

# Intensieve thuisbehandeling van jongeren in crisis

## BEHANDEL OUDERS MEE BIJ 'PSYCHIATRISCHE' ADOLESCENTEN

Jet B. Muskens, Pierre C.M. Herpers, Machiel van Velthuysen, Patricia A.M. van Deurzen, Bertine E. Lahuis en Rutger-Jan van der Gaag

- DOEL** Onderzoeken of een nieuw opname-vervangend behandelmodel voor adolescenten met psychiatrische problematiek effectiever of efficiënter is dan de voorgaande behandelmethodiek met langdurige opnames.
- OPZET** Beschrijvend, retrospectief onderzoek.
- METHODE** Het voorgaande behandelmodel voor adolescenten in crisis bestond uit klinische opname gedurende 6 maanden of meer. Voor het nieuwe behandelmodel werden 4 opname-afdelingen met 34 bedden omgebouwd tot 1 'high & intensive care'(HIC)-afdeling met 7 bedden in combinatie met een opname-vervangende behandeling in de thuis-situatie voor het gezin. Opname binnen de HIC is kortdurend en de ouders worden samen met hun kind opgenomen. Met dit nieuwe model werd vanaf mei 2013 gewerkt. Het aantal patiënten in zorg, de behandelduur, de patiënttevredenheid, het aantal bedden en de kosten werden onderzocht en vergeleken met gegevens uit de jaren 2011 en 2012.
- RESULTATEN** Vergeleken met het voorgaande behandelmodel laat het opnamevervangende behandelmodel in één jaar tijd zien dat er meer jongeren behandeld kunnen worden (125 tegenover 70 per jaar) met een kortere behandelduur (2 weken klinisch indien nodig en 4 maanden ambulante tegenover 6 tot 7 maanden klinisch) en tegen lagere kosten per patiënt (€28.000 tegenover €55.000) bij een gelijkblijvende patiënttevredenheid.
- CONCLUSIE** Hoewel de eerste behandelresultaten positief zijn, is uitgebreider onderzoek nodig naar de behandel-effectiviteit en kostenefficiëntie van het opnamevervangende model voor jongeren over een langere periode.

Vanaf 1 januari 2015 is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Sindsdien hebben gemeenten de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid voor alle jeugdhulp. In het verlengde van de nieuwe wetgeving is een transformatie in gang gezet, waarbij het probleemoplossend vermogen van burgers en hun directe sociale omgeving meer wordt aangesproken.<sup>1</sup> In de jeugd-ggz richten deze veranderingen zich op flexibeler en beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt, gedeelde besluitvorming, vroege signalering, goede samenwerking met ketenpartners met zo min mogelijk klinische opnames, en dat alles tegen een lagere kostprijs.<sup>2</sup> Hierbij hebben alle jeugd-ggz instellingen de opdracht om het aantal 'bedden' te verminderen.

Uit onderzoek is namelijk gebleken dat jongeren door opname ontheemd kunnen raken van gezin, school en eigen sociale omgevingen en dat een opname vaak niet beter werkt dan thuis behandelen.<sup>3,4</sup> Bovendien blijkt dat wanneer het netwerk van de jongere te weinig betrokken wordt bij de behandeling, dit leidt tot een ongewenst lange opnameduur, stagnatie in hun ontwikkeling of terugval.<sup>5</sup> Toch zijn er ernstige psychische aandoeningen – suïcidaliteit, psychose, geweld – waarvoor jongeren nog altijd langdurig worden opgenomen. De verwachting is dat met goede vroegsignalering, een vroegtijdige aanpak in het gezin, intensieve thuisbehandeling en goede samenwerking met ketenpartners op termijn minder bedden capaciteit nodig zal zijn.<sup>2</sup>

Radboudumc, afd. Psychiatrie, Nijmegen.

Drs. J.B. Muskens en prof.dr. R.J. van der Gaag, kinder- en jeugdpsychiaters (tevens: Karakter, Intensief Behandelcentrum Jeugd, Nijmegen).

Karakter, Intensief Behandelcentrum Jeugd, Nijmegen.

Drs. P.C.M. Herpers, kinder- en jeugdpsychiater; M. van Velthuysen, afdelingsmanager; dr. P.A.M. van Deurzen, epidemioloog; dr. B.E. Lahuis, kinder- en jeugdpsychiater.  
Contactpersoon: drs J.B. Muskens (j.muskens@karakter.co).

Aansluitend bij deze verandering in de zorg onderzochten wij een nieuw behandelmodel voor crisiszorg voor adolescenten dat gericht is op een ambulante en flexibele zorgaanbod met zo kort mogelijke opname en intensieve thuisbehandeling. Dit nieuwe model vergeleken wij met de oude behandelwijze waarbij adolescenten langdurig opgenomen werden.

De uitgangspunten voor de nieuwe behandelmethodes zijn: (a) de hulpverlening voor het gehele gezin toegankelijker maken; (b) betere begeleiding van jongeren in hun eigen omgeving; (c) de autonomie van de jongere te vergroten; (d) ouders positioneren in hun rol als permanente verantwoordelijke voor de opvoeding; (e) geen wachtlijst en 24 uur per dag beschikbaar. In de methode-sectie geven wij een uitgebreide beschrijving van dit nieuwe behandelmodel voor jongeren.

## METHODE

### SAMENWERKING TUSSEN HIC EN IHT VOOR ADOLESCENTEN

Het nieuwe behandelmodel behelst een continue, nauwe samenwerking tussen klinische 'high & intensive care' (HIC) en intensieve thuisbehandeling ('intensive home treatment', IHT).

Voordat het nieuwe behandelmodel van start ging werden 3 klinische afdelingen met 34 bedden voor langdurige opname gesloten; er bleef 1 afdeling met 7 noodbedden beschikbaar. Deze afdeling vormt de HIC voor jongeren met ernstige psychiatrische problematiek. Het concept van de HIC is door diverse ggz-instellingen gezamenlijk ontwikkeld. Dit concept is gericht op een kortdurende klinische opname voor psychiatrisch patiënten in crisis in een omgeving waar veiligheid en bescherming gecombineerd wordt met respectvolle zorg en behandeling.<sup>6</sup> Een opname op een HIC-afdeling sluit aan bij de ambulante behandeling en kan opgeschaald worden naar een individuele één-op-één-behandeling. De HIC werkt met een extra beschermende kamer (EBK) met als doel een ernstig zieke patiënt niet alleen te laten en dwang- en drangmiddelen zo min mogelijk toe te passen; dit is dus geen separaerruimte zoals die bestaan in de traditionele opnameklinieken. De HIC voor jongeren in crisis is juist bedoeld om dwangmaatregelen zoals separatie te voorkómen.

Ouders en opvoeders worden zo veel mogelijk betrokken bij de ondersteuning van hun ernstig zieke kind en hebben de mogelijkheid zowel overdag als 's nachts aanwezig te zijn. Vanuit patiënt- en behandelperspectief is aanwezigheid van ouders bij hun kind gewenst. De opname kan belastend zijn voor jongeren in crisis en ouders kunnen daarbij voor vermindering van angst zorgen. Ouders kunnen op de kamer van hun kind slapen of op een aparte kamer en ervaren het als prettig dat het mogelijk is om in de buurt van hun kind te verblijven.

De opname maakt het mogelijk om dankzij directe observatie van de interactie tussen ouders en jongere, en door directe dialoog tussen professionals, ouders en patiënt adviezen te geven die direct kunnen worden toegepast. Professionals geven uitleg over de diagnose en de omgang met het kind, en ouders kunnen deze geleerde vaardigheden in de thuissituatie toepassen. Betrokkenheid van het gezin tijdens de opname draagt daarmee ook bij aan de continuïteit van zorg na opname.

Voor een goede doorstroom en behandeling werkt de HIC continu samen met de IHT, een behandelvorm die de opname vervangt. Dit is een intensieve, ambulante behandelvorm waarbij 1 of 2 hulpverleners meerdere keren per week thuis kunnen komen bij patiënten met ernstige psychiatrische problematiek. Patiënt en ouders zijn in de gelegenheid direct in de dagelijkse praktijk adviezen te ontvangen en toe te passen. Bovendien biedt IHT de mogelijkheid tot directe observatie in thuissituaties die voor de patiënt moeilijk zijn.

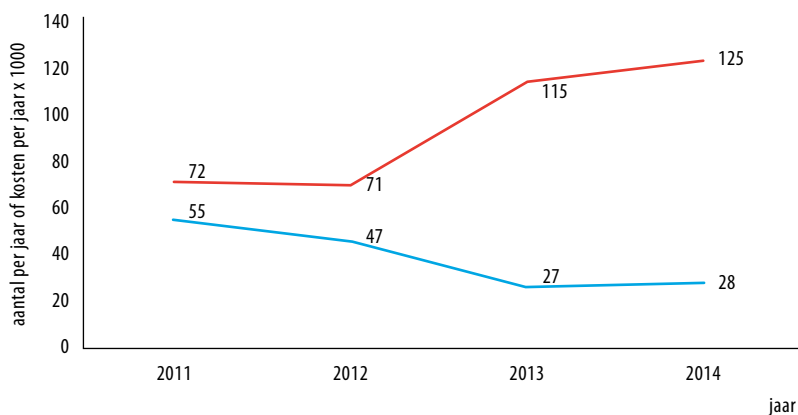
De ambulante behandeling bestaat uit het coachen van patiënt en gezin in manieren om gevaar voor zichzelf en de omgeving af te wenden en de mentale toestand van de jongere te verbeteren. Het aantal dagen waarop de hulpverleners bij de patiënt thuis komen wordt afgestemd op de wens en mogelijkheden van jongere en ouders. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de behoeften van de jongere en de ouders om tot een gezamenlijk besluit te komen. Het netwerk, zoals familie, vrienden, buurt en school, wordt zo veel mogelijk bij de IHT betrokken.

### EVALUATIE VAN HET BEHANDELEFFECT

Halverwege 2013 ging het bovengenoemde model van start. Het voorlopige behandeffect werd geëvalueerd en vergeleken met het oude model – waarin patiënten opgenomen werden voor 6 maanden of langer – aan de hand van de volgende vragen:

- Is het aantal jongeren dat zorg ontvangt conform het nieuwe model veranderd?
- Is de behandelduur veranderd?
- Hoe zit het met de kosten van de zorg in het nieuwe model?
- Is de patiënttevredenheid veranderd?

Onze veronderstelling was dat in het nieuwe behandelmodel meer jongeren behandeld zouden kunnen worden in een kortere periode en tegen lagere kosten per patiënt. Om antwoord te kunnen geven op bovenstaande vragen analyseerden wij het aantal patiënten dat zorg ontving, de gemiddelde behandelduur, de kosten en de patiënttevredenheid in de periode 2011- mei 2014. Deze periode omvat zowel het oude als het nieuwe model. Voor de patiënttevredenheid werd de GGZ Jeugdthermometer gebruikt, ontwikkeld door het Trimbosinstituut met een versie voor ouders en jongeren vanaf 12 jaar.<sup>7</sup>



**FIGUUR 1** Het aantal adolescenten per jaar dat crisiszorg ontving in de periode 2011-2014 (—) en de kosten voor deze behandeling (—) per patiënt per jaar x €1000. In mei 2013 werd het oude model voor crisiszorg voor adolescenten vervangen door een nieuw behandelmodel.

## RESULTATEN

### AANTAL PATIËNTEN EN VERLOOP IN BEDDENCAPACITEIT

Het aantal patiënten dat zorg ontving conform het nieuwe model is sterk toegenomen in vergelijking met de periode waarin het oude model werd gehanteerd. Het gemiddeld aantal patiënten bedroeg ongeveer 70 per jaar en laat met het nieuwe model een stijging zien naar ongeveer 115 per jaar waarbij de verwachting is dat dit nog verder zal stijgen (figuur 1). Voorheen was er een wachtrij van 3 tot 4 maanden voor opname, maar doordat in het nieuwe model direct na aanmelding met behandeling begonnen wordt, kunnen meer jongeren worden voorzien van snellere zorg. De snelle start en het behandelperspectief dat de ouders geboden wordt, zorgt ervoor dat de crisissituatie niet toeneemt maar afneemt, waardoor opname minder vaak nodig is.

In figuur 1 is ook te zien dat de kosten van gemiddeld 55.000 euro per patiënt in 2011 naar 28.000 euro per patiënt in 2014 gedaald zijn, een afname van 27.000 euro per patiënt. Deze afname is te verklaren uit de lagere kosten voor ambulante zorg in een kortere periode (2 weken klinische behandeling en 4 maanden ambulante behandeling vs. 6 à 7 maanden klinische behandeling in het oude model).

### BEHANDELDOUR

De gemiddelde opnameduur in de oude situatie met 4 klinieken bedroeg 6 tot 7 maanden, gevolgd door een poliklinisch traject. Het nieuwe model met de HIC als opnamemogelijkheid heeft als uitgangspunt een vrijwillige crisisopname voor de duur van maximaal 2 weken, met uitzondering van opnames met een juridisch kader. Zoals in figuur 2 te zien is, bedroeg de behandelduur van

het IHT-traject voor de meeste patiënten ongeveer 4 maanden.

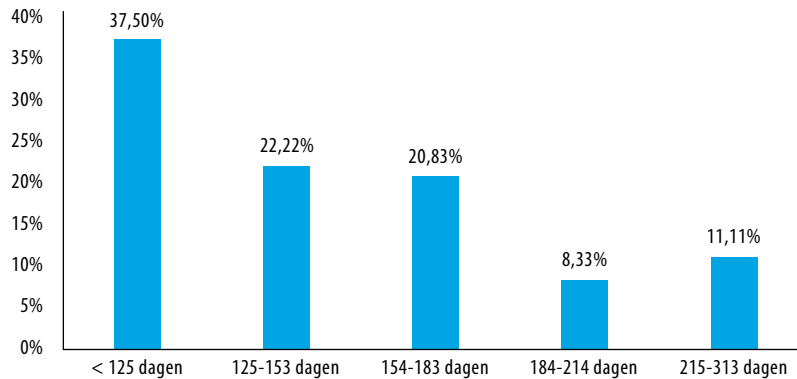
Een jaar na de start van het nieuwe behandelmodel bleek dat 80% van de aangemelde jongeren zonder een HIC-opname in het IHT-traject was gekomen. Voor deze behandelvorm komen jongeren in aanmerking die ernstige psychiatrische problemen hebben waarbij interventie noodzakelijk is om verdere verslechtering te voorkomen en gevaar voor henzelf of de omgeving af te wenden. Kenmerkend is de crisissituatie waarbij andere behandelaren en het gezin er niet meer uitkomen. Vaak hebben ze al van meerdere instellingen zorg ontvangen en hebben ze verschillende behandelvormen gehad.

Jongeren die voor de HIC of IHT aangemeld zijn, maar bij wie tijdens het intakegesprek blijkt dat zij ook een algemeen poliklinisch traject kunnen volgen, worden bij de poli aangemeld. Dat gebeurt wanneer er niet echt sprake is van een crisissituatie en nog te weinig behandelingen zijn geprobeerd. Het doel van de IHT is om een interventie te doen die de crisis afwendt, waardoor patiënt en gezin weer verder kunnen. In de meeste gevallen is er een minder intensief vervoltraject nodig, dat bestaat uit een poliklinisch traject. Over het jaar 2014 zullen wij nog nagaan welke percentages jongeren poliklinisch of via de huisarts vervolgd zijn.

Kortom, met het nieuwe model blijken meer jongeren behandeld te worden (125 vs. 70 per jaar) met een kortere behandelduur (2 weken klinisch indien nodig en 4 maanden ambulant ten opzichte van 6 tot 7 maanden klinisch) en tegen lagere kosten per patiënt (€ 28.000 vs. € 55.000).

### PATIËNTTEVREDENHEID

De volgende vraag betrof mogelijke veranderingen in de patiënttevredenheid. De patiënttevredenheidsmeting



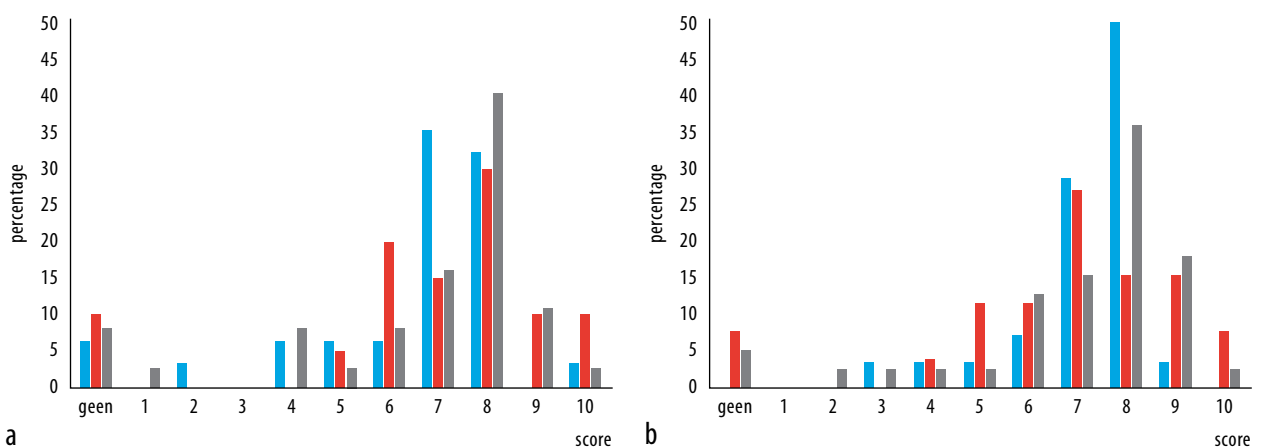
**FIGUUR 2** Behandelduur van intensieve thuisbehandeling ('intensive home treatment', IHT) bij adolescenten die crisiszorg ontvingen volgens een nieuw behandelmodel in de periode mei 2013-mei 2014. Weergegeven is het percentage adolescenten per behandelduur (< 125 dagen = korter dan 4 maanden).

van het oude model werd voortgezet toen het nieuwe model in gebruik was genomen. In figuur 3 is de tevredenheid van ouders en jongeren over de behandeling volgens het oude model en de verschuiving naar het nieuwe model weergegeven. In 2011, 2012 en 2013 werd de tevredenheid gemeten bij respectievelijk 31, 20 en 37 ouders en bij respectievelijk 28, 26 en 39 adolescenten. De mediaan van de tevredenheidsscores van ouders was 6,68 in 2011, 7,56 in 2012 en 7,18 in 2013. De mediaan van de tevredenheidsscores bij de adolescenten bedroeg in de opeenvolgende jaren 7,18, 7,25 en 7,32. Hoewel in de meting van 2013 de klinische opname volgens het oude model en het werken met IHT en HIC door elkaar lopen,

valt op dat het tevredenheidsniveau van ouders en jongeren gelijk is gebleven, met een modus van een '8'. In 2015 verwachten wij betrouwbare patiënttevredenheidsgegevens over het nieuwe model te kunnen geven.

## BESCHOUWING

De visie op zorg aan adolescenten met een ernstige psychiatrische stoornis is veranderd. Het accent is komen te liggen op de vraag en leefwereld van de patiënt, wat tot uitdrukking komt in zorg dichterbij huis en gedeelde besluitvorming. Bovendien was het noodzakelijk om de behandeling kosteneffectiever te maken. Daarom is er



**FIGUUR 3** Tevredenheid van (a) ouders en (b) jongeren over de crisiszorg voor adolescenten in de jaren 2011 (■), 2012 (■) en 2013 (■). Tot mei 2013 werd gewerkt volgens het oude behandelmodel (opname voor 6 maanden of langer), daarna volgens een nieuw model (intensieve thuisbehandeling met de mogelijkheid van 'high en intensive care'). Weergegeven zijn de percentages van de ouders en adolescenten die een bepaalde score voor patiënttevredenheid hadden gegeven (tevredenheidsscores op een schaal van 1-10; 'geen' = geen mening).

een nieuwe behandelmethode ontworpen voor zorg aan adolescenten met een ernstige psychiatrische stoornis en hun ouders. Voorlopige resultaten laten zien dat bij gelijkblijvende tevredenheid er een toename is van het aantal ambulante behandelde jongeren bij afgenomen kosten per patiënt.

Hoewel we nog geen metingen hebben gedaan naar het zorginhoudelijke herstel van de behandelde adolescenten, zijn onze ervaringen positief. Ouders geven aan dat fysieke agressie van de jongeren in huis vermindert, dat symptomen afnemen waardoor de jongeren hun schoolgang en hobby's hervatten, en dat hun stemming verbetert. Jongeren ervaren het als prettig dat ze zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven en niet opgenomen hoeven te worden terwijl zij wel zorg krijgen. Ouders zijn positief over hun betrokkenheid bij de behandeling en over de mogelijkheid mee te kunnen beslissen. Vanaf 2015 willen we de zorginhoudelijke aspecten – gericht op symptomen, kwaliteit van leven en schoolgang – van het nieuwe zorgmodel gaan meten.

Nu het nieuwe model een jaar in gebruik is zijn er ook aantal knelpunten aan het licht gekomen. Ten eerste is het IHT-traject regiogebonden, wat inhoudt dat opgenomen jongeren uit een andere regio niet kunnen doorstromen in de IHT. Zij zijn afhankelijk van de geboden zorg in hun eigen regio, die meestal bestaat uit langdurige opnames en minder intensieve thuisbehandeling. Dit valt regelmatig tegen voor jongeren en ouders.

Ten tweede is de mogelijkheid van 24-uursopname – de continue beschikbaarheid van lege bedden – een moeilijk punt in relatie tot de vergoeding. In de begroting is rekening gehouden met de dagelijkse voorziening van 1 of 2 vrije bedden om 24 h per dag patiënten in crisis te kunnen opnemen. Paradoxaal genoeg blijkt dat door de directe start van IHT opnames voorkómen worden en er dus minder bedden nodig zijn. Hierdoor zijn er echter regelmatig te veel lege bedden, wat voor hoge kosten voor de afdeling zorgt. Recent hebben 2 gemeenten toegezegd om in de kosten voor beschikbaarheid van crisisplekken te voorzien.

Ten derde is het mogelijk dat het nieuwe model op langere termijn geen dure opnames voorkómt, maar uitstelt. Vervolgonderzoek zou hier duidelijkheid over moeten geven. Onze klinische indruk is echter dat bij een terugval de jongere, de ouders of ketenpartners direct contact opnemen met het IHT-team om verslechtering te voorkomen; op zo'n moment kan opnieuw een korte periode ambulante zorg geboden worden om een opname te voorkomen.

- **De psychiatrische zorg in Nederland voor jongeren in crisis bestaat voornamelijk uit langdurige klinische opnames, maar jongeren kunnen door opname ontheemd raken van gezin, school en eigen sociale omgeving.**
- **De zorg voor kinderen en jongeren met een psychiatrische stoornis moet ambulanter, flexibeler en meer aansluiten bij de leefwereld van de jongeren tegen een lagere kostprijs.**
- **Er is een nieuwe, opnamevervangende behandelmethode voor jongeren in crisis ontwikkeld.**
- **Deze nieuwe methode bestaat uit een snelle start van intensieve thuisbehandeling zonder wachtlijst en 24-uurs beschikbaarheid van 'high en intensive care' voor kortdurende opname als dat nodig is.**
- **De nadruk van deze methode ligt op zorg voor het hele gezin, autonomie van de jongeren, positioneren van ouders, gedeelde besluitvorming, school en vrije tijd van de jongeren.**
- **Met deze methode kunnen meer jongeren in de thuissituatie behandeld worden tegen lagere kosten per patiënt en met een kortere behandelduur, terwijl de patiënttevredenheid gelijk blijft.**

## CONCLUSIE

De eerste resultaten van het opname-vervangende model zijn veelbelovend. De uitdaging is nu om dit zorgaanbod binnen de organisatie te consolideren en verder uit te werken. Daarbij is vervolgonderzoek nodig naar zorginhoudelijke aspecten, patiënttevredenheid en de effectiviteit van de behandeling over een langere periode, om het beloop van deze methode voor adolescenten inzichtelijk te maken.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 18 maart 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8280

**> KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A8280](http://WWW.NTVG.NL/A8280)**

---

**LITERATUUR**

- 1 Rijksoverheid. Jeugdhulp bij gemeenten. [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten), geraadpleegd op 23 december 2014.
- 2 Ggz Nederland. Nieuw visiedocument jeugd-ggz. [www.ggz nederland.nl/actueel/nieuw-visiedocument-jeugd-ggz](http://www.ggz nederland.nl/actueel/nieuw-visiedocument-jeugd-ggz), geraadpleegd op 23 december 2014.
- 3 Matthejat F, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10(Suppl 1):171-9.
- 4 Smyth MG, Hoult J. The home treatment enigma. *BMJ*. 2000;320:305-8.
- 5 Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD001087.
- 6 van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC High en intensive care in de psychiatrie. 1e dr. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom; 2013.
- 7 Bransen M, Kok I, van Wijngaarden B. De aanpassing van de GGZ Jeugdthermometer versie 2003 tot de GGZ Jeugdthermometer versie 2005. Utrecht: Trimbos-instituut;2005.