

Intensive home treatment: indicatiecriteria bij kinderen en jongeren

L. van den Boogaard, A. Popma, M. van der Hoeven, M. van den Boer, P. Bokhorst, A. Heerma, M. van der Meer, J. Steenmeijer, B. van der Stegen, T.J. Dekkers

- Achtergrond** Intensive home treatment (IHT) is een behandelmethode om intensieve psychiatrische (crisis)zorg in de thuissituatie te bieden.
- Doel** Het opstellen van indicatiecriteria voor IHT bij kinderen en jongeren ter bevordering van een effectievere en efficiëntere triage.
- Methode** Met de delphimethode werd de mening van deskundigen verzameld over de indicatiestelling van IHT voor kinderen en jongeren. In de eerste ronde werd aan 18 medewerkers van Levvel (Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie) gevraagd aan te geven welke indicatiecriteria volgens hen gehanteerd moeten worden om te bepalen of een patiënt behoorde tot de IHT-doelgroep. Met open coding kwamen stellingen naar voren die in drie daaropvolgende ronden werden beoordeeld op het belang voor de indicatiestelling.
- Resultaten** Er werden 33 stellingen belangrijk genoeg (> 80% overeenstemming) bevonden om op te nemen in de definitieve lijst. De stellingen betroffen de doelstelling, de doelgroep, het behandelaanbod, de rol en verantwoordelijkheid van de reeds betrokken hulpverlening en zorglogistieke vraagstukken.
- Conclusie** De lijst met indicatiecriteria is een veelbelovend hulpmiddel dat IHT-teams in de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen gebruiken voor een meer gestandaardiseerde triage.

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd (jeugd-ggz). Een belangrijk doel van deze transitie was transformatie van zorg door meer: 'gebruik te maken van de eigen kracht van jongeren, ouders en hun sociale netwerk' (Rijksoverheid). Een voorziening die goed aansluit bij dit transformatiedoel is *intensive home treatment* (IHT). IHT is in Nederland een relatief nieuw model voor het bieden van intensieve psychiatrische crisisbehandeling in de thuissituatie van de patiënt. Het doel is om een psychiatrische crisis zo goed mogelijk te behandelen in de eigen situatie van de patiënt en daarmee opnames op acute opnameafdelingen te voorkomen en, indien een opname toch noodzakelijk is, deze te verkorten. IHT is gebaseerd op de veronderstelling dat de behandeling in de thuissituatie leidt tot een sneller en beter herstel. Dit komt doordat therapeutische relaties sterker en gelijkwaardiger zijn in de eigen omgeving van de patiënt en doordat men naasten effectief kan betrekken. Maar ook doordat men sociale problemen, die vaak aanleiding

zijn tot de psychiatrische crisis, direct kan aanpakken en doordat negatieve bijeffecten van opname worden voorkómen (Prinsen e.a. 2016, p. 11).

IHT

IHT is gebaseerd op het Britse model van *crisis resolution home treatment* (CRHT) en vormt een aanvulling op andere zorgvormen zoals *(flexible) assertive community treatment* ((F)ACT) en *high and intensive care* (HIC), waarbij men er ook naar streeft om het aantal opnames te verminderen (FACT) en de opnameduur te verkorten (HIC) (Prinsen e.a. 2016). CRHT-teams kennen zes kern-elementen: het team 1. voorziet in alternatieven voor ziekenhuisopnamen voor patiënten met acute psychiatrische problematiek, 2. blijft intensief betrokken zo lang als noodzakelijk om de directe crisis op te lossen, 3. fungeert als poortwachter voor de acute opnameafdeling door iedereen te beoordelen die verwezen wordt voor opname, 4. is op afroep beschikbaar tussen 10:00 en 20:00 uur, 5. voorziet in een 7 × 24 uren telefonische

AUTEURS

Lisette van den Boogaard, psycholoog, Levvel, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam.

Arne Popma, hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie, Levvel, en afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC.

Mara van der Hoeven, orthopedagoog, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC.

Mirjam van den Boer, Levvel, Amsterdam.

Patricia Bokhorst, projectleider, Levvel, Amsterdam.

Alies Heerma, directeur zorg en kinder- en jeugdpsychiater, Levvel, Amsterdam.

Marije van der Meer, teamleider, Levvel, Amsterdam.

Jeroen Steenmeijer, psychiater, Levvel, Amsterdam.

Ber van der Stegen, directeur, Levvel, Amsterdam.

Tycho J. Dekkers, GZ-psycholoog Levvel, Amsterdam UMC, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universiteit van Amsterdam, afd. Psychologie en afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universiteit van Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Correspondentieadres

Lisette van den Boogaard, Levvel, Postbus 303, 1115 ZG Duivendrecht.

l.vandenboogaard@debascul.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-8-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(3):175-180

ondersteuning en 6. voorziet in een 7 × 24 uursdienst voor huisbezoeken en beoordelingen (Onyett e.a. 2008; aangehaald in Prinsen e.a. 2016, p. 50).

Onderzoek en IHT

Onderzoek bij volwassenen in Groot-Brittannië heeft uitgewezen dat CRHT effectiever is dan *care as usual* in het verminderen van het aantal en de duur van opnames (Johnson e.a. 2005). Uit observationeel onderzoek in Nederland is gebleken dat IHT bij volwassenen zeer werd gewaardeerd door patiënten en mogelijk een goed alternatief is voor opname, met name voor patiënten met affectieve stoornissen (Gotink e.a. 2017).

Bij kinderen en jongeren is er minder onderzoek gedaan naar de effectiviteit van intensieve psychiatrische crisisbehandeling in de thuissituatie. In een enigszins vergelijkbaar onderzoek uit de Verenigde Staten werd intensieve kortdurende psychiatrische crisishulp gebaseerd op het Homebuildersmodel (een model voor intensieve kortdurende pedagogische thuishulp) vergeleken met een controlegroep waarbij enkel crisiscasemanagement werd geboden. Hoewel er tussen de klinische en de controleconditie geen verschillen werden gevonden in het aantal kinderen en jongeren die toch een opname nodig hadden, verbeterden beide groepen op bepaalde patiëntkenmerken (Evans e.a. 2003).

In een retrospectief onderzoek bij kinderen en jongeren in Nederland werd IHT in combinatie met HIC vergeleken met een voorgaande behandelmethodiek met langdurige opnames. In één jaar tijd bleek IHT kosteneffectief: er werden tegen lagere kosten meer kinderen behandeld met een kortere behandelduur en een gelijkblijvende patiënttevredenheid (Muskens e.a. 2015).

Bovendien wees een longitudinale studie naar IHT in combinatie met HIC bij kinderen en jongeren uit dat het dagelijks functioneren met meer dan 50% verbeterde tussen intake en vier maanden na ontslag (Muskens e.a. 2019).

In Nederland wordt IHT bij zeven instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie aangeboden. Ook de Bascule, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie in Amsterdam, startte in juni 2017 in samenwerking met Spirit Jeugdhulp (tegenwoordig gefuseerd als Levvel) een IHT-team voor kinderen en jongeren met als doel opnames op acute opnameafdelingen te voorkomen en te verkorten. In het jaar voorafgaand aan de start van het IHT-team werden 108 jongeren uit een contractregio opgenomen op de acute opnameafdeling. In het eerste jaar na start van IHT waren dat er nog 73, in het tweede jaar 52 en in het derde jaar 46.

Ondanks deze veelbelovende cijfers bleek bij de start van het IHT-team dat regelmatig foutieve indicaties werden afgegeven en dat veel tijd verloren ging aan discussie (binnen het IHT-team en tussen het IHT-team en de betrokken hulpverlening) over de vraag voor welke kinderen en jongeren IHT geschikt was. Het IHT-team gaf dan ook aan behoefte te hebben aan objectieve indicatiecriteria om de triage effectiever en efficiënter te laten verlopen. De vraagstelling van het huidige onderzoek was zodoende: 'Wat zijn belangrijke indicatiecriteria voor IHT bij kinderen en jongeren?'. In het huidige kwalitatieve onderzoek worden deze indicatiecriteria opgesteld door met de delphimethode de mening van deskundigen over de indicatiestelling van IHT voor kinderen en jongeren te verzamelen.

METHODE

Het huidige onderzoek is gepreregistreerd op aspredicted.org: 'Delphi study to identify indications for IHT for children and adolescents' (#12998: <http://aspredicted.org/blind.php?x=zf6k7z>). Preregistratie houdt in dat onderzoekers vooraf laten zien wat ze willen onderzoeken en hoe ze dat gaan doen. Preregistratie past binnen een bredere trend om de transparantie van de wetenschap te vergroten.

Het IHT-team

Het IHT-team van Levvel is een multidisciplinair behandelteam, dat direct kan starten, gedurende zes weken meerdere huisbezoeken per dag af kan leggen en verschillende crisisinterventies aanbiedt. Het IHT-team fungeert overdag daarnaast als poortwachter voor de acute opnameafdeling door iedereen te beoordelen die wordt verwezen voor opname.

Delphimethode

De delphimethode is een manier om door herhaalde bevraging van deskundigen consensus te bereiken over een onderwerp. We kozen voor de delphimethode vanwege het anonieme karakter van de methode (kleinere kans op groepsdenken en op conformeren aan de dominante visie ten opzichte van groepsgerichte *face-to-face methoden*). Ook creëert de methode veel draagvlak in de praktijk, aangezien resultaten gebaseerd op consensus doorgaans geaccepteerd worden (Hafner e.a. 2019).

De delphimethode bestaat uit meerdere ronden. In een eerste stelt men een open vraag. De antwoorden op deze open vraag worden geanalyseerd en formuleert stellingen waarop de deskundigen in een tweede ronde een standpunt innemen. Om consensus te bereiken zijn meerdere ronden vereist waarbij de deskundigen per stelling een samenvatting krijgen over de mate van consensus die werd bereikt in de vorige ronde. De achterliggende gedachte is dat de antwoorden van de deskundigen na elke ronde dichter bij elkaar komen te liggen. Het proces van bevraging en feedback herhaalt zich totdat consensus is bereikt of na een afgebakend aantal ronden (Bruijsten e.a. 2018).

De delphimethode vereist minimaal twee ronden en wanneer men in de eerste ronde een open vraag stelt, zijn minimaal drie ronden noodzakelijk. De meeste delphistudies bestaan gemiddeld uit twee of drie ronden (Thangaratnam & Redman 2005).

Deelnemers

Het gemiddelde aantal deelnemers in een delphistudie is 15 tot 30 (Keeney e.a. 2011). Wij benaderden 19 medewerkers van Levvel met expertise op het gebied van psychiatrische crisiszorg bij kinderen en jongeren en kennis van de IHT-methodiek. De deelnemers vertegenwoordigden verschillende disciplines uit het werkveld (kinder- en jeugdpsychiater (6), arts in opleiding tot

psychiater (1), sociaal psychiatrisch verpleegkundige (1), GZ-psycholoog (1), systeemtherapeut (1), ambulant sociotherapeut (8) en teamleider (1)) en hadden veelal ervaring in de intramurale zorg (acute opnameafdeling, (dag)klinische behandelgroep of jeugdzorgplus instelling) of in (outreaching) ambulante teams.

Van de in totaal 19 benaderde deelnemers deden er 18 mee aan ronde 1 (één deelnemer bedankte voor deelname), 17 aan ronde 2 (één non-respons zonder opgaaf van reden), 15 aan ronde 3 (één non-respons vanwege uitdiensttreding en één non-respons vanwege langdurig verlof) en 13 deelnemers aan ronde 4 (twee non-respons zonder opgaaf van reden). De deelnemers hadden gemiddeld ruim 13 jaar ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Procedure en data-analyse

In de eerste ronde van dit onderzoek werd aan de deelnemers gevraagd: 'welke indicatiecriteria moeten volgens u gehanteerd worden om te bepalen of een kind of jongere toelaatbaar is tot de doelgroep van IHT?'. De antwoorden op deze open vraag werden geanalyseerd met open coderen (*open coding*). Dit is een proces waarbij alle verzamelde gegevens nauwkeurig worden gelezen en opgedeeld in fragmenten. Relevante fragmenten worden met elkaar vergeleken en gelabeld met de woorden die de deelnemers zelf gebruiken (in-vivo), eigen taalgebruik van de onderzoeker of theorieën en begrippen uit literatuurstudies (constructed codes) (Boeije 2005).

Het proces van open coderen werd gedaan door twee onderzoekers met het softwareprogramma MAXQDA (maxqda.com). De onderzoekers bereikten overeenstemming over het codeersysteem (bij welke code wordt een fragment ondergebracht) door de data van drie deelnemers gezamenlijk te lezen en te bespreken. Het resultaat van het open coderen was een lijst met stellingen die de deelnemers in de drie daaropvolgende ronden beoordeelden op de mate waarin zij het met de stellingen eens waren. Deelnemers gaven antwoord op een 5-puntschaal (helemaal mee eens tot helemaal mee oneens). Om inzicht te krijgen in de antwoordkeuzes hadden de deelnemers de mogelijkheid om hun antwoord toe te lichten. In navolging van Bruijsten e.a. (2018) namen we een stelling op in de definitieve lijst met indicatiecriteria wanneer meer dan 80% van de deelnemers de stelling als belangrijk waardeerde en verwierpen we een stelling wanneer minder dan 60% van de deelnemers de stelling als belangrijk waardeerde.

Wanneer 60 tot 79% van de deelnemers een stelling als belangrijk waardeerde, legden we deze in een volgende ronde opnieuw aan de deelnemers voor. Om de kans op consensus (inclusie of exclusie van een stelling in/van de definitieve lijst met indicatiecriteria) te verhogen pasten we deze stellingen in een volgende ronde aan op basis van de toelichtingen van de deelnemers in de vorige ronde. De analyse van deze toelichtingen gebeurde opnieuw met open coderen.

Tabel 1. Lijst met indicatiecriteria voor IHT bij kinderen en adolescenten

NR	INHOUDELIJKE CRITERIA	% EENS
	Doelstelling	
1	IHT is geïndiceerd wanneer men verwacht dat snel opschalen van zorg een opname kan voorkómen.	100
2	IHT is geïndiceerd wanneer men verwacht dat snel opschalen van zorg een opname kan verkorten.	100
3	IHT is geïndiceerd wanneer men verwacht dat snel opschalen van zorg een escalatie van een crisis kan voorkómen.	100
4	IHT is geïndiceerd wanneer men verwacht dat snel opschalen van zorg een crisis kan voorkómen.	82,35
	Doelgroep	
5	Om geïndiceerd te kunnen zijn moet er (een vermoeden van) psychiatrische problematiek zijn.	100
6	Het soort stoornis is niet bepalend voor de indicatie van IHT (patiënten worden niet uitgesloten o.b.v. classificatie).	94,12
7	Om geïndiceerd te kunnen zijn moet er een crisis zijn.	82,35
8	Onder crisis verstaan we een situatie waarin er geen uitstel van zorg mogelijk is (acuut).	88,24
9	Onder crisis verstaan we een situatie waarin er verschillende personen in crisis kunnen zijn, onder wie de patiënt.	100
10	Onder crisis verstaan we een situatie waarin er verschillende personen in crisis kunnen zijn, onder wie de ouders/verzorgers.	100
11	Ook wanneer enkel de betrokken hulpverlening in crisis is, kan IHT geïndiceerd zijn (bijv. voor de-escalatie via consultatie).	100
12	Om van een crisis te kunnen spreken moet de draaglast recent zijn toegenomen (bijv. toename klachten) en/of de draagkracht recent zijn afgenomen (bijv. ten gevolge van overbelasting).	84,62
13	IHT is geïndiceerd wanneer de crisis hoofdzakelijk lijkt voort te komen uit psychiatrische problematiek (causaal).	88,24
14	IHT is geïndiceerd wanneer de crisis lijkt samen te hangen met de psychiatrische problematiek (correlatieel).	100
15	Om geïndiceerd te kunnen zijn, moet het aanbod van IHT (kortdurende, intensieve hulp door verschillende hulpverleners) aansluiten bij de behoeften van de patiënt.	82,35
16	Om geïndiceerd te kunnen zijn, moet de thuissituatie voldoende veilig zijn voor de hulpverlener van IHT.	88,24
17	Een verwijzing naar IHT voor crisiszorg is geïndiceerd in geval van een psychiatrische crisis waarbij de betrokken hulpverlening zelf niet kan bieden wat nodig is.	92,31
	Behandelaanbod	
18	IHT is geïndiceerd wanneer er vraag is om een beoordeling wegens een psychiatrische crisis.	94,12
19	IHT is geïndiceerd wanneer er behoefte is aan consultatie wegens een psychiatrische crisis.	94,12
	Betrokken hulpverlening	
20	De betrokken hulpverlening moet tijdens het IHT-traject betrokken blijven en na het IHT-traject de zorg weer overnemen (tenzij tot een ander zorgkader besloten wordt).	100
21	Het IHT-team heeft de vrijheid om naar eigen inzicht af te wijken van de indicatiecriteria. Echter, wanneer men afwijkt van de indicatiecriteria staat het IHT-team open voor toelichting, overleg en evaluatie van deze beslissing.	93,33
	Zorglogistiek	
22	IHT kan ook geïndiceerd zijn in een gedwongen zorgkader.	80
23	Wanneer de jongere (12 tot 16) niet instemt met behandeling kan men via de ouders/verzorgers werken.	80
24	Alle professionals kunnen contact opnemen met IHT voor consultatie.	92,31
25	Een verwijzing naar IHT voor een beoordeling moet komen van een wettelijke verwijzer (huisarts, jeugdarts, medisch specialist, wijkteams, veilig thuis en Samen DOEN of een instelling voor jeugdbescherming of jeugdreclassering).	84,62
26	Praktische bezwaren zoals reistijd, teamformatie en caseload dienen mee te wegen in de indicatiestelling.	92,31
	ORGANISATORISCHE CRITERIA	
	Behandelaanbod	
27	IHT-team beoordeelt laagdrempelig, dat wil zeggen: 'we gaan er op af, evalueren doen we achteraf'.	82,35
28	IHT-team kan na een beoordeling afzien van een IHT-traject.	88,24
29	IHT-team doet beoordelingen binnen 24-48 uur (semi-acuut).	93,33
30	Indien er ruimte is kan IHT-team ook beoordelingen doen binnen 4-24 uur.	92,31
	Zorglogistiek	
31	IHT is geïndiceerd vanaf 4 jaar.	82,35
32	Of IHT geïndiceerd is voor patiënten in de transitieleeftijd (18+) is mede afhankelijk van andere factoren (reeds aanwezige hulpverlening, ontwikkelingsleeftijd, afbakening naar volwassenenpsychiatrie etc.) en dit moet men daarom individueel bekijken.	93,33
33	IHT is er voor patiënten die in een contractregio van de organisatie wonen.	84,62

Tabel 2. Stellingen waarover nog geen consensus werd bereikt na vier rondes

	% EENS
Zorglogistiek	
Indien er ruimte is kan het IHT-team acute crisisbeoordelingen doen (binnen 4 uur).	69,23
Indien er ruimte is kan het IHT-team reguliere beoordelingen doen (niet acuut of semi-acuut).	69,23
Beoordelingen die kunnen wachten tot de reguliere hulpverlening beschikbaar is, zijn niet voor IHT-team.	69,23

De uiteindelijke indeling van stellingen in thema's in de definitieve lijst van indicatiecriteria (zie [tabel 1](#)) werd door de twee onderzoekers gezamenlijk gemaakt.

RESULTATEN

Na de eerste ronde leverde de analyse 47 stellingen op. Na de tweede ronde konden we 20 van deze stellingen opnemen in de definitieve lijst met indicatiecriteria en 16 stellingen verworpen. In ronde drie en vier konden we respectievelijk 6 en 7 stellingen opnemen in de definitieve lijst en werden respectievelijk 9 en 1 stelling(en) verworpen. In totaal werden over drie rondes 33 stellingen opgenomen ($20 + 6 + 7 = 33$) en 26 stellingen verworpen ($16 + 9 + 1 = 26$). Aangezien we tussen de rondes op basis van de toelichtingen van de deelnemers ook nieuwe stellingen formuleerden, werden er uiteindelijk meer stellingen opgenomen en verworpen ($33 + 26 = 59$) dan de oorspronkelijke 47 stellingen uit ronde één. Hoewel we in onze studie na vier rondes nog geen (volledige) consensus bereikten, startten we geen vijfde ronde omdat we verwachtten dat deze nieuwe ronde geen nieuwe informatie op zou leveren. Zie [tabel 1](#) voor de definitieve lijst met indicatiecriteria. Over drie stellingen werd geen consensus bereikt, zie [tabel 2](#).

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was om indicatiecriteria op te stellen voor IHT bij kinderen en jongeren ter bevordering van een meer effectieve en efficiënte triage. We bereikten consensus over 33 indicatiecriteria voor IHT bij kinderen en jongeren, verdeeld over de volgende thema's: doelstelling van IHT, doelgroep, behandelaanbod, de rol en verantwoordelijkheid van de betrokken hulpverlening en zorglogistieke vraagstukken. De indicatiecriteria zijn samengevoegd in een lijst die IHT-teams in de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen gebruiken voor een effectievere en efficiënte triage. De lijst met indicatiecriteria is bedoeld als hulpmiddel en is bedoeld als een basis waarmee men gericht vorm kan geven aan de indicatiestelling. De lijst is echter geen doel op zich en biedt dan ook geen kwantitatief afkappunt. De lijst met indicatiecriteria vertoont op punten overeenkomsten met de *Core CRT Fidelity Scale*, een schaal ontworpen om na te gaan in hoeverre CRHT-teams modelgetrouw werken en waarin cruciale elementen

van CRHT beschreven staan (Lloyd-Evans e.a. 2016). Zo is er overlap in items over de doelstelling van IHT (opnames voorkómen en verkorten) en het behandelaanbod (crisisbeoordelingen en kortdurende thuisbehandeling). Onze lijst bevat echter ook nieuwe items die specifiek gaan over de indicatiestelling en items die specifiek van toepassing zijn op de kinder- en jeugdpsychiatrie en vormt daarmee een belangrijke aanvulling op de *Core CRT Fidelity Scale*.

Inhoudelijke overwegingen

In dit onderzoek waren voor een aantal stellingen meerdere aanpassingen en rondes nodig om tot consensus te komen. De volgende thema's en inhoudelijke overwegingen kwamen hierbij naar voren.

Allereerst vonden de deskundigen het belangrijk om nader op het begrip crisis in te gaan. Zij gaven aan dat 'er in de praktijk soms snel van crisis wordt gesproken' en dat 'verschillende mensen verschillende dingen onder crisis lijken te verstaan'. Met de toelichtingen van de deskundigen kwamen we in ronde 4 met stelling 12 tot de volgende formulering: 'Om van een crisis te kunnen spreken, moet de draaglast recent zijn toegenomen (bijv. toename klachten) en/of de draagkracht recent zijn afgenomen (bijv. ten gevolge van overbelasting)'. Daarnaast was er onder de deskundigen discussie over de vraag of IHT geïndiceerd kan zijn wanneer alleen (of vooral) de betrokken hulpverlening in crisis is. De deskundigen gaven aan dat het voor een antwoord op deze vraag belangrijk was om onderscheid te maken tussen drie vormen van IHT-zorg: consultatie, beoordeling en crisiszorg. De deskundigen zagen geen bezwaar voor het IHT-team om een hulpverlener in crisis consultatie te bieden, maar gaven aan dat er 'meer aan de hand moet zijn bij de jongere of het systeem' voordat men tot een beoordeling of de start van crisiszorg kan overgaan. Uitgesloten moet zijn 'dat de betrokken hulpverlening zelf kan bieden wat nodig is'.

Eenzelfde onderscheid in IHT-aanbod bleek ook van belang voor een antwoord op de vraag wie mag aanmelden bij of verwijzen naar IHT. De deskundigen gaven aan dat alle hulpverleners een beroep kunnen doen op het IHT-team voor consultatie, maar dat voor een beoordeling of voor crisiszorg een wettelijke verwijzing nodig is.

Ook hadden de deelnemers meerdere rondes nodig om consensus te bereiken over een aantal praktische/zorglogistieke vraagstukken, zoals het leeftijdsbereik

van de patiënt die gebruik kan maken van IHT en de regio's die het IHT-team kan bedienen. De deskundigen gaven aan dat 'afstemming met ketenpartner' noodzakelijk is om op deze zorglogistieke vraagstukken tot consensus te komen (zie [tabel 2](#)).

Hoewel er onder de deskundigen consensus bestond over het feit dat IHT ook geïndiceerd kan zijn in een gedwongen zorgkader, vroegen zij zich wel af hoe deze ambulante dwangbehandeling er in de praktijk uit gaat zien. Hoewel deze vraag niet kon worden beantwoord binnen de huidige onderzoeksopzet raden we aan om in vervolgonderzoek voldoende aandacht te besteden aan deze vraag. Daarbij kan de huidige werkwijze die het IHT-team hanteert wanneer een jongere niet instemt met behandeling en waarbij men vooral via ouders werkt wellicht als uitgangspunt dienen.

Beperkingen

Een beperking van het huidige onderzoek is dat de respons van de deskundigen over de rondes afnam (ronde 1: 18, ronde 2: 17, ronde 3: 15, ronde 4: 13). Hoewel de externe validiteit in gevaar kan komen wanneer de respons van deelnemers in een delphistudie over de rondes afneemt, hecht men meer waarde aan de kwaliteit van het samengestelde panel (de deskundigheid) dan aan het aantal deelnemers (Keeney e.a. 2011). Over de deskundigheid van de deelnemers aan het huidige onderzoek bestaat geen twijfel: de deelnemers vertegenwoordigen verschillende disciplines uit het werkveld, waren veelal actief werkzaam in de psychiatrische crisiszorg voor kinderen en jongeren en hadden gemiddeld ruim 13 jaar werkervaring.

Een tweede beperking van het huidige onderzoek is dat alle deelnemers werkzaam waren voor (het IHT-team van) Levvel. De visie en ervaringen van kinderen/jongeren, hun ouders/verzorgers, verwijzers en andere aanbieders van IHT voor kinderen en jongeren in Nederland zijn niet meegenomen in de huidige lijst met indicatiecriteria. Het verdient dan ook aanbeveling om de lijst met indicatiecriteria, evenals de keuze voor IHT ten opzichte van opname, in vervolgonderzoek bij hen op waarde te laten toetsen.

Een andere beperking die voortvloeit uit het feit dat alle deelnemers in de huidige studie werkzaam waren voor Levvel is dat een aantal stellingen in de lijst met indicatiecriteria specifiek gaan over de manier waarop de jeugdhulpverlening is georganiseerd in Amsterdam. Aangezien het de intentie was om een lijst met indicatiecriteria op te stellen die ook andere IHT-teams in de kinder- en jeugdpsychiatrie zouden kunnen toepassen, is de lijst uitgesplitst naar inhoudelijke criteria (breed toepasbaar) en organisatorische criteria (specifiek toepasbaar voor Levvel, maar potentieel ook relevant voor anderen).

CONCLUSIE

De lijst met indicatiecriteria uit het huidige onderzoek vormt een veelbelovend hulpmiddel dat IHT-teams in de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen gebruiken voor een meer gestandaardiseerde triage. De lijst is gecreëerd door én voor de praktijk en heeft om deze reden mogelijk veel draagvlak. De lijst met indicatiecriteria draagt bij aan de verdere ontwikkeling van IHT voor kinderen en jongeren in Nederland. Ook helpt deze, in lijn met de transformatiedoelen, mede vorm te geven aan een flexibel jeugdhulpnetwerk waarbinnen kinderen en jongeren ook tijdens het doormaken van een psychiatrische crisis zo veel mogelijk in de thuissituatie en met hun naasten hulp krijgen.

LITERATUUR

- Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen. Amsterdam: Boom; 2016.
- Bruijsten MXC, Westen KH, Weijman JM, Peeters PAM. Delphi-studie voor de ontwikkeling van een handreiking ter bevordering van een effectief en efficiënt FACT-bordoverleg. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 221-30.
- Evans M, Boothroyd R, Armstrong M, Greenbaum P, Brown E, Kuppinger A. An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families: program outcomes. *J Emot Behav Disord* 2003; 11: 92-102.
- Gotink RA, Bergsma G, Hoogwegt MT, Mulder CL, van Gool AR. Intensive home treatment: een eerste observationele evaluatie. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 713-9.
- Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, e.a. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: The north Islington crisis study. *BMJ* 2005; doi: 10.1136/bmj.38519.678148.8F.
- Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
- Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D. Development of a measure of model fidelity for mental health crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 427.
- Muskens JB, Herpers PCM, van Velthuisen M, van Deurzen PAM, Lahuis BE, van der Gaag RJ. Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis: behandel ouders mee bij 'psychiatrische' adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A 8280.
- Onyett S, Linde K, Glover G, Floyd S, Bradley S, Middleton H. A national survey of crisis resolution teams in England. 2006. <http://eprints.nottingham.ac.uk/id/eprint/789>.
- Prinsen E, Wel B, Mulder N, de Koning N. Handboek intensive home treatment. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Rijksoverheid. Jeugdhulp bij gemeenten. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>.

SUMMARY

Intensive home treatment (IHT): indication criteria for children and adolescents

L. van den Boogaard, A. Popma, M. van der Hoeven, M. van den Boer, P. Bokhorst, A. Heerma, M. van der Meer, J. Steenmeijer, B. van der Stegen, T.j. Dekkers

Background Intensive home treatment (IHT) is an intervention that provides intensive psychiatric (crisis) care in the home environment.

Aim To formulate indication criteria for IHT in children and adolescents, to improve assessment and to reduce the time needed for triage.

Method The Delphi method was used to assess the opinion of experts on the indication for IHT in children and adolescents. In round 1, 18 employees of the IHT team of Levvel (Academic Centre for Child and Adolescent Psychiatry) list the indication criteria that they thought should be used to determine whether a patient belonged to the IHT target group. Open coding was used to analyze the responses and to derive statements that, in the following three rounds, were rated by the participants on their importance.

Results 33 statements were deemed important enough (> 80% consensus) to include in the final list. These statements concerned the aim, target group, treatment services, the role and responsibilities of the referrer and logistical issues.

Conclusion The list with assessment indicators is a promising tool to help IHT teams working with children and adolescents improve and standardize their triage.