

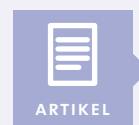
Intensive home treatment: een eerste observationele evaluatie

R.A. GOTINK, G. BERGSMA, M.T. HOOGWEGT, C.L. MULDER, A.R. VAN GOOL

- ACHTERGROND** Bij intensive home treatment (IHT) bieden we bij Yulius zes weken zorg in de thuissituatie aan psychiatrische patiënten in crisis, voor wie normaal gesproken open opname geïndiceerd is.
- DOEL** Kenmerken van de patiëntenpopulatie, de inhoud en uitkomsten van IHT in kaart brengen.
- METHODE** Beschrijven van 75 opeenvolgende aanmeldingen voor IHT met voor- en nameting.
- RESULTATEN** Bij 15 patiënten was er een aanmelding vanuit opname en bij 60 om opname te voorkomen. Uiteindelijk kregen 59 van de aangemelde patiënten IHT; 41 patiënten hebben de zesweekse module afgemaakt en de nameting bijgewoond. Psychiatrische symptomen, suïcidaliteit, en mantelzorgbelasting verbeterden significant en de evaluatie was zeer positief. Voor 75% van de patiënten bij wie IHT als opnameverkoortend, en voor ruim 91% van de patiënten bij wie IHT als opnamevoorkomend werd ingezet, was IHT voldoende om niet opgenomen te hoeven worden.
- CONCLUSIE** IHT werd zeer gewaardeerd en is mogelijk een goed alternatief voor opname. Om de daadwerkelijke effectiviteit vergeleken met opname vast te stellen is gerandomiseerd onderzoek nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 713-719

TREFWOORDEN behandel-evaluatie, cohort, intensive home treatment



In toenemende mate wordt geprobeerd patiënten met een psychiatrische crisis niet op te nemen, maar in hun eigen leefomgeving te behandelen middels *intensive home treatment* (IHT). IHT binnen ggz-organisatie Yulius betreft een ambulante behandelmodule die binnen enkele dagen na aanmelding moet kunnen starten, dagelijkse huisbezoeken door een multidisciplinair behandelteam omvat en verschillende interventies biedt. De beoogde duur van IHT-behandeling is zes weken, waarna de behandeling weer door de eigen ambulante behandelaar wordt voortgezet of er wordt verwezen naar andere passende behandeling.

Uit een recent overzichtartikel blijkt dat IHT vergeleken met standaardzorg leidt tot meer tevredenheid bij zowel cliënt als de familie, de mantelzorgbelasting doet afnemen, en het klachtenniveau verlaagt (Murphy e.a. 2012). Ook zijn er zes maanden na IHT geen verschillen in sterfte, suïcidepogingen, geweld, verlies van baan of woning (Johnson e.a. 2005). Evaluatie van landelijke invoering in Engeland toonde een afname van het aantal opnames met 22,7% en

een afname van het aantal opnamedagen met 11,6% (Glover e.a. 2006). Bovendien is opname duurder dan thuisbehandeling (Fenton 1982).

Wij verrichtten een naturalistische behandel-evaluatie om praktijkervaring en eventuele verbeterpunten in kaart te brengen. We keken naar de kenmerken van de patiëntenpopulatie, de inhoud van de IHT-module, de uitkomsten en de factoren die samenhangen met deze uitkomsten, naar het vervolg van de zorg en naar eventuele heropname na beëindiging van IHT.

METHODE

IHT-interventie

Het IHT-team bestaat uit psychiaters (1,4 fte), sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en een GZ-psycholoog (samen 3,5 fte), verpleegkundigen, een maatschappelijk werker en een activiteitenbegeleider (samen 10 fte). Huisbezoeken zijn 7 dagen in de week tot

tweemaal daags mogelijk. Daarnaast is er 24/7 telefonische bereikbaarheid. De maximale duur van IHT is zes weken. Het IHT-team biedt onder andere diagnostiek, medicamenteuze behandeling, psycho-educatie aan patiënt en patiëntensysteem, aanbrengen van dagstructuur, praktische ondersteuning, systeeminterventies en toeleiding naar verdere zorg.

Patiëntenpopulatie

We includeerden 75 opeenvolgende patiënten die werden aangemeld voor IHT en die voldeden aan de volgende criteria:

- 21 jaar oud of ouder;
- ten minste een sterk vermoeden van een psychiatrische stoornis; een crisis die door de behandelaar/aanmelder als ernstig genoeg werd ingeschat om opname op een open afdeling te rechtvaardigen en/of waarbij werd ingeschat dat behandeling door een IHT-team de crisis zou kunnen afwenden. Het IHT-team beoordeelde vervolgens of de patiënt in aanmerking kwam voor IHT.

Uitkomstmaten en meetinstrumenten

TABEL 1 biedt een overzicht van de meetmomenten.

- Sociodemografische variabelen (woon- en gezinsituatie, opleidingsniveau, maatschappelijke positie (wel of geen betaald werk), en aanwezigheid van een mantelzorger).
- Klachten en symptomen (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS; Overall & Gorham 1962): 24 items over verschillende symptoomgroepen (angstklachten, stemmingsklachten, psychotische symptomen etc.). 14 items worden gescoord met zelfrapportage en 10 items middels gedrag- en spraakobservatie. Items lopen van 1 = niet aanwezig tot 7 = zeer ernstig.
- Suïcidaliteit (subschaal *MINI International Neuropsychiatric Interview*; Sheehan e.a. 1998). Een inschatting in de categorieën laag, matig of hoog suïciderisico op basis van zes ja/nee-items en een afweging door de hulpverlener.
- Agressie (*Brøset Violence Checklist*, BVC; Almvik e.a. 2000). Een score van ≥ 2 geldt als duidelijk verhoogd risico op incidenten.
- Functioneren (*Outcome Questionnaire 45*, OQ-45; Lambert e.a. 1996). De 45 items worden onderverdeeld in de subschalen symptomatische distress, interpersoonlijke relaties, en sociale rol. Items lopen van 0 = nooit tot 4 = bijna altijd.
- Patiënttevredenheid (*Consumer Quality Index*, CQ-index).
- Belasting van mantelzorger (*Ervaren Druk door Informele Zorg*, EDIZ).

Data-analyse

Descriptieve analyses van de kenmerken van de patiëntenpopulatie, de ingezette interventies gedurende IHT, en het

AUTEURS

RINSKE GOTINK, psycholoog, Yulius Geestelijke Gezondheid.

GABRIËLLE BERGSMA, verpleegkundig specialist ggz, Yulius Geestelijke Gezondheid.

MADELEIN HOOGWEGT, psycholoog, afd. Medische Psychologie en Psychiatrie, Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo-Nebo.

NIELS MULDER, bijzonder hoogleraar Openbare ggz, programmaleider Epidemiological Social Psychiatric Research institute (ESPRI), Erasmus MC, en psychiater, BavoEuropoort (Parnassia Groep).

ARTHUR VAN GOOL, psychiater, directeur Yulius Academie en waarnemend A-opleider, Yulius Geestelijke Gezondheid.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.R. Van Gool, Yulius Academie, Yulius Geestelijke Gezondheid, Dennenhout 1, 2994 GC Barendrecht.
E-mail: a.vangool@yulius.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-4-2017.

vervolgtraject na IHT, en tweezijdige, gepaarde t-toetsen voor de veranderingen over de tijd in klachten, tevredenheid, en mantelzorgbelasting zijn uitgevoerd. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS 20.0 (IBM Corp).

RESULTATEN

Deelnemers

Op het moment van aanmelding waren 15 patiënten opgenomen, 60 aanmeldingen kwamen van andere zorgverwijzers (zie **FIGUUR 1** en **TABEL 2**). De frequentste aanmeldredenen waren toename van ernst van de stoornis (36 patiënten, van wie er 30 uiteindelijk IHT kregen) en toename van suïcidaliteit (15 keer). Van de 75 patiënten werden er 16 direct doorverwezen naar andere zorg, daar volgens het team minder intensieve zorg zou volstaan (75% als reden), 59 patiënten startten met IHT (79%). Ook hadden de doorverwezen patiënten minder vaak een mantelzorger (25% versus 78%; $p < 0,001$).

De gemiddelde leeftijd van de 59 patiënten die met IHT startten, was 45,6 jaar, 73% was vrouw. 46 deelnemers hadden een mantelzorger (bij ruim 80% was dit de partner, anders een ouder of kind). Bij 32 patiënten (ruim 54%) woonden kinderen in huis.

TABEL 1 Overzicht meetmomenten

IHT-traject	Te meten construct	Meetinstrument	Ingevuld door
To. Aanmelding door verwijzer	basisgegevens patiënt	aanmeldformulier	hulpverlener
T1. Intake door behandelaar: eerste huisbezoek (binnen een week)	sociaaldemografische gegevens	vragenlijst	hulpverlener
	agressie	BVC	hulpverlener
	suïcidaliteit	MINI	hulpverlener
	psychiatrische klachten	BPRS	hulpverlener
	welzijn	OQ-45	patiënt
T2. Afsluiting IHT-traject: laatste huisbezoek	mantelzorgbelasting	EDIZ	mantelzorg
	agressie	BVC	hulpverlener
	suïcidaliteit	MINI	hulpverlener
	psychiatrische klachten	BPRS	hulpverlener
	welzijn	OQ-45	patiënt
	mantelzorgbelasting	EDIZ	mantelzorg
	patiënttevredenheid	CQ-index	patiënt
	behandelkarakteristieken	Formulier beëindiging IHT	hulpverlener

BVC: Brøset Violence Checklist; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; OQ-45: Outcome Questionnaire-45; EDIZ: Ervaren Druk door Informele Zorg; CQ-index: Consumer Quality index

Belooft tijdens IHT

Zie **FIGUUR 1**. Tijdens IHT werden 5 patiënten alsnog opgenomen, 3 konden tussentijds al naar een FACT-team (*flexible assertive community treatment*), en 3 naar een PIT-team (psychiatrische intensieve thuiszorg; deze vorm van zorg is minder intensief, maar langduriger). Drie andere patiënten gingen over naar PIT door capaciteitsproblemen in het IHT-team. Bij 40 patiënten (ruim 85%) bleek het gelukt om opname te voorkomen, bij 9 (75%) om hun opname te verkorten.

41 patiënten maakten de zes weken af (68%) en namen deel aan het tweede meetmoment. De mensen die tijdens de IHT overgingen naar andere zorg hadden een significant hogere beginscore op de BPRS (50,4 versus 33,1; $p = 0,02$).

Interventie

Tijdens IHT werden gemiddeld 6,9 interventies (SD 2,9) toegepast (uitersten: 2-14; 278 in totaal), waarvan ondersteunende gesprekken en farmacotherapie het vaakst, en activiteitenbegeleiding en huishoudelijke ondersteuning het minst. Huisbezoeken eenmaal daags bleken doorgaans afdoende.

Er vonden 5 incidenten plaats (een vermoeden van intoxicatie door foutieve medicatie-inname, een verbale woedeaanval op een uitkeringsinstantie, contact met de politie en tweemaal een somatische opname).

Psychiatrische symptomen namen tijdens IHT significant af met gemiddeld 15,97 punten op de BPRS (48,5%; $p < 0,001$, consensus voor klinische verbetering is 30%) (zie **TABEL 3**). Suïcidaliteit nam significant af. Agressie was laag bij aanvang en verdween vrijwel helemaal gedurende IHT. De somscore op de OQ-45 was vóór IHT relatief hoog (130,76), hetgeen grotendeels door de score op de subschaal *symptomatic distress* werd verklaard. De scores op alle subschalen verbeterden significant. Mantelzorgers rapporteerden een significante afname van zorgbelasting.

Evaluatie

Patiënten waren zeer tevreden over IHT, en gaven gemiddeld een 8,55 ($n = 40$). Het steunsysteem gaf een 7,96 als rapportcijfer ($n = 23$ van de 34 mantelzorgers). Positieve punten waren de persoonlijke aandacht, betrokkenheid en deskundigheid. Wel gaven 4 patiënten (16,7%) aan dat ze liever steeds dezelfde hulpverlener hadden, en 4 anderen wilden duidelijker afspraken over wanneer iemand langskwam.

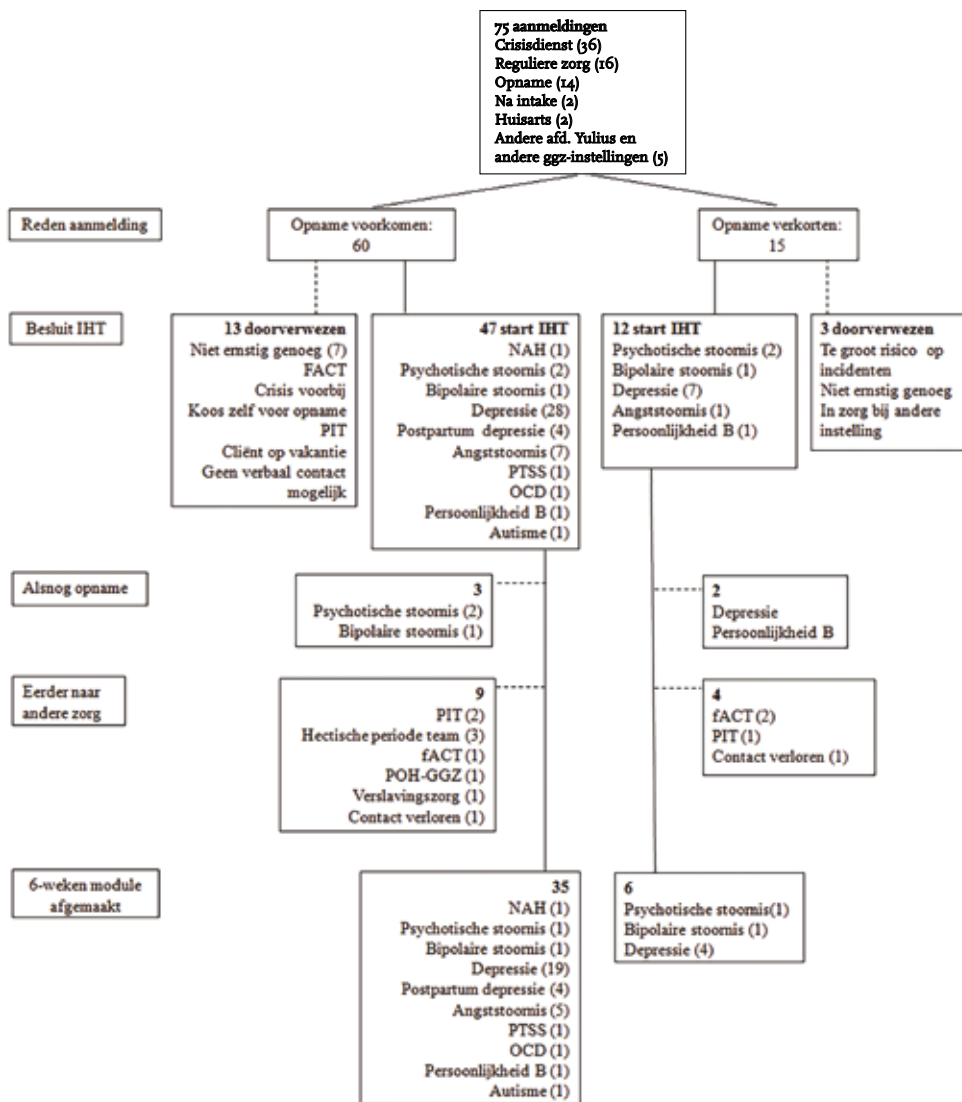
Vervolg na beëindiging van IHT

Bij 17 patiënten werd na 6 weken IHT verlengd als overbrugging tot ambulante zorg beschikbaar was. Na IHT werden 24 patiënten doorverwezen naar specialistische ggz (ruim 58%), 6 naar de generalistische ggz (15%), 2 naar FACT en deeltijdbehandeling, en 6 werden niet naar andere zorg doorverwezen. Niemand werd direct na IHT opgenomen.

TABEL 2 Kenmerken van deelnemers

	IHT gestart (n = 59)	Doorverwezen naar andere zorg (n = 16)
Gem. leeftijd (SD)	45,6 (15,1)	49,6 (15,1)
% vrouw	73%	63%
Mantelzorger beschikbaar	78%	25%
In eigen woning	49 (83%)	
Samenwonend	35 (59%)	
Hoogste opleidingsniveau		
Basisschool	6 (15%)	
Mavo/mbo	26 (67%)	
Havo/hbo	7 (18%)	
Betaald werk	23 (39%)	
Met pensioen	3 (5%)	
Studerend	4 (7%)	
Kinderen in huis	32 (54%)	
Verwijzer		
Crisisdienst	30 (51%)	6 (37%)
Yulius reguliere zorg	11 (19%)	5 (31%)
Yulius opname	13 (22%)	3 (19%)
Extern	5 (8%)	2 (12%)
Reden aanmelding		
Toename ernst stoornis (%)	30 (51%)	6 (37%)
Toename suïcidaal gedrag (%)	13 (22%)	2 (12%)
Opname verkorten (%)	12 (20%)	3 (19%)
Verzoek steunsysteem (%)	2 (3%)	1 (6%)
Diagnostiek (%)	1 (2%)	2 (12%)
Anders (%)	1 (2%)	2 (12%)
Hoofddiagnose volgens DSM-IV		
Depressieve stoornis (%)	39 (66%)	7 (44%)
Angststoornis (%)	8 (14%)	2 (12%)
Psychotische stoornis (%)	4 (7%)	1 (6%)
Bipolaire stoornis (%)	2 (3%)	2 (12%)
Persoonlijkheidsstoornis B (%)	2 (3%)	-
Anders	4 (7%)	4 (25%)
Comorbide diagnose volgens DSM-IV		
Depressieve stoornis (%)	8 (14%)	-
Angststoornis (%)	6 (10%)	-
Psychotische stoornis (%)	1 (2%)	-
Bipolaire stoornis (%)	1 (2%)	-
Persoonlijkheidsstoornis (%)	8 (14%)	5 (31%)
Verstandelijke beperking (%)	1 (2%)	2 (12%)
Anders	9 (15%)	-
Geen	25 (42%)	9 (56%)

FIGUUR 1 Stroomdiagram van deelnemers



TABEL 3 Beginmeting intensive home treatment (IHT)*

	Beginmeting	Cut-off	Gemiddeld verschil	SD	N	T	p-waarde
Klachten (BPRS)	33,72	30	-15,72	13,54	36	6,97	0,000
Suïciderisico (MINI)	1,40	1	-,80	,80	40	6,40	0,000
Agressie (BVC)	0,69	1	-,64	1,23	39	3,21	0,003
Somscore OQ-45	130,76	63	-23,34	24,25	41	6,16	0,000
Symptom distress	78,37	36	-15,29	15,95	41	6,14	0,000
Interpersoonlijke relaties	29,51	15	-4,17	6,25	41	4,27	0,000
Sociale rol	22,88	12	-3,88	6,06	41	4,10	0,000
Mantelzorgerbelasting (EDIZ)	30,50	-	-6,00	7,16	22	3,93	0,001

*Afkortingen: zie **TABEL 1**

DISCUSSIE

Uitkomsten

Op basis van deze behandel-evaluatieve studie lijkt het merendeel van de voor IHT geselecteerde patiënten zonder opname te kunnen. Van de 59 tot IHT toegelaten patiënten was bij 9 hun opname verkort, en bij 40 patiënten geïndiceerd voor opname was IHT afdoende om opname te voorkomen. Vijf patiënten zijn tijdens IHT alsnog opgenomen. Bij de patiënten die de IHT-module hebben afgemaakt, zijn psychiatrische klachten en symptomen, algemeen functioneren en de ervaren belasting van de mantelzorgers significant verbeterd. De goede bereikbaarheid en het persoonlijke contact worden door zowel patiënt als mantelzorgers erg gewaardeerd. Aangewezen verbeterpunten zijn duidelijkheid omtrent afspraken en de continuïteit van hulpverlener.

IHT kan worden ingezet om het gezinssysteem bijeen te houden, bijvoorbeeld bij post-partumdepressie. Opvallend was dat 69% van de hoofddiagnoses affectieve stoornissen betrof. In 2015 zijn bij Yulius 789 volwassen patiënten vrijwillig opgenomen, van wie 249 met affectieve problematiek. Wanneer we uitgaan van een jaarlijkse inclusiecapaciteit van het IHT-team van 150 patiënten, en de ogenschijnlijk goede compatibiliteit bij affectieve problema-

tiek, zou mogelijk bij meer patiënten opname vervangen of voorkomen kunnen worden.

Beperkingen

Deze exploratieve studie heeft beperkingen: er is geen controlegroep, waardoor onduidelijk is of opnames daadwerkelijk zijn voorkomen of verkort, en de follow-up is maximaal acht weken. Het is dus niet bekend hoe het de patiënten over de lange termijn vergaat. Ten slotte kunnen we met deze studieopzet niet concluderen of de klinische verbeteringen optreden door IHT, door andere factoren of door natuurlijk beloop. Interventieonderzoek wordt bemoeilijkt doordat de wilsbekwaamheid om toe te stemmen in deelname van patiënten in crisis ter discussie staat. Daarnaast botst de bedenktijd die nodig is voor informed consent met de vaak geboden haast. Door deze praktische en ethische struikelblokken zijn er maar weinig gerandomiseerde onderzoeken van goede kwaliteit beschikbaar.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat IHT een alternatief lijkt voor opname, met name bij affectieve stoornissen, maar grondiger (gerandomiseerd) onderzoek is nodig om de effectiviteit van de interventie vast te stellen.

LITERATUUR

- Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpersonal Violence* 2000; 15: 1284-96.
- Fenton FR. A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Can J Psychiatry* 1982; 27: 177-87.
- Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 441-5.
- 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; 331: 599.
- Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC, e.a. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 1996; 3: 249-58.
- Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illness (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5: CD001087.
- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10: 790-812.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.

SUMMARY

Intensive home treatment: a first observational evaluation

R.A. GOTINK, G. BERGSMA, M.T. HOOGWEGT, C.L. MULDER, A.R. VAN GOOL

BACKGROUND Intensive home treatment (IHT) offers six weeks of home-care to psychiatric patients in crisis who would normally be hospitalised.

AIM To study patient characteristics and the content and outcomes of IHT.

METHOD We followed the handling of 75 consecutive applications for IHT. Details were recorded before and after admission to the treatment.

RESULTS Fifteen patients were referred in order to shorten the period of hospitalisation, and 60 were referred in order to prevent hospitalisation; 59 of the 75 persons admitted for the treatment received IHT, and 41 patients finished the six-week module and provided follow-up data. Psychiatric symptoms improved significantly, suicidality was reduced, the caregiver's burden became much lighter and the evaluation by both patient and caregiver was very positive. IHT was sufficient to prevent the need for hospitalisation of 75% of the patients referred for reduced hospitalisation, and it was also adequate to prevent the hospitalisation of more than 91% of patients referred for that particular purpose.

CONCLUSION IHT is highly appreciated and is possibly a good alternative to hospitalisation. However, in the future there will have to be randomised, controlled research in order to determine the effectiveness of IHT compared to hospitalisation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 713-719

KEY WORDS cohort study, intensive home treatment, treatment evaluation