-monitor door beide auditoren afzonderlijk van elkaar gescoord. Tijdens een consensusvergadering in de week na afname kwamen beide auditoren tot een gezamenlijke score per item en tot een gezamenlijke totaalscore per afdeling.

Deze scores werden vervolgens door twee onderzoekers afzonderlijk van elkaar geanalyseerd. Bij de analyse werd gekeken naar bijzonderheden in het scoreverloop op afdelingsniveau. Zij keken hierbij bijvoorbeeld welke items goed scoorden en welke niet.

Daarna werden de resultaten van de drie afdelingen samengevoegd en werd gekeken naar overeenkomsten, verschillen en opvallende zaken. Bevindingen werden als topic meegenomen in de interviews en tijdens de interviews teruggekoppeld aan de betrokkenen (Abma & Widdershoven 2002; p. 209; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008).

INTERVIEWS

Om in kaart te brengen wat belemmerende en bevorderende factoren zijn bij de implementatie van HIC op de crisisafdeling in de langdurige klinische psychiatrie (vraag 2) werden semigestructureerde interviews gehouden. We kozen voor semigestructureerd interviewen omdat de belangrijkste topics vaststonden, maar het doorvragen en de antwoordkeuzes lagen niet vast (Baarda e.a. 2005; Boeije 2008; Decorte & Zaitch 2010).

De topiclijst voor de interviews bestond uit ervaringen over de implementatie van HIC, ervaringen met HIC, visie op HIC, een terugkoppeling van de resultaten op de HIC-monitor en mogelijke aanpassingen in het HIC-model en de HIC-

TABEL 1 Dimensies van de HIC-monitor met per dimensie 1 voorbeelditem

Teamstructuur (16 items)
Voorbeeld: Kleine caseload dagdienst: er is een optimale verhouding van 7 verpleegkundigen op 20 bedden
Teamproces (10 items)
Voorbeeld: Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) bij opname: er vindt bij opname een ZAG plaats waarin behandeldoelen worden vastgesteld
Behandeling en diagnostiek (12 items)
Voorbeeld: Algemeen onderzoek: binnen 24 uur wordt er een heteroanamnese uitgevoerd
Zorgorganisatie (2 items)
Voorbeeld: er is geen wachtlijst en er is altijd een leeg bed per afdeling beschikbaar
Monitoring (3 items)
Voorbeeld ROM: Het multidisciplinaire team neemt bij alle opgenomen patiënten een ROM af bij binnenkomst (binnen 24 uur) en bij vertrek en minimaal een maal per drie weken
Professionalisering (4 items)
Reflectie eigen handelen: elk teamlid heeft minstens 6 x 2 uur per jaar voor intervisie of (groeps)supervisie (zoals moreel beraad)
Wet Bopz (1 item)
Voorbeeld: Uitvoering Wet Bopz/Wet verplichte ggz: de afdeling hanteert een helder beleid m.b.t. de uitvoering van de wet Bopz en voert deze eenduidig en volgens PDCA-cyclus uit
EPD (1 item)
Voorbeeld: de afdeling hanteert een protocol m.b.t. het elektronisch dossier en voert deze eenduidig uit, zodat relevante informatie gemakkelijk terug te vinden is
Ruimtelijke vormgeving (12 items)
Voorbeeld: op de HC is een comfortruimte aanwezig
Veiligheid (2 items)
Voorbeeld: de HIC is ingebed in een veiligheidsmanagementsysteem waarin structurele meldingen, analyses en verbeteracties verankerd zijn
Evaluatie en terugkoppeling drang en dwang (2 items)
Voorbeeld: elke dwangtoepassing wordt aantoonbaar geëvalueerd met de patiënt, het team en de instelling. De uitkomsten van deze evaluaties worden aantoonbaar gebruikt voor aanpassing/verbetering van de handelwijze van de instelling m.b.t. dwangtoepassingen

monitor. De interviews vonden plaats op de deelnemende afdeling en werden gehouden door twee vooraf geïnstrueerde onderzoekers om verschillen veroorzaakt door verschillen tussen interviewers te voorkomen (Baarda e.a. 2005). Iedere groep betrokkenen werd afzonderlijk geïnterviewd.

De bevindingen werden opgenomen op audiotape en verbatim getranscribeerd (Baarda e.a. 2005; Boeije 2008). Twee onderzoekers analyseerden vervolgens onafhankelijk van elkaar de gegevens. Eerst werd de tekst geschrapt die voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag niet relevant was (Baarda e.a. 2005, 't Hart e.a. 2009). Daarna werden de gegevens uiteengehaald door open coderen, waarbij informatie in categorieën wordt verdeeld, en axiaal coderen, waarbij categorieën met vergelijkbare kenmerken worden samengevoegd tot kernthema's (Baarda e.a. 2005; Boeije 2005; 't Hart e.a. 2009; Decorte & Zaitch 2010).

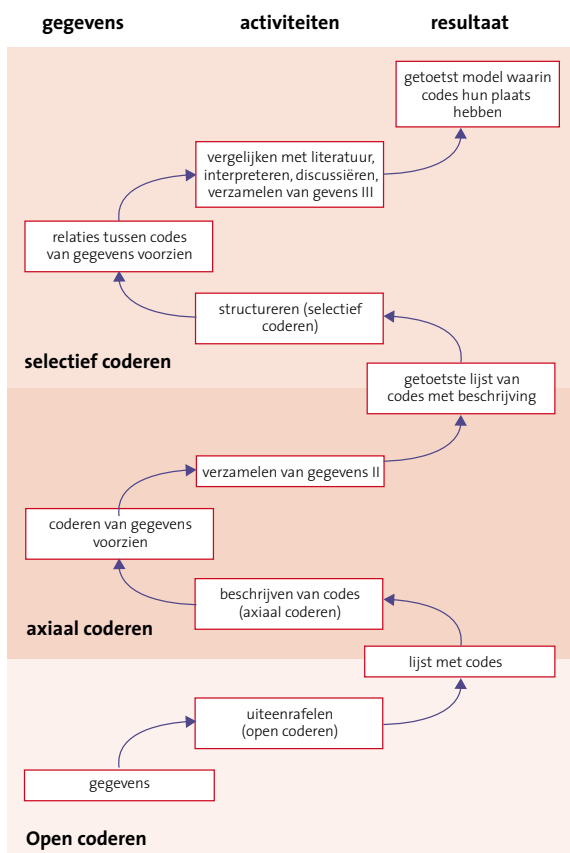
Tot slot werden de kernthema's gestructureerd. Dit heeft als doel om relaties tussen de kernthema's te leggen en waar mogelijk deze relaties te verifiëren op juistheid, dit door selectief coderen ofwel het integreren en het leggen van verbanden tussen de categorieën. Dit analyseproces is weergegeven in **FIGUUR 1** (Boeije 2005).

Na iedere vorm van coderen deelden de twee onderzoekers hun bevindingen en kwamen zij tot consensus. Dit resulteerde in stellingen die het uitgangspunt vormden voor de focusgroepen. Met het inbrengen van de stellingen in de focusgroepen werden deze tevens teruggekoppeld aan de betrokkenen (Abma & Widdershoven 2002, p. 209; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008).

FOCUSGROEPEN

De resultaten van de interviews werden tijdens een gesprek van circa 1,5 uur voorgelegd aan een heterogene focus-

FIGUUR 1 Analyseproces bij structureren van kernthema's, om relaties tussen de kernthema's te leggen en deze zo mogelijk te verifiëren op juistheid. Dit gebeurt door selectief coderen ofwel het integreren en het leggen van verbanden tussen de categorieën (Baarda e.a. 2005)



groep (alle betrokkenen waren gelijktijdig aanwezig). Dit gebeurde per afdeling. Doel van de focusgroep was om binnen de afzonderlijke afdelingen kennis en ervaringen te exploreren en uit te wisselen, draagvlak te vergroten en tot overeenstemming te komen in tegenstrijdige inzichten van de diverse betrokkenen (Philipsen & Vernooij-Dassen 2004; Baarda e.a. 2005; Boeije 2008; Decorte & Zaitch 2010). De onderzoekers die de interviews afnamen, hadden ook de focusgroepen begeleid. De bevindingen werden opgenomen op audiotape en verbatim getranscribeerd (Baarda e.a. 2005; Boeije 2008). Daarna vond een vergelijkbare analyse plaats als bij de resultaten van de interviews. Op basis van de resultaten van de focusgroepen werd bepaald of saturatie had plaatsgevonden.

RESULTATEN

Implementatie HIC op afdelingen (HIC-monitor)

Op basis van de resultaten op de HIC-monitor bleek dat binnen de dimensie 'teamstructuur' het aantal items waarop alle afdelingen een lage score (1 of 2) behaalden het grootst was. Verder kwam een lage score bij alle afdelingen enkel voor bij de dimensie 'ruimtelijke vormgeving'. Binnen de dimensie 'behandeling en diagnostiek' was het aantal items waarop alle afdelingen een hoge score (4 of 5) behaalden het grootst. Andere items waarop een hoge score (5) behaald werd, behoorden bij de dimensie 'teamproces', de dimensie 'Bopz', de dimensie 'ruimtelijke vormgeving', de dimensie 'veiligheid' en bij de dimensie 'evaluatie en terugkoppeling dwang en drang'. De overige items toonden een wisselend scoreverloop. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aantal items per dimensie sterk wisselde, waardoor de totaalscore per dimensie gedrukt of gestuwd kon worden door één score.

Bevorderende factoren invoering HIC

Alle deelnemende afdelingen waren gemotiveerd om meer specialistisch te werk te gaan op het gebied van crisisinterventies en waren van mening dat zij op die manier bijdroegen aan de reductie van dwang en drang. Deze motivatie was een bevorderende factor bij de implementatie van HIC. De hulpverleners hadden het idee dat het HIC-werkboek hen kon helpen bij het komen tot een cultuurverandering waarbij de beheerscultuur losgelaten kan worden doordat de behandelrelatie meer centraal staat. Ook waren zij van mening dat de werkwijze bijdroeg aan de reductie van dwang en drang doordat ze meer inzicht hadden in mogelijke andere interventies.

Dit alles sloot aan bij de bij de hulpverleners heersende behoefte om de door hen genoemde 'opvang van langdurig intramuraal verblijvende psychiatrische cliënten' te veranderen in een specialistische behandelafdeling voor intramuraal verblijvende psychiatrische cliënten die tijdelijk een psychiatrische crisis doormaken.

Een andere bevorderende factor was dat het HIC-werkboek hulpverleners een methodische beschrijving geeft om op een andere manier met crisissituaties om te gaan. Het gaf hulpverleners handvatten voor het samen hanteren van de - over het algemeen al bekende - theorieën en hoe ze omgezet kunnen worden in de praktijk. Het boek sloot daarnaast aan bij al bestaande kennis, attitude en werkwijze zoals herstelondersteunende zorg. Deze bevorderende factoren maakten dat betrokken hulpverleners en leidinggevendenden inzet tonen om de beschreven werkwijze te implementeren.

Een laatste bevorderende factor voor een succesvolle implementatie was dat deze zowel top-down als bottom-

up vormgegeven werd en dat een projectstructuur met een projectplan kon ondersteunen bij de daadwerkelijke realisatie.

Belemmerende factoren invoering HIC

De respondenten rapporteerden ook belemmerende factoren. Zo werden inhoudelijke items die niet specifiek zijn toegeschreven op de specifieke doelgroep van de deelnemende afdelingen als belemmerende factor gezien. Het was volgens de respondenten bijvoorbeeld meestal niet nodig om binnen 24 uur een heteroanamnese te doen. Vaak was al veel bekend over de patiënt en werd het doen van een gedegen dossieronderzoek met als doel het inzichtelijk maken van de voorgeschiedenis als meer zinvol gezien. Ook bestond het idee dat de familie-interventies beter afgestemd moeten worden op de doelgroep. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het integreren van de triade.

Items met een tijdstermijn werden als belemmerend voor de implementatie beschouwd. De deelnemende afdelingen waren volgens de respondenten nog meer gericht op het bieden van maatwerk; hierdoor waren de gestelde tijdstervijnen voor opname en interventies volgens de respondenten niet altijd haalbaar. Soms duurden interventies langer dan in het HIC-werkboek staat beschreven, soms korter. Opname op de deelnemende afdelingen duurde volgens de respondenten zo kort als mogelijk, maar zo lang als moest.

Of het daadwerkelijk kwam tot een opname en de duur van de opname werd mede bepaald door de draagkracht van de verwijsafdeling of de vervolgaafdeling. Een belemmerende factor in relatie tot de implementatie van HIC was daarbij het ontbreken van een gedeelde visie over crisisinterventie in de langdurige klinische psychiatrie en daarbij aansluitende samenwerkingsafspraken met intern en extern betrokken ketenpartners.

Het ontbreken van een passende financiering werd door alle deelnemende afdelingen als belemmerend gezien. Op het moment van de interviews lukte het de afdelingen niet om kosteneffectief te zijn enkel op basis van de tarieven conform de Wet langdurende psychiatrische zorg (Wlz). Volgens de betrokken instellingen waren de hoogst geldende tarieven binnen de Wlz niet toereikend om te voldoen aan bijvoorbeeld de personele bezetting zoals beschreven in het HIC-werkboek.

Het ontbreken van een dekkende financieringsvorm was volgens de afdelingen de grootste belemmering bij de implementatie van items betreffende de dimensie teamstructuur uit de HIC-monitor, waarbij het gaat om personele bezetting. Bij de bouwtechnische faciliteiten werden de afdelingen naar eigen zeggen belemmerd in de implementatie doordat ze zich hadden te verhouden tot de mogelijk-

heden van de bestaande gebouwen of tot de afspraken die in het verleden met architecten waren gemaakt.

DISCUSSIE

Het model van high en intensive care (HIC) is oorspronkelijk ontwikkeld voor de acute psychiatrie. Aangezien de doelgroep in de langdurige klinische psychiatrie anders is, hebben wij in deze studie onderzocht of het HIC-model ook toepasbaar is voor cliënten die regulier verblijven in de langdurige klinische psychiatrie en die, vanwege een ernstige psychiatrische crisis, kortdurend opgenomen moeten worden op de crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie.

De resultaten laten zien dat zowel de HIC-werkwijze als de HIC-monitor toepasbaar is op de crisisafdeling in de langdurige klinische psychiatrie. De items zoals beschreven in het HIC-werkboek kunnen geïmplementeerd worden binnen deze setting. Sommige items zoals eerste 'diagnostiek' en 'algemeen onderzoek' worden echter als niet aansluitend bij deze cliëntenpopulatie gezien. Nu de toepasbaarheid is aangetoond, zou de suggestie gewekt kunnen worden dat deze cliënten geplaatst kunnen worden op een reguliere HIC. Dat is evenwel niet het geval, bijvoorbeeld omdat deze cliënten niet terugkeren naar hun eigen huis omdat ze al verblijven in intramurale voorzieningen en ook geen ambulante zorg ontvangen van bijvoorbeeld een FACT-team.

Aanpassing HIC-model

Daarom adviseren wij om het model niet zomaar over te nemen, maar aan te passen aan de beschreven cliëntenpopulatie. Zo is het voor cliënten met een eerste psychose confronterend wanneer zij in aanraking komen met cliënten vanuit de langdurige klinische psychiatrie. HIC wil toewerken naar herstel. Herstel van iemand met een eerste psychose betekent iets anders dan herstel bij iemand in de langdurige klinische psychiatrie.

Mogelijk is het aanpassen van het HIC-model aan de doelgroep in de langdurige klinische psychiatrie maar voor bepaalde tijd nodig, omdat het reguliere HIC-model juist toewerkt naar terugkeer naar ambulante zorg, het voorkomen van opname en verblijf in de langdurige klinische psychiatrie en het stimuleren van herstel. Dit zou kunnen betekenen dat de huidige langdurige klinische psychiatrie uiteindelijk in deze vorm niet meer nodig zal zijn omdat mensen die langdurige opname nodig hebben dit in andere voorzieningen zouden kunnen ontvangen dan de traditionele langdurige verblijfsafdelingen.

Om de monitor aan te passen zouden, net zoals bij de eerdere HIC-ontwikkeling, expertmeetings georganiseerd moeten worden om kennis en expertise vanuit verschil-

lende instellingen en betrokkenen te verzamelen om zo tot een aangepaste visie te komen. Hierbij adviseren wij om samenwerking te zoeken met andere zorgcircuits zoals forensische zorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, ouderenzorg en zorgverleners van cliënten met niet aangeboren hersenletsel omdat deze onderwerpen minder aandacht verkrijgen in de reguliere HIC-modellen, maar wel van toepassing zijn op de cliëntengroep in de intramurale langdurige psychiatrische zorg.

Implementatie

Na aanpassing van het HIC-model kan men starten met de implementatie. Er zullen belemmerende factoren zijn die de implementatie bemoeilijken. In dit onderzoek bleken de belemmerende factoren: het ontbreken van een gedeelde visie op crisisinterventie in de langdurige klinische psychiatrie, het ontbreken van samenwerkingsafspraken met intern en extern betrokken ketenpartners, het ontbreken van een toereikende financiering en beperkingen van bestaande gebouwen. De eerste belemmerende factoren (visie en samenwerkingsafspraken) worden weggenomen door aanpassing van de werkwijze en de items in de monitor.

Tot slot is het van belang om tot een manier te komen om de geboden zorg kostendekkend te maken. Na implementatie kan in een omvangrijker onderzoeksprogramma onderzocht worden wat de effecten en de opbrengsten van HIC zijn op de crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie. Belangrijke vragen hierbij zijn bijvoorbeeld: Lukt het de afdelingen de implementatie voort te zetten? Wat zijn de effecten en is er een relatie tussen de mate waarin het concept is geïmplementeerd en de effectiviteit? Is er een relatie tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en de scores op de HIC-monitor? Hoe wordt de kwaliteit van zorg ervaren door cliënten, familie en professionals? Daarnaast zal in overleg met de overheid de financiering nader bekeken moeten worden.

Andere relevante ontwikkelingen

De HIC-ontwikkeling is een typisch Nederlandse aangelegenheid. Het is dan ook moeilijk om de bevindingen te staven aan internationale ervaringen en literatuur. In Nederland is de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar high en intensive care (en dit gebeurt nog steeds). Doel van dat onderzoek is het valideren van de HIC-monitor. Inmiddels is de HIC-monitor gevalideerd. Ook is er inzicht gekomen in de bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van HIC en in het effect op het aantal en de duur van vrijheidsbeperkende interventies en de kwaliteit van zorg. Deze resultaten zijn echter nog niet gepubliceerd en kunnen dus ook niet vergeleken worden met de resul-

taten van ons onderzoek waarin de toepasbaarheid van HIC op een andere doelgroep onderzocht werd.

Ook is gestart met de ontwikkeling van *active recovery triade* (ART). Dit model biedt een nieuw perspectief voor de langdurige klinische psychiatrie. Het vormt een nieuwe professionele standaard voor langdurige herstelgerichte zorg, waarbij men uitgaat van de behoeften, drijfveren en wensen van de cliënt in zijn dagelijks leven (www.art-psy.nl). In de acute zorg vormen FACT of *intensive home treatment* (IHT) en HIC samen een keten. In de langdurige klinische psychiatrie vormen FACT en ART een keten. Wanneer FACT en ART niet langer toereikend zijn, kan patiënt tijdelijk ter stabilisatie van de crisis geplaatst worden op de aangepaste HIC.

Beperkingen

Ons onderzoek naar de toepasbaarheid van HIC in de langdurige klinische psychiatrie kende beperkingen. Zo waren alle deelnemende afdelingen vooraf aan het onderzoek al enigszins positief over de toepasbaarheid van HIC op de crisisafdelingen in de langdurige klinische psychiatrie. De betreffende afdelingen waren al gestart met de implementatie, hierdoor kan een vertekend (positiever) beeld ontstaan zijn.

Een andere beperking was dat de onderzoeker (LV) niet onafhankelijk is, omdat zij zelf werkzaam is op een crisisafdeling in de langdurige klinische psychiatrie en zoekende is naar een werkwijze om de zorg gericht op de daar verblijvende cliëntengroep te verbeteren. Om dit te ondervangen is een tweede onderzoeker betrokken bij het onderzoek die onafhankelijk van de eerste onderzoeker de data heeft geanalyseerd. Bij het vergelijken van resultaten en dimensies op de HIC-monitor diende verder rekening gehouden te worden met de verschillende stadia van implementatie van de diverse instellingen en met de grote verschillen in aantal items per dimensie.

CONCLUSIE

Op basis van onze bevindingen concluderen wij dat, na het doorvoeren van enkele aanpassingen, zowel de HIC-werkwijze als de HIC-monitor, toepasbaar is in de langdurige klinische psychiatrie.

 **BIJLAGE 1** is opgenomen op de website van het Tijdschrift.

LITERATUUR

- Abma TA, Widdershoven GAM. Methode en Technieken: responsieve evaluatie en haar betekenis voor de verpleegwetenschappen. *Verpleegkunde* 2002; 4: 207-19.
- Baarda DB, De Goede MPM, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Houten: Stenfert Kroese; 2005.
- Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen. Den Haag: Boom onderwijs; 2008.
- Boerema I, Verburg H. Implementatie Zorgprogramma's in drie regio's. Utrecht; Trimbos-instituut; 2006.
- Borgesius E. Intensive Care. Op weg naar veldnormen. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010.
- Decorte T, Zaitch D. Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie. Den Haag: Acco; 2010.
- Droes J. High en intensive care. *Tijdschrift voor Rehabilitatie* 2013; 22-3, 60-62.
- 't Hart H, Boeije H, Hox J. Onderzoeksmethoden. Den Haag: Boom Lemma; 2009.
- Hensen J. Responsief-constructivistisch onderzoek 'Het zit in de familie'. *TvO* 2001; 50: 621-32.
- Mierlo T van, Bovenberg F, Voskes Y, Mulders N. Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Noorthoorn E, Janssen W, Hoogendoorn A, Bousardt A, Voskes Y, Smits A, e.a. Vijf jaar Argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2011. Casusregister Argus; 2012.
- Philipsen H, Vernooij-Dassen M. Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts & Wetenschap* 2004; 47: 454-7.
- Slooten D van, van Rooijen S, Philippe Delespaul, hoogleraar zorginnovatie: 'Mijn affiniteit ligt onmiskenbaar bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen'. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel van mensen met psychische beperkingen* 2013; 22-3, 5-13.
- Voorde F ten, van der Schaaf P, Klein P, van der Aalst H, Keuning F, Heumen S. TNO 2013 R10446 Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting. Soesterberg: TNO; 2013.
- Veldhuizen R van, Bähler M, Polhuis D, van Os J. Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven GAM. Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.

SUMMARY

High and intensive care in long-term inpatient psychiatric services

C.H.C.M. VERBRUGGEN-SMULDERS, D. POSTULART, Y. VOSKES

- BACKGROUND** The increase in ambulant healthcare has also led to (simultaneously gained) insights that possibilities for temporary hospitalisation/admittance should be available for patients who experience a serious mental crisis. Based on experiences gained from the projects 'Reducing Coercion', high and intensive care (HIC) has been developed. HIC aims to improve care for psychiatric patients who are in need of crisis admission in a psychiatric hospital.
- AIM** To investigate whether the HIC model is applicable to patients staying at a long-term psychiatric unit in hospital who, due to a severe psychiatric crisis, need to be hospitalised short-term in an emergency department of long-term inpatient care.
- METHOD** A responsive process evaluation in which three emergency departments with inpatient healthcare (from three different psychiatric institutions) participated. Starting point was application of the HIC evaluator, followed by semi-structured interviews and focus groups.
- RESULTS** The items as described in the HIC manual could be implemented within this setting. Stimulating and impeding factors were found, as well as adjustments needed to remove barriers to successful implementation.
- CONCLUSION** Although the HIC model can be applied to the crisis departments of long-term inpatient psychiatric services, adjustments are indicated.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)5, 317-325

KEY WORDS crisis intervention, high and intensive care, hospitalised mental healthcare, pressure and coercion