

Inhoud

Voorwoord – 9

Inleiding en leeswijzer – 11

Hoofdstuk 1

Achtergrond en historie van intensieve thuisbehandeling in de ggz – 15

Elnathan Prinsen

1 Achtergrond – 15

2 Historie – 21

Literatuur – 26

Hoofdstuk 2

Het IHT-model in het kort – 29

Elnathan Prinsen

1 Inleiding – 29

2 Doelstelling – 30

3 Doelgroep – 32

4 Indicatiestelling voor IHT – 32

5 Functies binnen het IHT-model – 33

6 Het IHT-team en de zorgorganisatie – 34

7 De plaats van IHT in de keten – 35

8 Conclusie – 39

Literatuur – 40

Hoofdstuk 3

Waardegeoriënteerde zorg binnen IHT – 41

Elnathan Prinsen

1 Inleiding – 41

2 Domeindiscussie binnen de psychiatrie – 42

3 Waardegeoriënteerde zorg – 44

4 Conclusie – 47

Literatuur – 47

Hoofdstuk 4

Evidentie – 49

- 1 Inleiding *Elnathan Prinsen en Jurgen Cornelis* – 49
 - 2 Modelgetrouwheid van IHT *Elnathan Prinsen* – 50
 - 3 De effecten van IHT *Jurgen Cornelis* – 54
 - 4 Onderzoek in Nederland *Jurgen Cornelis* – 63
- Literatuur – 69

Hoofdstuk 5

Werkwijze van IHT – 75

- 1 Verwijzen naar IHT *Lianne Boersma* – 75
 - 2 Crisisbeoordeling *Jurgen Cornelis* – 81
 - 3 Behandeling van de crisis *Lianne Boersma en Elnathan Prinsen* – 89
 - 4 Risicotaxatie binnen IHT *Vos Beerthuis* – 98
 - 5 Werken met naastbetrokkenen *Jurgen Cornelis* – 107
 - 6 IHT als opnameverkortende interventie *Lianne Boersma* – 114
 - 7 (Ambulante) drang en dwang *Elnathan Prinsen* – 118
- Literatuur – 128

Hoofdstuk 6

Opbouw en organisatie van het IHT-team – 131

Ruud Zuidmeer en Ingrid Meijerman

- 1 Inleiding – 131
 - 2 Samenstelling van het IHT-team – 131
 - 3 Competenties voor het werken in een IHT-team – 135
 - 4 Behandelen als teamverantwoordelijkheid – 139
 - 5 De overdracht, het planbord en de teamagenda – 142
 - 6 7 × 24 uurszorg – 145
 - 7 Personeel in relatie tot het verzorgingsgebied – 147
- Literatuur – 149

Hoofdstuk 7

Implementatie van IHT – 151

Bas van Wel en Annemieke Zeegers

- 1 Inleiding – 151
 - 2 Casus 1: succesvolle implementatie van IHT – 151
 - 3 Casus 2: implementatie van IHT met horten en stoten – 158
 - 4 Aanbevelingen voor de implementatie van IHT – 159
- Literatuur – 163

Hoofdstuk 8

Financiële aspecten van IHT – 165

Sabien Raams

- 1 Rendabele teamsamenstelling – 165
 - 2 Goede tijdsregistratie – 166
 - 3 Efficiënte teaminzet – 166
 - 4 Scholing en teamontwikkeling – 166
 - 5 Samenwerking met andere organisaties – 167
 - 6 Transitie naar IHT – 167
 - 7 Inkoop van IHT door financiers – 168
 - 8 Doelmatige ggz – 168
- Literatuur – 169

Hoofdstuk 9

Variaties in IHT – 171

Chloë Bollen, Nellieke de Koning, Ruud Zuidmeer en Paul van Dalen

- 1 Inleiding – 171
 - 2 Grote stad versus ruraal *Chloë Bollen* – 172
 - 3 Conclusie en toekomst – 178
 - 4 Vormen van integratie van de IHT-functie in bestaande teams
Chloë Bollen en Nellieke de Koning – 179
 - 5 Het Amsterdamse IHT-model *Ruud Zuidmeer* – 187
 - 6 IHT ouderen *Paul van Dalen* – 192
 - 7 Integratie van de suïcidepreventiepoli binnen IHT *Chloë Bollen* – 198
- Literatuur – 204

Personalia – 209

- Bijlage 1 Modelgetrouwheidsschaal – 212
- Bijlage 2 Broset Violence Checklist – 236
- Bijlage 3 Kennedy As-V – 237
- Bijlage 4 Checklist Risico Crisisdienst – 238
- Bijlage 5 Onderzoek van suïcidaal gedrag: een beknopte strategie – 239

Voorwoord

Mensen met acute psychiatrische toestandsbeelden vormen de belangrijkste, moeilijkste en daarmee meest fascinerende uitdaging voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dat geldt nu, dat gold een eeuw geleden en dat was zeker zo toen medische zorg nog geheel ontbrak: de donkere tijden van afzondering, opsluiting, kettingen, ketens en dolhuizen. De 19e eeuw bracht de hoop dat de nieuwe 'gestichten' de oplossing zouden brengen. Niet veel later, al begin vorige eeuw, bleken deze niet alleen overvol, maar ook weinig therapeutisch, en vaak ronduit verwaarlozend ten aanzien van de hen toevertrouwde patiënten.

Niet voor niets zoeken we sindsdien hier in Nederland, maar ook internationaal, naar modellen en methoden die een reëel alternatief bieden voor het 'acute bed'. Creatieve collega's afkomstig uit de sociale psychiatrie kwamen met uiteenlopende benaderingen, probeerden deze uit, soms met succes, soms alleen lokaal toepasbaar, en in weer andere gevallen ronduit te duur. Uiteindelijk blijkt dat iedere plek en periode zoekt naar eigen oplossingen voor het vraagstuk 'acute psychiatrie'. Dit fraaie boek biedt u uitgebreide informatie over de nieuwste loot aan de boom van opnamevoorkomende strategieën: intensive home treatment. De naam, kortweg IHT, geeft al aan dat het geen teelt van eigen bodem is, maar zich baseert op een Engels model dat inmiddels naar Nederlandse standaard is aangepast.

IHT gaat over direct leverbare crisisbehandeling, acute en intensieve zorg, risicotaxatie en (preventie van) drang en dwang. Dat alles vindt plaats in de thuissituatie, wordt multidisciplinair aangeboden, als het moet buiten kantoor tijden en werkt met shared caseload. De IHT-teams bieden daarmee de meest innovatieve en verstrekkende oplossing voor het gat tussen poliklinische specialistische en acute klinische zorg. Ze werken opnamevoorkomend of op zijn minst opnameverkortend, integreren de toch vaak versnipperde ambulante crisiszorg en willen daarmee PIT, KPT, SPITS, HIC, FACT, ADB en PCT (kent u ze nog?) kwalitatief overstijgen.

Nog geen vier jaar geleden geïntroduceerd, heeft IHT inmiddels zijn marktaandeel te pakken. Zoals meestal met innovaties in het acute veld, is onderzoek naar de effectiviteit beperkt beschikbaar en de kwaliteit voor verbetering vatbaar. Toch wijst de huidige praktijk uit dat het een goed antwoord is op vele acute kwesties waar we in ons huidige tijdsbestek mee kampen. Ook nu blijkt de gelanceerde nieuwe aanpak eerder gerelateerd aan veranderingen in de samenleving dan aan nieuwe kenmerken van de patiëntenpopulatie. Denk aan de verbrokkeling en verkaveling van de ggz, de ervaren

noodzaak van ambulantisering, de onduidelijke verantwoordelijkheden van partijen, en het idee (of de illusie) dat afbouw van ggz leidt tot kostenbesparing. Maar denk ook aan recente maatschappelijke veranderingen als voortschrijdende individualisering, een steeds groter aantal eenpersoonshuishoudens en het ontbreken van klassieke mantelzorg. Dat alles in een tijd van economische schaarste, waarin sommigen helemaal geen thuis meer hebben. Dit boek zal u duidelijk maken hoe IHT zoekt naar oplossingen voor deze belangrijke kwesties.

Aart Schene, hoogleraar psychiatrie Radboudumc

Personalia

- R.J. (Vos) Beerthuis, psychiater, plaatsvervangend opleider psychiatrie, GGZ inGeest, Amstelveen.
- L.A. (Lianne) Boersma, psychiater, GGZ Noord-Holland-Noord, Schagen.
- C.S.C. (Chloë) Bollen, psychiater, poli suïcidepreventie, Vincent van Gogh, Venray.
- J.E. (Jurgen) Cornelis, psychiater/psychotherapeut, plaatsvervangend opleider en onderzoeker, Arkin, Amsterdam.
- P.J. (Paul) van Dalen, psychiater, manager zorg divisie ouderen ggz, Dimence, Deventer.
- N.D. (Nellieke) de Koning, psychiater, De Bascule, Amsterdam.
- F.H. (Ingrid) Meijerman, teamleider/verpleegkundige, Dimence, Deventer.
- Prof.dr. C.L. (Niels) Mulder, psychiater, Parnassiagroep; bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam.
- E.J.D. (Elnathan) Prinsen, psychiater, manager zorg divisie spoedeisende ggz, Dimence, Deventer.
- S.L. (Sabien) Raams, psychotherapeut, directeur bedrijfsvoering, Dimence, Deventer.
- E.B. (Bas) van Wel, psychiater, directeur zorg, Dimence, Deventer.
- A. (Annemieke) Zeegers, beleidsadviseur, Dimence, Deventer.
- R. (Ruud) Zuidmeer, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, acuut en intensief behandelteam spoedeisende psychiatrie Amsterdam.