

High en Intensive Care in de psychiatrie: een zorgmodel in beweging

Onderzoeksvoorstel HIC 3.0

Looptijd: 2022-2024

Isa de Jong, Msc, dr. Laura van Melle, prof.dr. Niels Mulder, prof.dr. Mariette van den Hoven & dr.

Yolande Voskes,

April 2022

Inleiding

In 2013 verscheen na een proces van expertmeetings en platformbijeenkomsten het werkboek HIC (van Mierlo, Bovenberg, Voskes & Mulder, 2013). In dit werkboek wordt de visie op High en Intensive care (HIC), omschreven voor de acute, kortdurende klinische psychiatrie. Deze visie wordt momenteel geïmplementeerd binnen alle ggz-instellingen. HIC beoogt de zorg voor cliënten in crisis, waarbij opname geïndiceerd is, te verbeteren. Het HIC model komt voort vanuit initiatieven om dwang in de GGZ in Nederland te reduceren (Abma, Widdershoven & Lendemijer, 2005). Deze veranderingen, tezamen met (veelal experience based en soms evidence based) best practices vanuit de dwangreductieprojecten in de GGZ (Voskes, Theunissen & Widdershoven, 2011) hebben gezorgd voor de ontwikkeling van een nieuwe visie op acute opnameafdelingen voor cliënten die intensieve hulp nodig hebben bij psychiatrische problemen. In het HIC model wordt een combinatie gemaakt van de 'high care-functie' (HC) en de 'intensive care-functie' (IC), waardoor zorg indien nodig tijdelijk opgeschaald kan worden. Uitgangspunt bij HIC is dat ernaar toegewerkt wordt de patiënt zo snel mogelijk de eigen regie terug te geven en daarbij herstel te faciliteren tot minimaal een niveau waarop de patiënt weer buiten de HIC verder kan met het dagelijks leven.

Huidige stand van zaken

Gedurende zes jaar (2014-2020) heeft onderzoek plaatsgevonden naar de validiteit en betrouwbaarheid van de HIC monitor (van Melle et al., 2018) en de effecten van HIC op zowel vrijheidsbeperkende interventies (van Melle et al., 2020) als de ervaren kwaliteit van zorg. Bovendien zijn de successen en knelpunten in kaart gebracht als het gaat om de implementatie van HIC (van Melle et al., 2021). De resultaten van de audits die sinds 2013 hebben plaatsgevonden geven een landelijk beeld weer van de implementatie van het HIC model. Hierbij zien we dat over het algemeen een stijging te zien is in score op de HIC monitor, echter bij een derde van de instellingen zien we een daling van deze score. Dit geeft aan dat de implementatie van HIC een continu proces is en daarom om continue aandacht vraagt, waarbij onderzoek en monitoring van verdere ontwikkelingen noodzakelijk is (van Melle et al., 2021). De focus van dit onderzoek ligt echter breder dan de HIC monitor, hieronder worden alle aandachtspunten van het onderzoek kort toegelicht.

Een eerste aandachtspunt voor het onderzoek betreft de HIC monitor. De praktijk van de GGZ is sinds publicatie van het HIC model in 2013 en de validatie van de HIC monitor in 2017 sterk veranderd, denk bijvoorbeeld aan ontwikkelingen rondom COVID-19, de invoering van de nieuwe WvGGZ, een veranderende doelgroep waarin meer sprake is van geweld/agressief gedrag, en de schaarste in zorgmiddelen die ook in de GGZ is gegroeid. Zodoende gaan we veranderingen en trends in de scores op de HIC monitor in beeld brengen en daarover in gesprek met het veld.

Een tweede aandachtspunt zijn de ontwikkelingen op het gebied van toepassen van verplichte zorg, agressie-incidenten en 'moeilijke situaties' op HIC afdelingen. Moeilijke situaties zijn verstoringen op de HIC die te maken kunnen hebben met patiënt factoren, relationele uitdagingen tussen patiënt en personeel, verdeeldheid in het team en een tekort aan samenwerking met ambulante zorg (Gerritsen et al., 2020). Waar in eerder onderzoek de focus lag op (onderzoek naar) dwangreductie, is dit met het veranderen van de wet en het ontbreken van landelijke data voor verplichte zorg in de GGZ (Argusdata), nu niet meer mogelijk. Om toch verplichte zorg weer in kaart te brengen richten wij ons in dit onderzoek op trends als het gaat om verplichte zorg binnen HICs. Bovendien zullen we ons focussen op moeilijke situaties en agressie incidenten, die volgens HIC professionals de afgelopen jaren zijn toegenomen.

Een derde aandachtspunt haakt aan op het vorige aandachtspunt, dit is namelijk hoe de cliënt, naasten en HIC professionals de verplichte zorg, agressie-incidenten, moeilijke situaties maar ook veiligheid op de HIC ervaren. Veiligheid is uit eerder HIC onderzoek een belangrijk thema gebleken en staat sterk in verband met verplichte zorg, agressie-incidenten en moeilijke situaties. We zijn ons ervan bewust dat veiligheid een breed begrip is, maar zullen dit later in het onderzoek verder richting geven. Uit eerder HIC onderzoek en bijeenkomsten is ook gebleken dat het perspectief van de cliënt én naasten onderbelicht is en onvoldoende structureel wordt meegenomen in de implementatie van HIC.

Een vierde aandachtspunt betreft de drijfveren van professionals om op een HIC te werken. De landelijke personele schaarste belemmert volgens professionals ook de implementatie van HIC, zodoende is een aandachtspunt aanbevelingen doen voor het aantrekken van voldoende en gemotiveerd personeel om het werken volgens het HIC model mogelijk te maken.

Probleem- en vraagstelling

De afgelopen jaren is het HIC-model ontwikkeld en onderzocht. Ondanks de opbrengsten van HIC, blijken er ook een aantal knelpunten te zijn bij de implementatie van HIC en is de praktijk aan verandering onderhevig. Om de zorg voor patiënten, de veiligheid van HIC professionals en het aantrekken van HIC personeel verder te verbeteren met het HIC-model, is meer inzicht nodig in de implementatie van HIC in de praktijk. Dit onderzoek richt zich dan ook op de centrale hoofdvraag:

Hoe kan de ontwikkeling en implementatie van het HIC model geoptimaliseerd worden in de huidige zorgcontext?

Het onderzoek zal zich richten op vier deelgebieden, welke hieronder verder uiteengezet zullen worden in vier onderzoeksvragen.

Onderzoeksvragen:

- 1. Welke ontwikkelingen van de afgelopen 9 jaar zijn van invloed geweest op HIC modelgetrouw werken en (hoe) zou de HIC monitor daarop kunnen worden aangepast?*
- 2. Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van toepassen van verplichte zorg, agressie-incidenten en moeilijke situaties op HIC afdelingen?*
- 3. Hoe worden verplichte zorg, agressie-incidenten, moeilijke situaties en veiligheid ervaren door cliënten, naasten en HIC professionals en welke aanbevelingen levert dat op voor het HIC model?*
- 4. Wat zijn drijfveren van HIC professionals om op een HIC te werken en hoe zijn deze relevant voor het optimaliseren van het HIC model?*

PLAN VAN AANPAK

Voor dit onderzoek is gekozen om zowel een kwalitatief als kwantitatief onderzoeksdesign toe te passen. Voor enkele deelvragen zal tevens gebruik worden gemaakt van een mixed methods onderzoeksdesign. Er zijn verschillende vormen van mixed methods, in dit onderzoek is het triangulatie design gekozen omdat in dit design kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden elkaar gelijktijdig aanvullen en versterken in het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Het heeft als doel om de verschillende sterke en minder sterke eigenschappen van kwantitatieve dataverzameling samen te brengen met die van kwalitatieve dataverzameling. Kwantitatieve onderzoeksresultaten worden gevalideerd met kwalitatieve resultaten (Creswell, 2012).

Voor zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve deel van de studie worden de perspectieven van verschillende stakeholders belicht (Abma, 2005). In het onderzoek wordt gestreefd naar *maximum variation sampling*. Dit impliceert inclusie van een divers palet aan perspectieven (Maykut & Morehouse, 2000). Stakeholders in dit onderzoek bestaan in ieder geval uit cliënten en naasten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ervaringsdeskundigen, psychiaters, psychiaters en artsen in opleiding en afdelingsmanagers. In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van formatieve procesevaluatie in de instellingen die HIC implementeren. Een formatieve evaluatie houdt in dat bevindingen worden teruggekoppeld en gebruikt om het proces te verbeteren (Smaling, 1994).

Onderzoeksopzet

Werving en selectie

24 instellingen hebben aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Dit betreft een groot deel van alle grote GGZ-instellingen van Nederland. Alle instellingen dienen vooraf één HIC afdeling aan te stellen die gaat deelnemen aan het onderzoek. Voorwaarde is dat het een gesloten acute opname afdeling voor volwassenen betreft waar HIC geïmplementeerd wordt (doelgerichte steekproef). De deelnemende instellingen, op alfabetische volgorde, zijn:

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Altrecht | 13. GGZ Noord-Holland-Noord |
| 2. Antes, Parnassia groep | 14. GGZ Oost Brabant |
| 3. Arkin | 15. GGZ Rivierduinen |
| 4. Emergis | 16. GGZ Westelijk Noord-Brabant |
| 5. GGNet | 17. Lentis |
| 6. GGZ Breburg | 18. Mediant |
| 7. GGZ Centraal | 19. Mondriaan |
| 8. GGZ Delfland | 20. Pro Persona |
| 9. GGZ Drenthe | 21. Reinier van Arkel |
| 10. GGZ Eindhoven | 22. Tactus |
| 11. GGZ Friesland | 23. Vincent van Gogh |
| 12. GGZ InGeest | 24. Yulius |

Methode

De data wordt verzameld aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden. Hieronder zullen de verschillende methoden per deelvraag worden toegelicht. Aan het eind van dit document is tevens een schematisch overzicht van de planning en aanpak per onderzoeksvraag opgenomen.

1. *Welke ontwikkelingen van de afgelopen 9 jaar zijn van invloed geweest op HIC modelgetrouw werken en (hoe) zou de HIC monitor daarop kunnen worden aangepast?*

Om de ontwikkelingen in kaart te brengen van de afgelopen jaren die van invloed zijn (geweest) op de implementatie van HIC zal er input worden verzameld uit de bijeenkomsten en expert meetings t.b.v. de doorontwikkeling van het HIC model. Tevens zullen er expertmeetings plaatsvinden om ontwikkelingen ten aanzien van het HIC model te bespreken. Hierbij wordt gelet op recente ontwikkelingen, knelpunten en tevens suggesties voor aanpassingen aan en aanvullingen op de monitor.

In het kader van dit onderzoek zullen alle 24 deelnemende HIC afdelingen tenminste eenmaal een audit ontvangen op de door hen aangewezen afdeling. De audits worden uitgevoerd aan de hand van de HIC monitor. Er worden terugkoppelbijeenkomsten van de auditscores georganiseerd waarbij de onderzoekers samen met de afdeling de bevindingen van de audits zullen bespreken en de onderzoekers actief zullen vragen naar ontwikkelingen die van invloed zijn op de scores. De audits geven een beeld van welke onderdelen van het HIC model succesvol worden geïmplementeerd en welke onderdelen achter blijven in de implementatie. Verder zal er tijdens de terugkoppelbijeenkomsten van de audits worden gevraagd welke onderdelen kunnen worden aangepast volgens de betreffende afdeling en hoe.

Ten slotte vindt vergelijking plaats van nieuwe HIC audit scores ten opzichte van eerdere auditscores (dus over tijd) bij dezelfde instellingen en tussen instellingen onderling. Er zal worden gekeken naar trends en veranderingen in de scores. De bevindingen die uit deze observaties en eerdere terugkoppelingen van audits en expertmeetings komen worden besproken in de drie regionale focusgroepen die worden georganiseerd mede voor de moeilijke situaties (zie deelvraag 2).

Planning: Bijeenkomsten en expertmeetings t.b.v. de doorontwikkeling van het HIC model en aanbevelingen voor de HIC monitor zullen plaatsvinden in 2022. De audits en terugkoppelingen zullen plaatsvinden op aanvraag van de instellingen zelf, binnen de termijn van 4 jaar (tussen januari 2020 en december 2024). Binnen dezelfde termijn zullen auditscores vergeleken worden. In 2024 zullen 3 regionale focusgroepen plaatsvinden (Noord, Midden en Zuid).

2. *Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van toepassen van verplichte zorg, agressie-incidenten en moeilijke situaties op HIC afdelingen?*

Verplichte zorg

Zoals eerder beschreven hebben we geen toegang meer tot de zogenoemde Argusdata met betrekking tot verplichte zorg om iets te kunnen zeggen over reductie van Verplichte zorg, zoals separatie en dwangmedicatie. Om toch zicht te krijgen op hoe Verplichte Zorg momenteel wordt toegepast en wat daar de ontwikkelingen in zijn, zullen we kijken naar trends binnen HIC instellingen. Iedere instelling is verplicht aan het eind van elk jaar aan de Inspectie van Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een verslag te overleggen omtrent hun verrichtte verplichte zorg. Een uittreksel van dit verslag ofwel informatie die de HIC afdelingen zelf kunnen overleggen over hun uitgevoerde verplichte zorg zullen dienen als data voor dit onderzoek.

Planning: Data over verrichtte verplichte zorg zullen aan het eind van ieder jaar worden opgevraagd bij alle deelnemende instellingen gedurende 4 jaar (van 2021 t/m 2024).

Agressie incidenten

Om meer inzicht te krijgen in het aantal en het karakter van agressie-incidenten op de HICs wordt gedurende een jaar de Staff Observation Aggression Scale Revised (SOAS-R; Nijman et al., 1999) (zie bijlage I) bij alle deelnemende afdelingen bijgehouden. Deze schaal, die gescoord dient te worden bij ieder agressie-incident, meet de aard, ernst en frequentie van incidenten en zegt daarmee iets over de veiligheid op de afdeling. Om het effect van HIC op (het risico) op agressie te meten kan de correlatie bepaald worden. Verwacht wordt dat een hogere score op HIC leidt tot minder risico op agressie.

Planning: Scoring van de SOAS-R zal gebeuren vanaf september 2022 t/m september 2023.

Moeilijke situaties

Om meer zicht en verdieping te krijgen in wat verstaan wordt onder moeilijke situaties (ook wel moeilijke cliënten genoemd) en om manieren te vinden om het best om te gaan met dergelijke situaties, danwel dergelijke situaties te voorkomen, zullen rondom dit thema de volgende stappen worden ondernomen. Omdat er vaker onderzoek is gedaan naar moeilijke situaties op HIC afdelingen of acute opname afdelingen zal er allereerst een literatuur onderzoek gedaan worden om dat wat hierover bekend is te bundelen. Er wordt gekeken naar wat maakt dat moeilijke situaties ontstaan en wat dit betekent voor HIC.

Om inzicht te krijgen in wat maakt dat er moeilijke situaties ontstaan en wat er onder moeilijke situaties wordt verstaan binnen verschillende instellingen, zal er casuïstiek onderzoek worden gedaan op afdelingsniveau. Veertien deelnemende afdelingen worden gevraagd om drie casussen aan te leveren met een beschrijving van een moeilijke situatie die zij hebben meegemaakt. Alle casussen zullen vervolgens worden geanalyseerd en dienen als input voor de regionale focusgroepen die hierna worden beschreven.

Vervolgens zullen er drie regionale focusgroepen plaatsvinden met HIC professionals vanuit verschillende disciplines (o.a. verpleegkundigen/SPH opgeleiden, psychiaters, verpleegkundig specialisten en psychologen). Tijdens deze focusgroepen zal er met de input van de uitgevoerde literatuurstudie naar moeilijke situaties en de geanalyseerde casussen, samen worden gedefinieerd wat moeilijke situaties zijn, bepaald worden wat leidt tot moeilijke situaties en wat 'goede zorg' is in moeilijke situaties. Dit laatste worden ook wel best practices genoemd. Het doel hiervan is om moeilijke situaties in de toekomst te voorkomen danwel tijdig op juiste wijze aan te pakken/signaleren. Wat is er belangrijk in de omgang met deze situaties? Welke verbeteringen/actiepunten stellen instellingen voor met betrekking op het HIC model? Wat hebben afdelingen hiervoor nodig? Hoe kan het HIC model hen daarbij helpen? In regionale focusgroepen proberen we waarden te vormen die in de praktijk worden gezien als leidend voor 'goede zorg' op de HIC.

Planning: Het literatuur onderzoek naar moeilijke situaties zal plaatsvinden van april 2022 t/m december 2022. Casussen over moeilijke situaties zullen verzameld en geanalyseerd worden van januari t/m december 2023. In 2024 zullen 3 regionale focusgroepen plaatsvinden (Noord, Midden en Zuid).

3. Hoe worden verplichte zorg, agressie-incidenten, moeilijke situaties en veiligheid ervaren door cliënten, naasten en HIC professionals en welke aanbevelingen levert dat op voor het HIC model?

Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoe de zorg op de HIC door professionals, cliënten en naasten wordt ervaren met betrekking tot verplichte zorg, agressie incidenten, moeilijke situaties en veiligheid, worden semigestructureerde interviews gehouden met twee HIC professionals, één cliënt en één naaste per deelnemende afdeling. Thema's die hierin worden besproken zijn onder andere afkomstig uit het HIC model en uit komen overeen met de thema's uit deelvraag 2. Een topiclijst van deze interviews bevindt zich in bijlage II.

Planning: De interviews met HIC professionals, cliënten en naasten zullen in overleg met de betreffende afdelingen plaatsvinden op contactmomenten met de deelnemende afdelingen zoals tijdens terugkoppelbijeenkomsten van audits en het installeren van de biechtstoel (zie onderzoeksvraag 4).

4. Wat zijn drijfveren van HIC professionals om op een HIC te werken en hoe zijn deze relevant voor het optimaliseren van het HIC model?

Om inzicht te krijgen in de drijfveren van verschillende HIC professionals op de HIC is voor de dataverzameling gekozen voor een arts-based vorm, de 'biechtstoel' (zie onderstaand kader). De biechtstoel zal een week lang op tien deelnemende HIC afdelingen aanwezig zijn om data te verzamelen.

Tot slot zal er in focusgroepen met de tien deelnemende HIC afdelingen worden teruggeblikt op de resultaten van de biechtstoel en wat dit zegt over de motivatie van HIC medewerkers. Vervolgens zal vanuit verschillende disciplines gezocht worden naar antwoord op de vraag hoe instellingen kunnen zorgen voor het behouden van hun personeel en hoe zij meer personeel kunnen aantrekken? Een topiclijst van deze focusgroepen bevindt zich in bijlage III.

Planning: De arts-based data verzameling zal plaats vinden van januari 2023 t/m december 2023. Interne focusgroepen omtrent de drijfveren zullen plaatsvinden van januari 2024 t/m mei 2024.

De Biechtstoel

De 'biechtstoel' is een arts-based methode voor dataverzameling, bedacht om de werkelijke motivatie van mensen te achterhalen. Op de universiteit van Londen, gebruikten onderzoekers deze methode waarbij ze studenten in een afgesloten telefooncel anoniem lieten praten over persoonlijk en professioneel falen (Cox, 2015). Dit onderzoek werd zeer positief ontvangen, studenten vonden het bevrijdend en noodzakelijk. Zo zal ook in dit onderzoek op de werkvloer een afgesloten ruimte worden ingericht met een stoel en een microfoon/tablet waar de persoon zelf naar toe kan gaan op het moment dat hij/zij een moment van motivatie wil delen. Deze ruimte zal gedurende een week op de afdeling beschikbaar zijn zodat personen anoniem en in rust kunnen praten. Dat wat de persoon vertelt zal worden enkel met audio worden opgenomen, zonder dat de onderzoeker daarbij aanwezig is. Personen worden enigszins gestuurd met vragen als: waarom ben je hier naartoe gekomen? Neem ons eens kort mee in wat er net is gebeurd? Wat zegt dit over jouw motivatie om dit werk te doen? Op deze manier proberen we de drijfveren van personen te achterhalen waarom zij op een HIC willen werken. De reden om deze methode te kiezen is dat het de reflexiviteit vergroot (Pillow, 2003) en dat zorgprofessionals in interviews vaak geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. Er kan een tendens zijn van 'het is heel normaal wat ik doe'. Tevens is het idee dat wat je mee maakt op werk, hoe je dat op dat moment beleeft en waarom je bepaalde keuzes maakt, je ook snel weer vergeet door de drukte van de dag. Het doel van de biechtstoel is deze gedachten en beweegredenen te vangen in het moment, waarin mensen primair reageren.

Analyse

Om de effecten van HIC te kunnen meten wordt de correlatie bepaald tussen de score op de HIC monitor en het aantal agressie incidenten en de ervaren veiligheid. Verwacht wordt dat een hogere score op de HIC monitor leidt tot minder agressie incidenten en een hogere ervaren veiligheid. Er wordt gekeken welke trends er te zien zijn in de toegepaste verplichte zorg, hierbij wordt ook gekeken naar trends over de jaren heen dat we dit meten. De gevonden effecten worden zowel kwalitatief als kwantitatief geanalyseerd (multilevel analyse). De uitkomsten van de audits worden in een databestand ingevoerd en aan data over verplichte zorg gekoppeld. De statistische software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versie 20 zal worden gebruikt voor de analyse van de kwantitatieve data.

De interviews, focusgroepen, vragenlijsten en het arts-based onderzoek zullen met MAXQDA (Mixed Methods And Qualitative Data Analysis) worden geanalyseerd aan de hand van transcripties van de gesprekken. Het materiaal wordt gecodeerd en voorzien van thema's. Dit proces zal door meerdere onderzoekers worden uitgevoerd waarbij door onderlinge vergelijking van de coderingen en thema's consensus gezocht zal worden. Ook bij de analyse van de focusgroepen zullen transcripties worden gebruikt.

Kwaliteitsprocedures

Om bij de dataverzameling, de analyses van de onderzoeksgegevens en de interpretatie hiervan de kwaliteit en validiteit te kunnen waarborgen zullen een aantal kwaliteitsprocedures worden gevolgd. Allereerst wordt gebruik gemaakt van triangulatie van data verzameling. Triangulatie houdt in dat verschillende databronnen worden gebruikt om vanuit verschillende kanten de onderzoeksthema's te belichten en zodoende bevestiging van de onderzoeksresultaten te bewerkstelligen (Devers, 1999). Triangulatie van de data zal plaatsvinden door gebruik te maken van documentenanalyse (scoring van de monitor, SOAS-R), interviews en focusgroepen. Tevens zullen meerdere onderzoekers betrokken zijn bij ontwikkeling van onderzoeksmaterialen en de analyse van onderzoeksgegevens.

Om de juistheid van de interpretaties en bevindingen uit de interviews na te gaan en zodoende de interne validiteit te vergroten, zal een *membercheck* worden uitgevoerd. Bij een *membercheck* wordt aan de respondenten gevraagd of zij het eens zijn met de interpretaties, beschrijvingen en conclusies uit de interviews (Abma & Widdershoven, 2002). De uitgewerkte versies van de interviews zullen hiervoor aan de stakeholders worden voorgelegd en eventueel waar nodig worden aangepast.

Ook dient aandacht te zijn voor reflexiviteit. Dit houdt in dat rekening wordt gehouden met de invloed van de attitude en achtergrond van de onderzoekers op de dataverzameling en op de interpretatie van de data (Malterud, 2001, Haraway, 1991). We zullen hiervoor een logboek bijhouden waarin zowel het proces van de dataverzameling als de analyses beschreven staan waar meerdere onderzoekers betrokken zijn die onderling de analyses zullen vergelijken. Door de toepassing van een open en kritische reflectie op het proces en de rol van de onderzoekers kan de validiteit vergroot worden (Abma & Widdershoven, 2005). Zodoende zal er gelet worden op de rol van de onderzoeker en de mogelijke filters die het onderzoek zouden kunnen kleuren.

ETHISCHE ASPECTEN

Opslag van informatie en gegevens

Van respondenten in het onderzoek zullen naam en contactgegevens worden geregistreerd. Interviews worden opgenomen op band en letterlijk uitgeschreven, waarbij namen en plaatsnamen worden geanonimiseerd. Onderzoeksgegevens worden in een beveiligde omgeving opgeslagen. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot de onderzoeksgegevens. Bandopnamen worden na afloop van de uitvoering van het onderzoek vernietigd. Gegevens zullen niet worden uitgewisseld met andere personen of organisaties. De bewaartermijn van de gegevens van respondenten en de transcripten is 7 jaar.

Rechten van deelnemers

De rechten van respondenten in de interviews, focusgroepen, vragenlijsten en arts-based data verzameling zijn vastgelegd in de toestemmingsverklaring die voorafgaand aan het verzamelen van de data zal worden getekend. Tevens zal er een informatiebrief over het onderzoek worden verspreid onder de deelnemers. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig en respondenten hebben het recht om geen antwoord te geven op vragen als zij dat niet willen. Daarnaast hebben respondenten het recht om hun gegevens in te zien en om zich terug te trekken uit het onderzoek. Op verzoek kunnen de gegevens en interviews van de respondent vernietigd worden.

TEAM, EXPERTISE EN PUBLICATIE

Team

Het onderzoek wordt uitgevoerd door een team van onderzoekers. Dit onderzoeksteam bevat een diverse samenstelling, met zowel senior als promovendus onderzoeker(s). Dr. Yolande Voskes leidt het onderzoek als co-promotor en is betrokken in de begeleiding van de onderzoekers. Dr. Laura van Melle, is betrokken als begeleider van de promovendus onderzoeker vanuit haar ervaring met haar promotieonderzoek naar HIC (Implementatie van High en Intensive Care in de Psychiatrie). Het onderzoek wordt uitgevoerd door promovenda Isa de Jong, MSc.. Prof. Dr. Mariette van den Hoven is als hoogleraar van de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora betrokken bij het onderzoek en aangesteld eerste promotor van Isa de Jong. Prof. Dr. Niels Mulder, hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, is tweede promotor van Isa de Jong. Daarnaast bestaat het team uit een aantal onderzoekspartners vanuit andere UMC's/GGZ-instellingen, die een adviserende rol vervullen in het onderzoek. Dit zijn dr. Eric Noorthoorn (GGNet), dr. Roland van de Sande (Parnassia) en dr. Yolanda Nijssen (Parnassia). Het onderzoeksteam wordt tevens geadviseerd door Riekje de Vet (Hoogleraar epidemiologie, Amsterdam UMC).

Expertise

Het onderzoek ligt in het verlengde van het promotieonderzoek van Laura van Melle op basis van de twee eerdere onderzoeksprojecten naar HIC. De ervaring vanuit deze onderzoeksprojecten komt de haalbaarheid en de uitvoering van dit project ten goede. Tevens is de thematiek van dit onderzoeksproject in lijn van het promotieonderzoek van dr. Yolande Voskes naar de reductie van separatie in de GGZ. Tijdens dit promotieonderzoek was zij betrokken bij de ontwikkeling van HIC en zij is ook een van de auteurs van het werkboek HIC (Van Mierlo et al., 2013). Zowel dr. Yolande Voskes als

prof. dr. Niels Mulder (Psychiater) als zijn al jaren betrokken bij verschillende onderzoeken (naar de reductie van dwang) in de psychiatrie. Er is zodoende veel expertise aanwezig als het gaat om onderzoek in de psychiatrie.

Publicatie

Het huidig onderzoek zal resulteren in diverse (inter)nationale publicaties die gezamenlijk de basis van een proefschrift zullen vormen. Deze artikelen zullen betrekking hebben op ontwikkelingen op de HIC en trends in HIC monitor scores, moeilijke situaties, de effecten van HIC m.b.t. verplichte zorg en agressie incidenten, de ervaren veiligheid door cliënten, naasten en HIC professionals, en op de drijfveren van HIC professionals. Aangewezen tijdschriften zijn bijvoorbeeld Tijdschrift voor Psychiatrie (nationaal), Psychiatric Services, Psychiatric Quarterly of International Journal of Social Psychiatry (internationaal).

WERKPLAN

Het onderzoek beslaat 36 maanden. Gedurende die tijd wordt een aantal activiteiten (deels parallel) uitgevoerd. Aansluitend volgen 12 maanden waarin het proefschrift zal worden geschreven.

Haalbaarheid

De haalbaarheid van dit project is groot. HIC heeft een groot draagvlak bij belangrijke organisaties in de GGZ. 24 instellingen hebben reeds aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Doordat deze instellingen ook zelf een auditor beschikbaar stellen en zelf de afname van de SOAS-R faciliteren wordt de haalbaarheid vergroot. Dit leidt ertoe dat instellingen betrokken zijn bij het project en zelf actief participeren in het onderzoek. Op het moment is het aantal auditoren al ruim voldoende om het onderzoek uit te voeren. Tevens worden de audits gefaciliteerd door de CCAF wat veel werk voor de onderzoekers uit handen neemt.

PLANNING EN AANPAK ONDERZOEK

Onderzoeksvraag	Dataverzameling	Periode	Methode
1. Welke ontwikkelingen van de afgelopen 9 jaar zijn van invloed geweest op HIC modelgetrouw werken en hoe moet de HIC monitor daarop worden aangepast?	Doorontwikkel bijeenkomsten HIC model: regionale focusgroepen en expert meetings	Februari 2022 t/m december 2022	Kwalitatief
	Audits en terugkoppelbijeenkomsten	Januari 2020 t/m december 2024	Kwalitatief
	Verzamelen auditscores	Februari 2022 t/m december 2024	Kwantitatief
2. Wat zijn de ontwikkelingen op het gebied van toepassen van verplichte zorg, agressie-incidenten, ervaren veiligheid en moeilijke situaties?	Verslagen opvragen en per instelling van verrichte verplichte zorg	December 2021 t/m december 2024	Kwantitatief
	SOAS-R door instellingen zelf laten bijhouden	September 2022 t/m september 2023	Kwantitatief
	Literatuur onderzoek omtrent moeilijke situaties	April 2022 t/m december 2022	Kwalitatief
	Casussen omtrent moeilijke situaties verzamelen	Januari 2023 t/m december 2023	Kwalitatief
	Regionale focusgroepen om verzamelde data omtrent moeilijke situaties te delen en best practices te vinden	Januari 2023 t/m december 2023	Kwalitatief
3. Hoe wordt verplichte zorg, agressie-incidenten, moeilijke situaties en veiligheid ervaren door cliënten, naasten en HIC professionals, en welke aanbevelingen levert dat op voor het HIC model?	Interviews met cliënten, naasten en HIC professionals	Tijdens contactmomenten met de deelnemende afdelingen zoals terugkoppelbijeenkomsten van audits en het installeren van de biechtstoel.	Kwalitatief

4. Wat drijft HIC professionals om op een HIC te werken en hoe zorgen instellingen voor behoud en aantrekken van personeel?	Arts-based methode om drijfveren van HIC professionals te achterhalen	Januari 2023 t/m december 2023	Kwalitatief
	Focusgroepen binnen instellingen over drijfveren HIC professionals	Januari 2024 t/m mei 2024	Kwalitatief

OVERZICHT VAN INVESTERINGEN EN OPBRENGSTEN

Investeringsen	Opbrengsten
• Minimaal 1 auditor per instelling • Audits: 2 uur per discipline, per afdeling (1 psychiater, 1 leidinggevende, 2 verpleegkundigen) • Terugkoppeling + interviews: 3 uur per discipline per afdeling (1 psychiater, 1 leidinggevende, 2 verpleegkundigen) • SOAS-R bijhouden (looptijd: één jaar) • Interviews cliënten, naasten en HIC professionals • 3 casussen opstellen per afdeling • Biechtstoel (looptijd: één week) • Deelname aan focusgroepen (2 maal gedurende 3 jaar)	• Zicht op ontwikkeling per afdeling ○ nieuwe score op de monitor (mate van implementatie HIC) • Zicht op verplichte zorg, agressie-incidenten, moeilijke situaties, ervaren veiligheid en verbetermogelijkheden • Uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de auditoren • Indirecte bijdrage aan: ○ Modelgetrouwheid ○ Kwaliteit van zorg ○ Opschalen van kennis en kunde ○ Reductie van verplichte zorg

REFERENTIES

Abma, T.A. (2005). Responsive evaluation in health promotion: it's value for ambiguous context. *Health Promotion International*, 4, 391-397.

Abma, T.A., & Widdershoven, G.A.M. (2002). Methoden en technieken: responsieve evaluatie en haar betekenis voor de verplegingswetenschap. *Verpleegkunde*, 4, 207-219.

Abma, T.A., & Widdershoven, G.A.M. (2006). Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.

Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M., & Lendemeijer, B. (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.

Bowers L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 499–508.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12129>

Cox, S. (2015, 10 december). *Students' confession booth exposes young people's fear of failure*. Goldsmiths University of London. Geraadpleegd op 22 maart 2022, van <https://www.gold.ac.uk/news/to-be-honest/>

Creswell, J. (2012). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Devers, K.J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research* 34(5) Part II: 1155-1187.

Edmonds, W. & Kennedy, T. (2017). Embedded approach. In *An applied guide to research designs* (pp. 189-195). SAGE Publications, Inc, <https://dx.doi.org/10.4135/9781071802779>

Gerritsen, S., Widdershoven, G., van der Ham, L., van Melle, L., Kemper, M., & Voskes, Y. (2021). Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 317-325. <https://doi.org/10.1111/inm.12786>

Groen, M. (2015). *Reflecteren de Basis* (3de editie). Noordhoff.

Guiot, M. (1997). Is de patiënt competent? De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten op de gesloten psychiatrische opnameafdeling. Amsterdam: amc/Universiteit van Amsterdam.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
<https://doi.org/10.2307/3178066>

Lucassen, P.L.B.J., & olde Hartman, T.C. (2007). Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Uitgeverij Bohn Stavleu van Loghum

- Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* (London, England), 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Maykut, P., & Morehouse, R. (2000). *Beginning Qualitative Research: A Philosophic and Practical Guide*. [EPub], London: Routledge Falmer.
- Mierlo, T. van., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N (2014). Werkboek HIC. High en Intensive care in de psychiatrie. *Tijdschrift voor de psychiatrie* (56), 6, 1-142.
- Nijman, H.L., Muris, P., Merckelbach, H.L., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A., van Rixtel, A. and Allertz, W. (1999). The staff observation aggression scale–revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
- Nijssen, Y. A. M., Schene, A. H., & Haan, R. J. de (2000). Ontwikkeling en klinimetrische evaluatie van de KWAZOP; Kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor gesloten psychiatrische opname-afdelingen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, (78), 8, 496-504.
- Nilsen P, Thor J, Bender M, Leeman J, Andersson-Gäre B and Sevdalis N (2022). *Bridging the Silos: A Comparative Analysis of Implementation Science and Improvement Science*. *Front. Health Serv.* 1:817750. doi: 10.3389/frhs.2021.817750
- Pillow, W. (2003). Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 16:2, 175-196, DOI: 10.1080/0951839032000060635
- Smaling, A. (1994). De waarde van interne, formatieve proces-evaluatie [The Value of Internal, Formative Process Evaluation], in A. L Francke and R. Richardson (eds) *Evaluatie-onderzoek: kansen voor een kwalitatieve benadering*, pp. 34-53. Bussum/Naarden: Coutinho.
- van Hoof, F., van Vugt, M., Knispel, A., & Kroon, H. (2012). Bedden tellen – afbouw van de intramurale ggz. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 67(6), 298-309.
- van Melle, A.L., S. Gerritsen, L. Zomer, E. O. Noorthoorn, C.L. Mulder, G.A.M. Widdershoven, Y. Voskes (2021). High en Intensive Care als een volgende stap in dwangreductie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(5).
- van Melle, A.L., van der Ham, A.J., Widdershoven, G.A.M., & Voskes, Y. (2021). Implementation of High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: a Process Evaluation. *Psychiatric Quarterly*. doi: 10.1007/s11126-021-09906-x
- van Melle, A.L., Voskes, Y., de Vet, H.C.W., van der Meijs, J., Mulder, C.L., & Widdershoven, G.A.M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Adm Policy Ment Health* Jan;46(1):34-43. doi: 10.1007/s10488-018-0890-x.
- van Melle, A.L., Noorthoorn, E.O., Widdershoven, G.A.M., Mulder, C.L., Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20:469.
- van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek High en Intensive Care*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vos de Wael N. Samenwerking en cliëntperspectief voorwaarden voor succes; reflectie op het maatschappelijk rendement van de psychiatrie [Cooperation and client perspective are the terms for success; reflection on the cost-effectiveness of psychiatry]. Tijdschr Psychiatr. 2016;58(10):766-770. Dutch. PMID: 27779296.

Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G.A.M. (2011). Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland.

BIJLAGEN

Bijlage I SOAS-R

Registratie van een agressief incident SOAS-R

Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R). Nijman HUI, et al (1999) Aggressive Behavior.

Naam registreerder:

Tijdstip van incident: : uur min

Datum van incident: / / 2 0 2

Instructie:

Dit formulier moet worden ingevuld door medewerkers die het agressieve gedrag van de patiënt geobserveerd hebben, waarbij agressie wordt gedefinieerd als: Al het verbale, nonverbale en fysieke gedrag dat dreigend was (naar zichzelf, anderen of objecten), of fysiek gedrag dat schade heeft veroorzaakt (aan zichzelf, anderen of objecten) (Morrison 1990). Noteer in het geval van een agressief incident je eigen naam, het deelnemersnummer, starttijd en datum van het incident, en zet tenminste 1 kruisje in elke kolom.

1 Provocatie / aanleiding	2 Door patiënt gebruikte middelen	3 Doelwit van de agressie	4 Gevolg(en) voor slachtoffer(s)	5 Maatregel(en) om agressie te stoppen
Geen aanwijsbare provocatie ☐	Verbale agressie ☐	Niets / niemand ☐	Geen ☐	Geen ☐
Provocatie door:	Gewone objecten:	Object(en) ☐	Objecten:	Gesprek met patiënt ☐
Andere patiënt(en) ☐	Stoel(en) ☐	Andere patiënt(en) ☐	Beschadigd, niet vervangen ☐	Rustig weggeleid ☐
Hulp tijdens de ADL ☐	Glas(waar) ☐	De patiënt zelf ☐	Beschadigd, vervangen ☐	Orale medicatie (tabletten) ☐
Patiënt werd iets geweigerd ☐	Anders, namelijk	Medewerker(s) / teamlid ☐	Personen:	Parenterale medicatie (IM) ☐
Medewerkers vroegen patiënt medicatie in te nemen ☐		Andere personen ☐	Voelde zich bedreigd ☐	Met kracht vast- of tegengehouden ☐
Andere aanleiding, namelijk:	Lichaamsdelen:		Pijn < 10 min. ☐	Afzondering / separatie (deur op slot) ☐
	Hand (slaan, stompen, etc) ☐		Pijn > 10 min. ☐	Fixatie ☐
	Voet (schoppen) ☐		Zichbare verwonding ☐	Anders, namelijk:
	Tanden (bijten) ☐		Behandeling noodzakelijk ☐	
	Anders, namelijk:		Behandeling door arts noodzakelijk ☐	
	Gevaarlijke objecten of methode:			
	Mes ☐			
	Strangulatie ☐			
	Anders, namelijk:			

Dit agressie incident was: (plaats op de onderstaande schaal s.v.p. een "X" om aan te geven hoe ernstig het incident was)

Helemaal niet ernstig

Extreem ernstig

Eventuele bijzonderheden:

Bijlage II Topiclijst interviews cliënten, naasten en HIC professionals

- Wat vindt u van de verleende verplichte zorg?
- Wat vindt u van agressie op de afdeling?
- Wat zijn voor u moeilijke situaties?
- Hoe ervaart u de veiligheid op de afdeling?
- In hoeverre ervaart u ondersteuning in uw werk door collega's en leidinggevenden?
- In hoeverre ervaart u betrokkenheid in uw werk vanuit collega's en leidinggevenden?
- Hoe ervaart u het contact met HIC medewerkers?
- Hoe ervaart u het contact met HIC collega's en leidinggevenden?
- Hoe ervaart u contact met naasten?
- Hoe vindt u het contact met ambulante begeleiding?
- Hoe ervaart u eigen regie op de afdeling?

Bijlage III Topiclist drijfveren HIC professionals

- Waarom werk je op een HIC?
- Wat trekt je in het werk?
- Hoe ga je om met agressie?
- Hoe behoud je plezier in je werk?
- Wat geeft je energie?
- Waar erger je je aan?/ Waar word je moe van?