

SAMENVATTING HIGH AND INTENSIVE CARE (HIC) IN PSYCHIATRY: DEVELOPMENTS, IMPLEMENTATION & EFFECTS (proefschrift)

Door: Laura van Melle

Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling, implementatie en effecten van het High en Intensive Care-model (HIC-model) op de kwaliteit van zorg en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de acute geestelijke gezondheidszorg in Nederland (GGZ). Het HIC-model is een nieuwe landelijke aanpak voor hoogwaardige intramurale zorg. In het HIC-model staat proactief werken centraal om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen en de samenwerking tussen ambulante zorg en de kliniek te verbeteren.

In de algemene inleiding (**Hoofdstuk 1**) worden de ontwikkelingen in de GGZ om de klinische praktijk te verbeteren beschreven die hebben geleid tot de ontwikkeling van het HIC-model. Rond de eeuwwisseling nam in Nederland de aandacht voor het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen toe, met in het bijzonder aandacht voor separatie. Ondanks dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor therapeutisch effecten van separatie en verschillende studies de negatieve gevolgen van separatie voor patiënten en zorgprofessionals aantonen, was separatie toch een veel toegepaste vrijheidsbeperkende interventie. In 2001 werden kwaliteitscriteria ontwikkeld en geïmplementeerd in twaalf ggz-instellingen om de kwaliteit van de zorg rond separaties te verbeteren. Ter ondersteuning van het doel van de Nederlandse brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland) om separatie jaarlijks met tien procent te verminderen, verleende de Nederlandse overheid in 2006 financiering voor projecten bij instellingen. In 2007 namen in totaal 34 ggz-instellingen deel aan dit landelijke programma. In deze periode ontwikkelden zes ggz-instellingen een nieuwe registratiemethode voor vrijheidsbeperkende maatregelen, genaamd "Argus", waarmee betrouwbare gegevens over dwang konden worden verzameld en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen geëvalueerd kon worden. Om de algemene zorgstandaard op gesloten afdelingen voor acute psychiatrie te verbeteren startte een aantal instellingen in 2009 een project ter ontwikkeling van criteria voor High Care. Rond dezelfde periode nam GGZ Nederland het initiatief om veldnormen voor Intensive Care te ontwikkelen. Een gebrek aan aandacht voor het verminderen van dwang zorgde voor kritiek op deze veldnormen, hetgeen de noodzaak benadrukte om Intensive Care verder te ontwikkelen. Een gecombineerde aanpak was nodig.

De behoefte aan een gecombineerde aanpak nam verder toe in 2012 vanwege het beleid om het aantal klinische bedden met een derde te verminderen. Dit veroorzaakte een verhoogde druk op de resterende bedden en vergrootte de behoefte aan betere standaarden voor intramurale zorg.

Tegelijkertijd eindigden de projecten om dwang te reduceren zonder dat het beoogde resultaat was gerealiseerd. Instellingen verschilden onderling sterk in de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en in de keuze voor interventies die ingezet werden om dwang te reduceren. Een nieuwe landelijke standaard voor de kliniek was nodig waarin uitgangspunten vanuit herstelondersteunende zorg en zorgethische waarden werden meegenomen om kwalitatief goede zorg na te streven en dwang verder te verminderen. In 2012 kwamen experts van verschillende disciplines en achtergronden bijeen en werd consensus gezocht in de combinatie van best en evidence based practices en andere inzichten uit de dwangreductieprojecten. Deze expertmeetings, afgewisseld met platformbijeenkomsten waar veel professionals uit ggz-instellingen aanwezig waren, resulteerde in het High en Intensive Care (HIC)-model. In 2013 werd een boek gepresenteerd waarin het HIC-model werd beschreven, inclusief een modelgetrouwheidsschaal; de HIC-monitor.

Dit proefschrift beoogt het HIC-model te evalueren. De centrale onderzoeksvraag van het proefschrift is: *"Wat is de relevantie van HIC voor de geestelijke gezondheidszorg en in het bijzonder voor de kwaliteit van zorg en de vermindering van dwang?"*

Dit proefschrift bestaat uit drie delen: ontwikkeling, implementatie en effecten. Het eerste deel (ontwikkeling) gaat in op de vraag hoe het HIC-model werd ontwikkeld en wat de belangrijkste elementen van HIC zijn (hoofdstuk 2). Bovendien komt de vraag aan de orde hoe implementatie kan worden gemeten (hoofdstuk 3). Het tweede deel (implementatie) richt zich op de vraag in hoeverre het HIC-model wordt geïmplementeerd door ggz-instellingen in Nederland en wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn in dit implementatieproces (hoofdstuk 4 en 5). In het laatste deel (effecten) worden de effecten van de implementatie van het HIC-model op de kwaliteit van zorg en op het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies onderzocht (hoofdstukken 6, 7 en 8).

DEEL 1: ontwikkeling

Het eerste deel begint in **Hoofdstuk 2** met een beschrijving van de ontwikkeling en inhoud van het HIC-model. Het HIC-model is het resultaat van een bottom-up proces met professionals, gebruikersorganisaties, management en vertegenwoordigers van patiënten en naasten. Een eerste voorstel voor het model werd gedaan op basis van literatuuronderzoek en gegevens uit interviews en focusgroepen bij 26 ggz-instellingen. Vervolgens werd het voorstel voor het model in drie tweedaagse expertmeetings met deelnemers van vijftien ggz-instellingen en in een aantal platformbijeenkomsten besproken en aangescherpt. Het HIC-model beoogt dwang te reduceren door de focus te leggen op contact en samenwerking tussen zorgprofessionals, patiënten en naasten. De vijf belangrijkste kernelementen van HIC zijn: (1) het voorkomen van separatie door middel van een stap-voor-stap benadering, ook wel stepped care-principe genoemd; (2) een proces van opname, behandeling en zorg

in zes stappen; (3) het combineren van het medische model en herstelondersteunende zorg; (4) het combineren van professionele -en ervaringskennis; en (5) het creëren van een helende omgeving. Het HIC-model verschilt van de, in andere landen al reeds bestaande, psychiatrische intensive care units (PICU's) doordat het zich richt op samenwerking met ambulante zorg, contact tussen zorgprofessionals, patiënten en naasten en het voorkomen van dwang.

In **Hoofdstuk 3** wordt aan de hand van verschillende methoden de HIC-monitor gevalideerd. De HIC-monitor is ontwikkeld om inzicht te geven in de mate van implementatie van het HIC-model voor onderzoeksdoeleinden en voor ggz-instellingen als ondersteuning bij de implementatie van het model. Om de HIC-monitor van waarde te laten zijn, was validatie van het instrument nodig. Voor de beoordeling van de psychometrische eigenschappen van de HIC-monitor werden 37 audits gehouden op acute gesloten afdelingen bij 20 ggz-instellingen in Nederland. Uit de bevindingen blijkt dat de HIC-monitor een redelijk goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft en voldoende inhouds -en constructvaliditeit. Uit het onderzoek blijkt tevens dat de HIC-monitor een goed instrument is om implementatie van het HIC-model op gesloten afdelingen voor acute psychiatrie te beoordelen voor onderzoeksdoeleinden. Bovendien kan het worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden bij instellingen om verbeterprocessen omtrent de implementatie van het HIC model te begeleiden.

DEEL 2: implementatie

In het tweede deel van dit proefschrift wordt het implementatieproces van het HIC-model bestudeerd met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden.

In **Hoofdstuk 4** worden de ervaren motiverende factoren voor verandering van professionals en bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie in kaart gebracht. Voor dit onderzoek zijn 41 semi-gestructureerde interviews gehouden met verschillende belanghebbenden op 29 gesloten afdelingen voor acute psychiatrie van 21 ggz-instellingen in Nederland. Uit de bevindingen komen drie belangrijke drijfveren voor verandering naar voren: het HIC-model biedt een combinatie van bestaande interventies in één totaalaanpak om dwang te verminderen, HIC richt zich op contact en samenwerking en HIC sluit aan op herstelondersteunende zorg.

Hoewel deze drijfveren voor verandering motiveren om HIC te implementeren, vereist het daadwerkelijk aannemen van nieuwe werkrouines ook aanpassingen in de cultuur en structuur van afdelingen. Inzicht in belemmerende en bevorderende factoren kan helpen om het implementatieproces te bevorderen. Hoofdstuk 4 presenteert daarom de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren voor het implementatieproces van het HIC-model, en bespreekt deze in termen van cultuur, structuur en werkwijzen. De bevindingen wijzen erop dat implementatie van HIC binnen instellingen voornamelijk gericht was op aanpassingen in cultuur en

werkwijzen. Bevorderende factoren, waaronder goed leiderschap, het betrekken van zorgprofessionals bij het stellen van implementatiedoelen, het vieren van successen en training en reflectie, werden als effectief ervaren. Tevens werden belemmerende factoren zoals weerstand tegen verandering, tijdsdruk en gebrek aan kennis geïdentificeerd. Op het niveau van structuur zijn de belemmeringen hardnekkig. Hiervoor is het beschikbaar stellen van budget en middelen noodzakelijk. Om HIC succesvol te kunnen implementeren is ondersteuning op dit vlak van belang.

Hoofdstuk 5 onderzoekt de meerwaarde en de effecten van het implementeren van innovaties in de zorg via een lerend netwerk van zorgprofessionals, waaronder verpleegkundigen, psychiaters en managers. Deze aanpak is kenmerkend voor de implementatie van het HIC-model en van het Forensisch High en Intensive Care-model (FHIC-model), een met HIC vergelijkbaar model gericht op de forensische psychiatrie. Een kernactiviteit van beide lerende netwerken was dat zorgprofessionals audits uitvoerden bij alle deelnemende instellingen. Data voor deze studie werden verzameld door middel van focusgroepen met deelnemers van de lerende netwerken, focusgroepen met teams die bezig waren met de implementatie van het HIC- of FHIC-model en observaties door de onderzoekers. Uit het onderzoek komt naar voren dat het van belang is om een ambassadeursrol voor deelnemers van het netwerk te creëren en om concrete activiteiten te organiseren om op deze wijze een actieve uitwisseling van kennis te bevorderen. Daarnaast is het belangrijk om te zorgen voor een multidisciplinaire samenstelling van het lerend netwerk, zodat de expertise van verschillende disciplines wordt samengebracht, en om gedeelde verantwoordelijkheid binnen de instelling en daarmee duurzaamheid van implementatie te bevorderen. Als effect van de lerende netwerken werd steun voor de implementatie van het HIC- en FHIC-model genoemd. Daarnaast zorgden de lerende netwerken voor een landelijke verspreiding van het HIC -en FHIC-model en werd de verdere doorontwikkeling ervan gefaciliteerd. De audits werden gezien als een belangrijk middel om het lerend netwerk te activeren en de implementatie van HIC –en FHIC te stimuleren.

DEEL3: effecten

In het derde en laatste deel worden de effecten van verschillende implementatieniveaus van het HIC-model op de kwaliteit van zorg en op het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen bestudeerd.

In **Hoofdstuk 6** worden de ontwikkeling van de implementatie en de effecten op reductie van dwang beschreven. Op basis van de resultaten van twee rondes van audits bij de deelnemende ggz-instellingen in Nederland wordt de ontwikkeling in de implementatie van het HIC-model gedurende een periode van vijf jaar (2014 tot en met 2018) beschreven. Bij de audits is gebruik gemaakt van de HIC-monitor. Resultaten laten zien dat scores op de HIC-monitor in de loop van de tijd zijn gestegen, vooral op het gebied van visie, gastvrijheid en faciliteiten. Een derde van de afdelingen scoorde echter

lager in de tweede audit ten opzichte van de eerste audit. Uit de stijging van de scores op de HIC-monitor kunnen we opmaken dat de implementatie van het HIC-model voorspoedig verloopt. Het borgen van de implementatie blijkt echter een uitdaging. Hierbij spelen nationale personeelstekorten en afwezigheid van cijfers over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen parten. Op basis van de eerste ronde van audits worden de effecten van implementatie van het HIC-model op reductie van dwang beschreven. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 8.

Hoofdstuk 7 presenteert en vergelijkt twee maatstaven voor de kwaliteit van zorg op HIC afdelingen: de scores op de HIC-monitor en een meting van de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten aan de hand van de “Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opname afdelingen-vragenlijst” (de KWAZOP). Zowel de HIC monitor als de KWAZOP bieden inzicht in de kwaliteit van zorg. De beoordeling van de kwaliteit van zorg met behulp van de HIC-monitor en de KWAZOP brengen verschillende elementen aan het licht die verbeterd kunnen worden. Hoofdstuk 7 bestudeert eveneens de verbanden tussen de scores van de HIC-monitor en die van de KWAZOP. Deze analyse toont aan dat er geen verband is tussen kwaliteitsverbetering via een verdere implementatie van het HIC-model en toename van kwaliteit van zorg die tot uitdrukking komt in een grotere tevredenheid van patiënten. Om deze reden is het belangrijk om meerdere instrumenten te gebruiken om inzichten in kwaliteit van zorg te krijgen en verbetering van kwaliteit van zorg vanuit meerdere perspectieven te bevorderen.

Hoofdstuk 8 gaat in op het verband tussen de implementatie van het HIC-model en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Data over separatie en gedwongen medicatie werden verzameld met behulp van de Argus-registraties. Bij de analyse van het verband tussen HIC-monitor scores en het gebruik van separaties en gedwongen medicatie werd gecorrigeerd voor de invloed van patiëntkenmerken. Afdelingen met een relatief hoge HIC-monitor totaalscore, wat duidt op een hoog implementatieniveau van het model, hadden een lager aantal uren separatie per uren opname in vergelijking met afdelingen die lager scoorden op de HIC-monitor. Dit duidt erop dat implementatie van het HIC-model bijdraagt aan het verminderen van separatie op gesloten afdelingen voor acute psychiatrie. Bovendien laten de bevindingen zien dat afdelingen die hoog scoorden op de HIC-monitor ook minder gebruik maakten van gedwongen medicatie, wat erop wijst dat substitutie van separatie door gedwongen medicatie niet heeft plaatsgevonden.

Dit proefschrift sluit af met een algemene discussie (**Hoofdstuk 9**), waarin de onderzoeksvragen worden beantwoord en een reflectie op de bevindingen wordt gegeven vanuit een zorgethisch perspectief. Deze reflectie richt zich op twee vragen: 1. Hoe kan HIC worden bekeken vanuit een zorgethisch perspectief? 2. Hoe kan het proces van ontwikkeling, implementatie en onderzoek worden geïnterpreteerd vanuit een zorgethisch perspectief?

De vijf zorgethische waarden (aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit en solidariteit) zijn terug te vinden in de kernelementen van het HIC-model. Het voorkomen van dwang vereist aandacht voor de behoeften van patiënten, verantwoordelijkheid en competentie om adequaat en tijdig te kunnen handelen en samenwerking tussen alle betrokken partijen. Dit stelt eisen aan de zorg, die kunnen worden samengevat in drie cultuurveranderingen die zichtbaar zijn in het HIC-model en die een zorgethische benadering belichamen: 1) *van controle naar contact*, wat aangeeft dat op HIC-afdelingen een beheersmatige manieren van werken wordt vervangen door interventies gericht op het maken van contact met patiënten en naasten; 2) *van reactief naar proactief*, wat betekent dat het HIC-model zich richt op een proactieve houding en werkwijzen om de ontwikkeling van crisis en agressie op de afdeling te voorkomen; en 3) *van (on)afhankelijkheid naar solidariteit*, met de nadruk op het belang van samenwerking tussen intramurale en ambulante zorg en het betrekken van patiënten en naasten bij het zorgproces.

Ook in de verschillende stappen die zijn genomen om het HIC-model te ontwikkelen, implementeren en bestuderen zijn zorgethische waarden te herkennen. De co-creatie tijdens de ontwikkeling van het HIC-model en het onderzoek behelsde een langdurige intensieve samenwerking en interactie tussen de onderzoekers en de belanghebbenden bij de instellingen. De combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden bevorderde zowel het onderzoek als de implementatie van HIC. De onderzoekers speelden een actieve participerende rol bij het verstrekken van informatie over de nationale ontwikkelingen rond HIC en bij de vorming van een lerend netwerk dat de verdere implementatie en evaluatie van het HIC-model mogelijk maakte.

Dit hoofdstuk reflecteert ook op methodologische kwesties en doet aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het HIC-model en voor toekomstig onderzoek. Ten eerste houden aanbevelingen voor het HIC-model en de implementatie in dat het HIC-model verder dient te worden doorontwikkeld. Hierbij is het belangrijk om alle belanghebbenden te betrekken. Bovendien wordt aanbevolen om de audits voort te zetten om de reflectie op de praktijk te stimuleren en zodoende de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Een andere aanbeveling betreft de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het is noodzakelijk dat de Argus-registratie weer beschikbaar komt voor onderzoek en benchmarking. Verdere aanbevelingen zijn dat het HIC-model en de gezamenlijke wijze waarop het model is ontwikkeld, geïmplementeerd en onderzocht als inspiratiebron kunnen dienen voor andere (ggz-)sectoren en voor de investering in 'Netwerkpsychiatrie' ter ondersteuning van de coördinatie van de zorg, waarbij opname op een HIC als ultieme stap in het stepped care-proces kan worden gezien.

Wat betreft aanbevelingen voor onderzoek bleek de geïntegreerde combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden in deze studie vruchtbaar te zijn voor het uitvoeren van implementatieonderzoek. Toekomstig onderzoek moet meer inzicht geven in de ervaren veiligheid op de HIC, in de motieven van HIC-professionals om op een HIC-afdeling te werken, en in complexe situaties op dit soort afdelingen die nu nog aanleiding geven tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit kan mogelijk input leveren voor de verdere doorontwikkeling van HIC.

Geconcludeerd wordt dat het HIC-model voor grote veranderingen in de organisatie van de Nederlandse GGZ heeft gezorgd. HIC sluit aan bij de behoeften en ontwikkelingen in de praktijk, in het bijzonder de noodzaak om dwang te reduceren. De nauwe samenwerking met belanghebbenden in de praktijk heeft geresulteerd in een innovatieve, integrale en haalbare aanpak. Het bevorderen van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg vereist niet alleen de implementatie van nieuwe manieren van werken, maar ook het verbeteren van de praktijk vanuit ethisch perspectief. De integratie van diverse strategieën maakt het HIC-model zeer relevant voor kwalitatief goede zorg in de acute psychiatrie.