

High en intensive care als een volgende stap in dwangreductie

A.L. van Melle, S. Gerritsen, L.J.C. Zomer, E.O. Noorthoorn, C.L. Mulder, G.A.M. Widdershoven, Y. Voskes

- Achtergrond** Het high en intensive care(HIC)-model biedt een kader voor acuteopnameafdelingen en wordt sinds 2013 geïmplementeerd door alle ggz-instellingen in Nederland.
- Doel** Nagaan hoe de implementatie van het HIC-model verlopen is tussen 2014 en 2018 en hoe de mate van implementatie van het HIC-model samenhangt met dwangtoepassingen.
- Methode** In 2014-2018 werden in twee fases 79 audits georganiseerd binnen 25 instellingen om de mate van implementatie van HIC in kaart te brengen aan de hand van een modelgetrouwheidsschaal, de HIC-monitor. Scores op de HIC-monitor werden vergeleken met data over dwangtoepassingen om het verband tussen implementatie van het HIC-model en dwangtoepassingen vast te stellen.
- Resultaten** Scores op de HIC-monitor stegen in de loop van de tijd, vooral op het gebied van visie, gastvrijheid en faciliteiten. Een derde van de afdelingen scoorde lager op de HIC-monitor bij de tweede audit ten opzichte van de eerste. Instellingen die hoger scoorden, separeerden minder en gebruikten minder dwangmedicatie onder verzet.
- Conclusie** Er is vooruitgang in implementatie van het HIC-model en instellingen die verder zijn in de implementatie van het HIC-model passen minder dwang toe. Borging van implementatie blijkt lastig. Er dient aandacht uit te gaan naar het landelijke personeelstekort en systematische evaluatie van dwang.

Sinds 2001 is er in Nederland ingezet op de reductie van dwang in de ggz (Abma e.a. 2005). Met steun van de overheid en de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) startten tussen 2006 en 2012 34 ggz-instellingen projecten om verdere reductie van het aantal en de duur van separaties te bewerkstelligen (Voskes e.a. 2011; Abma e.a. 2017). Deze projecten leverden een aantal *best practices* en *evidence-based practices* op zoals de-eerste-vijf-minutenmethodiek gericht op het verbeteren van contact bij opname (Voskes e.a. 2014), en de crisis-monitor, een set van observatie-instrumenten voor de evaluatie van symptomen en inschatting van het gevaar (van de Sande e.a. 2011).

Hoewel vooral een reductie van de duur van separaties werd bereikt, werd de initiële doelstelling van een reductie van dwang met 10% per jaar niet behaald (Noorthoorn e.a. 2012). Een subgroep van patiënten bleek toch nog vaak en soms ook langdurend gesepareerd te worden (Noorthoorn e.a. 2012). Een verdere impuls voor de reductie van dwang was nodig. Daarnaast was er behoefte aan een helder kader voor de

acute kortdurende klinische behandeling en zorg met aandacht voor samenwerking met ambulante partners en verhogen van de eigen regie van patiënten.

Om dit te faciliteren werd in 2010 door de overheid en door de NVvP gevraagd om een standaard voor intensive care in de psychiatrie te ontwikkelen en werden 'veldnormen intensive care in de ggz' ontwikkeld (Borgesius 2010). Deze veldnormen, tezamen met (veelal experience-based en soms evidence-based) best practices vanuit de dwangreductieprojecten in de ggz (Voskes e.a. 2011) vormden de aanleiding tot de ontwikkeling van een nieuwe zienswijze voor acuteopnameafdelingen voor patiënten die intensieve hulp nodig hebben bij psychiatrische problemen, genaamd high en intensive care (HIC) (Voskes e.a. 2021).

In diverse expertmeetings, waar deelnemers van 15 ggz-instellingen bij betrokken waren, is het HIC-model ontwikkeld en beschreven in het HIC-werkboek, inclusief een modelgetrouwheidsschaal, de HIC-monitor (van Mierlo e.a. 2013; van Melle e.a. 2019; Voskes e.a. 2021).

AUTEURS

Laura van Melle, promovendus, onderzoeker, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam en coördinator dwangpreventie, GGZ inGeest, Amsterdam.

Sylvia Gerritsen, promovendus, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam.

Lieke Zomer, promovendus, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam.

Eric Noorthoorn, senior onderzoeker, GGNet en Behavioral Science Institute, Nijmegen University.

Niels Mulder, psychiater, Parnassiagroep, en bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam.

Guy Withdershoven, hoogleraar Medische filosofie en Ethiek, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam.

Yolande Voskes, universitair docent, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam en senior onderzoeker, GGz Breburg en Tranzo, Tilburg University.

Correspondentieadres

A.L. van Melle, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Medische faculteit, De Boelelaan 1089a, 1081 HV Amsterdam.

E-mail: a.vanmelle@amsterdamumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-11-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(5):351-357

Het HIC-model

In 2013 werd HIC als nieuw zorgmodel gepresenteerd en het wordt sindsdien geïmplementeerd door alle ggz-instellingen in Nederland (van Melle e.a. 2019). Het HIC-model combineert de interventies vanuit de dwangreductieprojecten en biedt een kader voor klinische zorg aan patiënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en kortdurende klinische opname noodzakelijk (van Mierlo e.a. 2013).

In het HIC-model wordt een combinatie gemaakt van de 'highcarefunctie' (HC) en de 'intensivecarefunctie' (IC). Indien nodig kan de zorg op de gesloten afdeling (de HC) tijdelijk worden opgeschaald naar de IC, waar zich ook de intensivecare-units (ICU's) bevinden en men beschikt over extra beveiligde kamers (EBK's). De IC is onbemand en beschikt niet over eigen personeel. Wanneer een patiënt wordt overgeplaatst van de HC naar de IC, gaat een verpleegkundige mee om één-op-éénbegeleiding te bieden.

Indien dit om veiligheidsredenen niet mogelijk is, gaat de patiënt naar de EBK. Dit is een afgesloten ruimte met specifieke kenmerken die alleen in noodsituaties gebruikt wordt; de EBK komt in de plaats van de separerocel. Het gebruik van de EBK is een vrijheidsbeperkende interventie. Tijdens het verblijf in de EBK dient er continu toezicht te zijn en wordt ernaar gestreefd de patiënt zo veel mogelijk regie te geven over wat er om hem heen gebeurt.

Herstel en behoud van contact staat centraal op de HIC. Om dit mogelijk te maken gaat men preventief en de-es-

calerend te werk en gaan de hulpverleners uit van een patiëntvriendelijke en gastvrije basisattitude (van Mierlo e.a. 2013). Uitgangspunt in het HIC-model is dat men ernaar toewerkt 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. Een opname op een HIC is meestal een tijdelijke onderbreking (of start) van een ambulante behandeling door een F-ACT-team (Van Veldhuizen 2015).

FACT biedt multidisciplinaire behandeling en begeleiding op verschillende herstelgebieden aan patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) (Mulder & Kroon 2009; Van Veldhuizen 2015). Daarnaast kunnen IHT-teams functioneren als een poortwachter voor de kliniek door tijdelijk ambulante zorg te intensiveren (Prinsen e.a. 2016). Wanneer symptomen verergeren en er aanzienlijk risico ontstaat op ernstige schade voor de patiënt of voor een ander, kan een opname echter nodig zijn.

Het HIC-model biedt een kader voor intensieve samenwerking en goede afstemming tussen ambulante teams om opnames zo kort mogelijk te laten duren en continuïteit van zorg te bevorderen. De behandeling op een HIC heeft een maximale duur van drie weken, een termijn die zo nodig verlengd kan worden. De behandelvisie vormt een combinatie van herstelondersteunende zorg en het medisch model, waarbij de psychiatrische crisis wordt behandeld en bescherming en veiligheid van belang zijn.

Doel en vraagstelling

De afgelopen 5 jaar deden we onderzoek naar HIC bij een groot aantal ggz-instellingen. Hiertoe dienden we allereerst zicht te krijgen op de implementatie van HIC binnen deze instellingen. Verder onderzochten we of er een verband bestaat tussen de mate van implementatie van het HIC-model en de omvang van vrijheidsbeperkende interventies. Onze onderzoeksvragen waren:

- Hoe is de implementatie van het HIC-model verlopen tussen 2014 en 2018?
- Wat is de samenhang tussen de mate van implementatie van het HIC-model en het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies?

In dit artikel bespreken we de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek.

METHODE

In dit onderzoek werden audits georganiseerd bij ggz-instellingen in Nederland waarbij gebruikgemaakt werd van de HIC-monitor, een modelgetrouwheidsschaal. Daarnaast werden gegevens uit het Argusregister (Janssen 2012) gebruikt om de scores op de HIC-monitor in verband te kunnen brengen met de toepassing van dwang.

Deelnemers

Gedurende 5 jaar (2014-2018) vonden audits in twee fasen plaats bij gesloten acuteopnameafdelingen in Nederland. In de eerste fase in de periode februari 2014-mei 2015 werden 38 audits gehouden bij afdelingen van 21 deelnemende instellingen. In de tweede fase werden in de periode juni 2016-januari 2018 in totaal 41 audits georganiseerd binnen 25 deelnemende instellingen. Hiervan vonden 27 audits plaats op de afdeling die in de eerste fase ook geaudit was. Van de deelnemende instellingen werd één instelling uitgesloten van de analyse vanwege specialisatie in verslavingszorg. Van een tweede instelling werd één afdeling uitgesloten door specialisatie in langdurige zorg in plaats van acute zorg.

Instrumenten

HIC-monitor

De inhoudelijke, organisatorische en bouwkundige elementen van het HIC-model zijn beschreven in de HIC-monitor, een modelgetrouwheidsschaal die de mate van implementatie van het HIC-model, zoals beschreven in het HIC-werkboek (van Mierlo e.a. 2013) beoogt te meten. De monitor beslaat 67 items, verdeeld over in totaal elf domeinen, te weten: (1) teamstructuur, (2) teamprocessen, (3) diagnostiek, behandeling, en behandelinterventies, (4) zorgorganisatie, (5) monitoring, (6) professionalisering, (7) wettelijk kader, (8) elektronisch patiëntendossier (EPD), (9) ruimtelijke vormgeving, (10) veiligheid; en (11) evaluatie en terugkoppeling dwang en drang.

De items worden gescoord op een 5-puntsschaal variërend van score 1 (niet geïmplementeerd) tot score 5 (volledig geïmplementeerd). De HIC-monitor is gevalideerd waarbij kleine aanpassingen hebben plaatsgevonden aan de schaal (van Melle e.a. 2019), resulterend in acceptabele interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en goede inhouds- en constructvaliditeit. Domein 8 (EPD) is hierbij komen te vervallen vanwege lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en onvoldoende inhoudvaliditeit. De eerste fase van dit onderzoek werd uitgevoerd met het gebruik van de eerste versie van de monitor en de tweede fase van het onderzoek met de gevalideerde HIC-monitor.

Argus

Gegevens over de frequentie en de duur van separaties en over het aantal keren gedwongen medicatie werden verzameld op HIC-afdelingen over het jaar 2014 met het Argusregistratiesysteem (Janssen 2012). Argus is ontwikkeld vanuit de dwangreductieprojecten om een eenduidige registratie te krijgen van de meest toegepaste vormen van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg (Noorthoorn e.a. 2016). Om de associatie tussen de HIC-monitor en separatie te specificeren werd gecorrigeerd voor patiëntkarakteristieken zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke status en diagnose. Diagnose werd gecategoriseerd volgens de classificering in de DSM-IV-TR. Het toepassen van dwangmedicatie, gedefinieerd als acute intramusculaire noodmedicatie, werd eveneens in Argus geregistreerd.

Procedure: audits

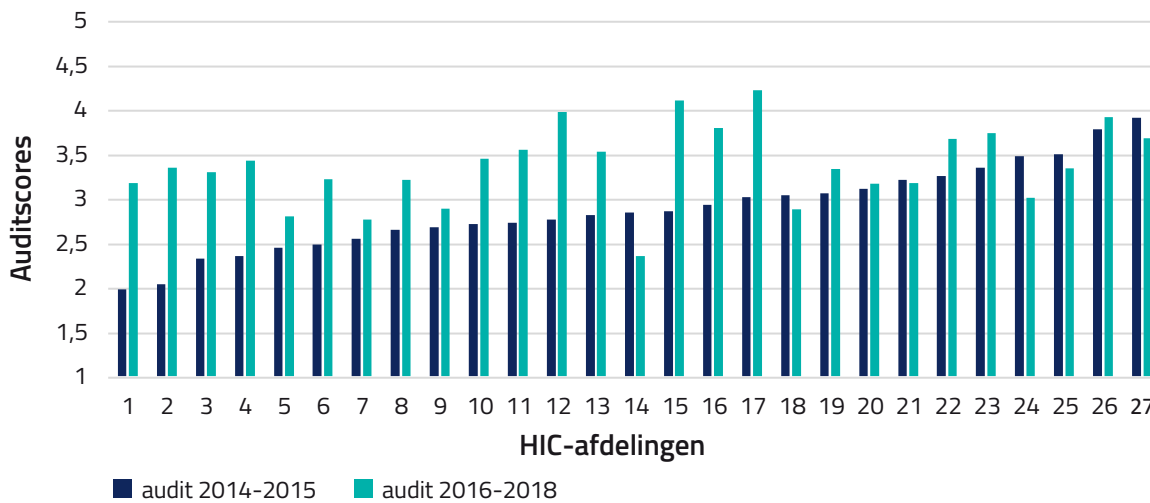
De audits werden gedaan door getrainde auditoren, werkzaam in verschillende disciplines bij de deelnemende instellingen. In een audit bezochten twee auditoren gezamenlijk een afdeling, waarna zij onafhankelijk van elkaar het scoreformulier van de HIC-monitor invulden.

De beoordeling van de items vond plaats op basis van drie onderdelen. Ten eerste de beoordeling van gegevens van de afdeling/team. Het team vulde voorafgaand aan de audit een aantal basisgegevens in op een vragenlijst. Op basis van deze gegevens controleerden de auditoren een aantal randvoorwaarden. Ten tweede bezochten twee auditoren het team. Tijdens dit bezoek waren de auditoren aanwezig bij een multidisciplinair overleg of multidisciplinaire overdracht. Tevens namen de auditoren interviews af met diverse disciplines en een patiënt. Ten derde zagen de auditoren tevens dossiers in ter beoordeling van werkzaamheden.

Analyse

De analyse omvatte verschillende onderdelen. Gemiddelden en verschillen in HIC-monitorscores tussen afdelingen en over de tijd werden berekend om inzichtelijk te maken hoe het implementatieproces van HIC verlopen is. Daarbij werd tevens gekeken welke items van de HIC-monitor op de 5-puntsschaal opval-

Figuur 1. Gemiddelde scores op de HIC-monitor van de eerste audit (2014-2015) en de tweede audit (2016-2018) bij 27 afdelingen



lend hoog of laag scoorden. De drempel voor hoge scores werd gelegd bij een score hoger dan 4 en voor lage scores bij een score lager dan 2. Tevens werd bekeken welke items een daling lieten zien in scores, of een stijging van meer dan 1 punt op de 5-puntsschaal. Om zicht te krijgen op de relatie tussen scores op de HIC-monitor en dwangtoepassingen werd over de periode van 2014 berekend of een score op de HIC-monitor geassocieerd was met het aantal en de duur van de separaties en het aantal verstrekkingen intramusculaire dwangmedicatie onder verzet. Hiertoe werden afdelingen in twee groepen verdeeld gebaseerd op de mediaan van de scores op de HIC-monitor. Getest werd of afdelingen met een hoge of lage score ten opzichte van de mediaan verschilden wat betreft het gebruik van separatie en intramusculaire dwangmedicatie onder verzet. Hierdoor konden we ook een beeld geven van eventuele substitutie van separatie door medicatie, wat het geval zou zijn wanneer lage separatiecijfers geassocieerd zijn met hogere dwangmedicatiecijfers. De gepresenteerde cijfers over separatie en dwangmedicatie werden gecorrigeerd voor opnameduur, door het aantal uren separatie te delen door het aantal opname-uren en het aantal verstrekkingen intramusculaire dwangmedicatie onder verzet te delen door het aantal opnamedagen.

RESULTATEN

Implementatie van HIC, 2014-2018

Gemiddelde auditscores

Ten eerste werden de gemiddelde scores van beide auditrondes berekend. Op de eerste audit werd een gemiddelde score van 2,9 (uitersten 1,99-3,92; n = 38) op een schaal van 1 tot 5 behaald. De gemiddelde score op de tweede audit was hoger dan de score op de eerste

audit; score 3,34 (2,35-4,23; n = 41). Gemiddeld nam de score op de HIC-monitor toe met 16,8%. Van de 27 afdelingen die tevens tijdens het eerste traject geaudit waren, lieten 21 afdelingen een stijging in gemiddelde totaalscore tijdens de audit zien (gemiddelde stijging 0,7 (0,06-1,31)). Echter, bij zes afdelingen viel de auditscore lager uit dat op de eerste audit (gemiddelde daling -0,26 (-0,03 - -0,49)). Zoals in **figuur 1** te zien is, vond deze daling vooral plaats binnen de groep afdelingen die op de eerste audit (in 2014-2015) een hoge score behaalden.

Opvallend hoog scorende en stijgende items

Vervolgens werden de scores van de twee auditrondes met elkaar vergeleken. In **tabel 1** zijn de opvallend hoog (> 4) en laag (< 2) scorende items op de eerste en op de tweede audit te zien. In beide auditrondes hadden de hoog scorende items betrekking op verschillende aspecten van de zorg, zoals op de training van teams in de-escalerende technieken ('conflicthantering en persoonlijke veiligheid'), en op 'teamgeest', een maat voor teamcohesie, goede sfeer binnen het team, enthousiasme en innovatief gehalte.

In de tweede auditronde waren overwegend meer hoog scorende items zichtbaar. Deze items waren voornamelijk gerelateerd aan een aanzienlijke toename in de toepassing van familie-interventies, waarbij familieleden actief worden betrokken in het behandelproces en de mogelijkheid tot 'rooming-in', het overnachten op de afdeling, werd geboden. Ook de score op 'gastvrijheid' steeg, hetgeen betekent dat de eerste-vijf-minutenmethode goed was geïmplementeerd op afdelingen en er in de toewijzing van patiënten aan verpleegkundigen rekening werd gehouden met de voorkeur van patiënten hierbij (zie **tabel 2**).

Er bleek een toename in kennis en aansluiting bij de werkwijze van ambulante behandelteams zichtbaar, wat een indicatie is dat ambulante behandeling in toene-

Tabel 1. Opvallend hoge en lage scores op de HIC-monitor op de eerste en tweede auditronde

SCORES AUDIT 1				SCORES AUDIT 2			
OPVALLEND LAGE SCORES (< 2)		OPVALLEND HOGE SCORES (> 4)		OPVALLEND LAGE SCORES (< 2)		OPVALLEND HOGE SCORES (> 4)	
Psychologen (fte)	1,30	Voldoende buitenruimte	4,89	Psychologen (fte)	1,59	Voldoende buitenruimte	4,93
Ervaringsdeskundigen (fte)	1,41	Geen wachtlijst	4,52	Verslavingsdeskundigen (fte)	1,66	Conflicthantering en persoonlijke veiligheid	4,54
Extra beveiligde kamers (EBK's)	1,53	Conflicthantering en persoonlijke veiligheid	4,26	Ervaringsdeskundigen (fte)	1,75	Geen wachtlijst	4,56
Verslavingsdeskundigen (fte)	1,71	Teamgeest	3,93			Kennis FACT en ambulante behandeling	4,48
Open werkstations	2,00					Teamgeest	4,36
						Familie-interventies	4,28
						Gastvrijheid	4,15

mende mate werd gezien als leidend tijdens de opname. De grootste toename in scores was zichtbaar in hoe de visie op HIC en herstelondersteunende zorg door het team omarmd werd, en in de aanpassing van attitude en bejegening van een meer beheersmatige manier van werken naar een cultuur van herstelgericht werken. Tot slot vond een opvallende toename plaats in verbetering van faciliteiten op de afdeling zoals de ICU's en EBK's.

Opvallend laag scorende en dalende items

Ook de opvallend laag scorende items zijn te vinden in **tabel 1**. In de tweede auditronde was een afname in laag scorende items (< 2) zichtbaar. Laag scorende items waren in beide auditrondes gerelateerd aan een weinig diversiteit in disciplines waarbij op een groot aantal afdelingen verschillende disciplines ontbraken, waaronder ervaringsdeskundigen. Enkel in de eerste auditronde waren lage scores ook gerelateerd aan afwezigheid van faciliteiten, hetgeen indiceerde dat er in de verloop van tijd investeringen gedaan waren om afdelingen structureel te verbeteren.

Naast de opvallend laag scorende items (< 2) was er ook een aantal items dat een opmerkelijke daling in scores liet zien (zie **tabel 2**). Opmerkelijk was de daling in score voor de nabespreking van vroegtijdige en acute ingrijp-

medicatie met de patiënt. Dit was overeenkomstig met de daling zichtbaar op het item 'evaluatie van dwangtoepassingen', een weergave dat dwangtoepassingen niet altijd met patiënten en familie werden geëvalueerd. Een daling in scores was ook zichtbaar voor het item 'reflectie op eigen handelen', over intervisie of (groeps)supervisie zoals moreel beraad.

Implementatie HIC en vrijheidsbeperking

De scores op de HIC-monitor uit de eerste auditronde zetten we af tegen de Argusdata uit 2014. In **tabel 3** is af te lezen dat de 17 afdelingen die het hoogst scoorden op de HIC-monitor bij elkaar 40.476 uren separeerden, tegenover in totaal 76.847 uren separatie bij de 16 lager scorende afdelingen. Dit wil zeggen dat afdelingen die hoog scoorden op de HIC-monitor minder lang separeerden. Dit verschil was significant (p < 0,001), ook wanneer we het aantal uren separatie corrigeerden voor het aantal opname-uren.

Afdelingen die relatief hoger scoorden op de HIC-monitor gebruikten ook minder dwangmedicatie dan instellingen met een lagere score. Ook hier gold dat wanneer gecorrigeerd werd voor het aantal opnamedagen de inzet van noodmedicatie significant lager was op de afdelingen die hoger scoorden op de HIC-monitor.

Tabel 2. Opvallend stijgende en dalende scores op de HIC-monitor op tweede auditronde ten opzichte van de eerste auditronde

OPVALLEND STIJGENDE ITEMS			OPVALLEND DALENDE ITEMS		
ITEM	AUDIT 1	AUDIT 2	ITEM	AUDIT 1	AUDIT 2
Familie-interventies	3,1	4,28	Vroegtijdige en acute ingrijpmedicatie	3,7	2,6
Gastvrijheid	3,0	4,15	Evaluatie van dwangtoepassingen	3,3	2,9
Kennis FACT en ambulante behandeling	3,0	4,48	Reflectie op eigen handelen	4,0	3,1
Visie HIC	2,6	3,8			
Attitude en bejegening	2,6	3,8			
ICU's	1,9	3,8			
EBK's	1,3	2,7			

DISCUSSIE

Het HIC-model is ontwikkeld om een kader te bieden voor behandeling en zorg op gesloten opnameafdelingen in de acute psychiatrie. In dit artikel beschrijven we hoe vijf jaar implementatie van het HIC-model is verlopen aan de hand van de ontwikkeling van scores op de HIC-monitor.

Ten eerste laten auditresultaten over het algemeen een stijging in totaalscores op de HIC-monitor zien, wat een aanwijzing geeft dat men door de jaren heen in toenemende mate is gaan werken volgens het HIC-model. De veranderingen in scores op items van de HIC-monitor over attitude en bejegening laten zien dat een transitie heeft plaatsgevonden van een meer beheersmatige cultuur, naar een cultuur waarin contact en herstel van de patiënt meer centraal staan.

Opvallend is ten tweede dat de HIC-monitorscores van items die gaan over beschikbare faciliteiten laten zien dat veel instellingen investeringen hebben gedaan in het gebouw, maar dat de disciplinemix onveranderd lijkt. Deze bevindingen passen binnen het landelijk personeelstekort dat maakt dat teams vaak met flexwerkers aangevuld worden, hetgeen een uitdaging vormt om HIC-interventies structureel toe te passen en te kunnen borgen (Menkhorst & Spijkerman 2019). Dit kan zijn weerslag kan hebben op de verdere implementatie van het HIC-model. Hoewel investeringen in faciliteiten zoals ICU's kunnen helpen om beter volgens HIC-principes te werken, zouden investeringen in personeel een faciliterende werking kunnen hebben op voornamelijk de borging van implementatie van het HIC-model en in de verdere reductie van dwangtoepassingen.

Ten derde blijkt dat de praktijk weerbarstig is, hetgeen zichtbaar is in de terugval in HIC-monitorscores bij een aantal instellingen. Dit heeft, naast het personeelstekort, ook mogelijk te maken met reorganisaties en vertrek van kartrekkers en ander personeel, hetgeen leidt tot minder stabiliteit in teams. Opvallend was hierbij dat de meeste daling in scores optrad bij instellingen die voorheen hoog scoorden, terwijl de grootste stijging plaatsvond bij instellingen die eerder lager scoorden. Tegelijk lijkt er ruimte voor een betere implementatie van het HIC-model, maar blijkt de borging van modelgetrouwheid lastiger.

Dit onderzoek laat ten vierde zien dat afdelingen die in 2014 een hogere score behaalden op de HIC-monitor, en dus verder zijn in de implementatie van het HIC-model, minder dwang toepassen. Dit geldt voor zowel separaties, als ook voor het aantal toepassingen van dwangmedicatie. Het feit dat afdelingen met relatief hogere HIC-modelgetrouwheid zowel minder separaties als toepassingen van dwangmedicatie vertoonden, geeft aan dat er geen substitutie heeft plaatsgevonden van separatie door medicatie. Dit is niet in overeenstemming met bevindingen uit eerder onderzoek waarin deze substitutie wel optrad (Noorthoorn e.a. 2016).

Zorgelijk is dat we vanaf 2015 onvoldoende zicht hebben op het landelijk aantal dwangtoepassingen, en we daarnaast vanuit de audits zien dat evaluatie van dwang bij instellingen minder plaatsvindt. Om de doelstelling om dwang verder te reduceren goed te kunnen nastreven, is zowel verder inzicht nodig in de cijfers, als meer én betere evaluatie van dwangtoepassingen. Feedback krijgen op de reductie van dwang en directe resultaten terugzien van alle inspanningen om dwang terug te dringen kan een belangrijke motivator zijn om deze inspanningen te intensiveren (Voskes e.a. 2011).

Evaluatie van dwangtoepassingen vereist reflectie op het eigen handelen. Hieraan dient men meer aandacht te besteden, gezien de achteruitgang op dit punt tussen de eerste en de tweede auditronde. Deze reflectie is ook voor de borging van werkzaamheden van belang (Voskes e.a. 2011). De audits en de terugkoppeling van dwangtoepassingen vormen belangrijke momenten van reflectie.

Sterke punten

Een sterk punt van deze studie is de brede toepassing van de schaal waarbij het grootste deel van instellingen met acute gesloten opnameafdelingen in Nederland deelnam. Hierbij werd actief samengewerkt met ggz-instellingen en auditoren die voor een breed draagvlak hebben gezorgd, hetgeen is terug te zien in de inspanningen om het HIC-model verder te implementeren. De uniformiteit die het HIC-model creëert biedt tevens inspiratie voor verdere doorontwikkeling op internationaal gebied, gekoppeld aan onderzoek op internationale schaal.

Tabel 3. Verschillen tussen afdelingen die relatief hoog en laag scores op de HIC-monitor

HIC-SCORE	N AFDELINGEN	SEPARATIE-UREN	AANTAL SEPARATIE-INCIDENTEN	UREN SEPARATIE PER OPNAME-UREN**	ACUTE NOOD-MEDICATIE	INZET DWANGMEDICATIE PER OPNAMEDAGEN*
Hoog \geq 184	17	40476 uren	690	2,58	538	0,0162
Laag < 184	16	76847 uren	1404	4,20	1030	0,0207

*Significante verschillen; Students t-test $p < 0,05$

**Significante verschillen; Students t-test $p < 0,001$

Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste zijn de onderzoekers betrokken bij de HIC-ontwikkeling en zijn hierdoor niet onafhankelijk van het model. De onderzoekers zijn zich hiervan bewust en hier is op gereflecteerd tijdens de dataverzameling, de analyse en de interpretatie van de data.


Een tweede punt is dat de HIC-monitor in de eerste fase van het onderzoek nog niet gevalideerd was en is voor de effectmeting een vergelijking gemaakt tussen de Argusdata en de eerste versie van de HIC-monitor. Echter, aangezien de aanpassingen bij validatie beperkt waren, wordt de invloed hiervan op de resultaten minimaal geacht (van Melle e.a. 2019).

Ten derde is deze analyse uitgevoerd met crosssectie-nale data en is longitudinaal onderzoek met Argusdata noodzakelijk om effecten van implementatie van het HIC-model op lange termijn te volgen. De registratie van deze interventies in Argus was sinds 1 januari 2012 verplicht voor alle zorgaanbieders in de ggz als gevolg van en wijziging van een van de regelingen in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz 1993).

Vanwege privacyredenen zijn er echter geen nieuwe Argusdata beschikbaar van na 2014. De beschikbaarheid van deze data is nodig om het verband tussen implementatie van HIC en het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies op de lange termijn te onderzoeken. Inzicht in deze gegevens is extra van belang nu de schaarste aan personeel en de huidige coronapandemie niet zullen bijdragen aan de reductie van dwang. Dit en ander onderzoek bevestigt dat aandacht voor dwangreductie nodig is.

CONCLUSIE

Het HIC-model heeft de afgelopen jaren voor grote veranderingen gezorgd in de Nederlandse ggz, waarbij een belangrijke bijdrage is geleverd aan de uniformiteit van de zorg. Gedurende vijf jaar is er een aanzienlijke vooruitgang geboekt in de implementatie van het HIC-model. Instellingen die verder zijn in de implementatie van het HIC-model bleken minder dwang toe te passen. Echter, is het ook duidelijk geworden dat implementatie continu aandacht vergt. Voor borging van HIC dient aandacht uit te gaan naar het landelijke personeelstekort en evaluatie van dwang. Voor dit laatste is het van belang dat er data beschikbaar zijn over dwangtoepassingen, en dat systematisch aandacht wordt besteed aan reflectie op de toepassing van dwang.

 Deze studie is mogelijk gemaakt dankzij financiële bijdrage van de deelnemende ggz-instellingen en door de inzet van de auditoren.

LITERATUUR

- Abma TA, Voskes Y, Widdershoven GAM: Participatory bioethics and its social value: coercion reduction in psychiatry as a case. *Bioethics* 2017; 31: 144-52.
- Abma TA, Widdershoven GAM, Lendemeijer B. Dwang en drang in de psychiatrie; kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies. Utrecht: Lemma; 2005.
- Borgesius, HE. Intensive Care in de GGZ: Op weg naar veldnormen. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010.
- Janssen WA. Argus: assessment and use of data in evaluating coercive measures in Dutch psychiatry [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
- van Melle AL, Voskes Y, de Vet HCW, van der Meijs J, Mulder CL, Widdershoven GAM. 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* 2019; 46: 34-43.
- Menkhorst R, Spijkerman C. Elke dag nieuwe gezichten; personeelstekort in de ggz. De Groene Amsterdammer 6 februari 2019.
- van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek High en Intensive Care. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Noorthoorn E, Janssen W, Hoogendoorn A, Bousardt A, Voskes Y, Smits A, e.a. Vijf jaar Argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2011. Casusregister Argus; 2012.
- Noorthoorn EO, Voskes Y, Janssen, WA, Mulder CL, van de Sande R, Nijman HL, e.a. Seclusion reduction in Dutch mental health care: did hospitals meet goals? *Psychiatr Serv* 2016; 67: 1321-7.
- Prinsen EJD, Wel EB van, Mulder CL, Koning ND de, red. Handboek IHT. Utrecht: De Tijdstroom; 2016.
- Van de Sande R, Nijman HLL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, e.a. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 473-8.
- Van Veldhuizen JR, Polhuis D, Bähler M, Mulder N, Kroon H. Handboek (Flexible) ACT. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Voskes Y, Kemper M, Landeweer EGM, Widdershoven GAM. Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nurs Ethics* 2014; 21: 766-73.
- Voskes Y, van Melle AL, Widdershoven GAM, van Mierlo T, Bovenberg F, Mulder CL. High and Intensive Care in Psychiatry: a new model for acute inpatient care in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2021; doi: 10.1176/appi.ps.201800440.
- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven GAM. Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.

SUMMARY

High and intensive care as a next step in the reduction of coercion

A.L. van Melle, S. Gerritsen, L.J.C. Zomer, E.O. Noorthoorn, C.L. Mulder, G.A.M. Widdershoven, Y. Voskes

- Background** The high and intensive care (HIC) model provides a framework for acute admission wards and is being implemented since 2013 by all mental healthcare institutions in the Netherlands.
- Aim** To investigate how the HIC model has been implemented between 2014 and 2018 and how the implementation of the HIC model is associated to coercive measures.
- Method** Between 2014 and 2018, 79 audits were organized in two phases within 25 institutions to measure the degree of implementation of HIC using a model fidelity scale, the HIC monitor. HIC monitor scores were compared to data on coercion to determine the relationship between implementation of the HIC model and coercive measures.
- Results** Scores on the HIC monitor increased over time, especially in terms of vision, hospitality and facilities. However, a third of wards scored lower on the HIC monitor in the second audit compared to the first audit. Institutions that score higher use less seclusion and use less forced medication.
- Conclusion** Progress in the implementation of the HIC model is visible and institutions that are further in the implementation of the HIC model apply less coercion. Securing implementation proves difficult. Attention should be paid to the national staff shortage and systematic evaluation of coercion.