

Programma werksymposium

IHT tussen GMAP en maatschappij.

Wat doen we wel en wat doen we niet

Dagvoorzitter: Bas van Wel (psychiater), directeur zorg Dimence

Van der Valkhotel Apeldoorn

Donderdag 10 maart 2022

**Programma**

09.00-09.30 uur Inschrijving / ontvangst

09.30-09.45 uur Plenaire opening door Bas van Wel

09.45-10.30 uur Rol van IHT in de acute zorg: het belang van modelgetrouwheid

door Elnathan Prinsen

10.30-10.45 uur Naar workshops

10.45-11.45 uur 1e ronde: 4 workshops 1 discussiegroep

* + - De poortwachtersfunctie: hoe goed doen we daar aan?
    - Inschatting en verkleining van risico op agressie bij huisbezoeken
    - De ontwikkeling van IHT jeugd
    - Evidence Based IHT
    - Discussiegroep: Best practice: samenwerking met gemeentes, hoe ga we dat doen in de toekomst........

11.45-12.00 uur Naar plenaire zaal

12.00-13.30 uur LUNCHPAUZE met van 12.30 -13.30 uur

13.30-14.15 uur Hoe zou IHT zich kunnen verhouden tot het sociale domein door Thijs Beckers

14.15-14.30 uur Naar workshops

14.30-15.30 uur 2e ronde van dezelfde 4 workshops en 1 discussiegroep

15.30-16.00 uur Intermezzo: Maarten Willems

(Workshopleiders geven Bas terugkoppeling ter voorbereiding van de wrap-

up)

16.00-16.45 uur Wrap-up door Bas van Wel met terugkoppeling workshopsleiders

16.45-17.30 uur Borrel ter afsluiting

**Toelichting op programma:**

**Plenaire opening**

Bas van Wel (psychiater), voorzitter landelijk platform IHT en directeur zorg Dimence houdt een inleiding op de dag en introduceert het thema IHT tussen GMAP en maatschappij

**Plenaire spreker**

**Rol van IHT in de acute zorg: het belang van modelgetrouwheid**

**Spreker:** Elnathan Prinsen

Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; psychiater Rijnstate; onderzoeker Dimence Groep

**Abstract**

IHT is inmiddels breed geïmplementeerd in Nederland maar wel op veel verschillende manier. In de helft van de gevallen is er volledige integratie met de crisisdienst. Hiermee is IHT potentieel de spin in het web in de acute psychiatrie; de schakel tussen klinisch en ambulant werken. En daarmee essentieel voor het functioneren van het netwerk. Dit geeft vele kansen maar ook veel risico’s.

De kwaliteit van het netwerk bepaalt de kwaliteit van het IHT. Implementatie van IHT is daarmee meer dan het optuigen van een team, maar vergt grote investering in het netwerk, zowel intern binnen de GGZ organisatie (klinische en ambulant) als met externe ketenpartners.

In het handboek IHT, werd het model neergezet en werd een modelgetrouwheidsschaal opgenomen. De schaal is een vertaling van de CORE Crisis Resolution team Fidelity scale zoals ontwikkeld in Groot Brittannië, aangepast naar de Nederlandse situatie. In Groot-Brittannië bleek de modelgetrouwheid, 8 jaar na invoering laag, terwijl al per 2000 de NHS implementatie verplicht stelde.

Onderzoek onder 20 teams in Nederland laat zien dat de mate van modelgetrouwheid overall best goed is. Hierbij valt echter op dat op de kernelementen als de poortwachtersfunctie, het faciliteren vervroegd ontslag, 24x7 actief zijn en een goed geëquipeerd multidisciplinair team zijn, juist laag gescoord wordt. Dat geeft te denken. Maakt IHT in vorm de potentie die het heeft binnen de acute psychiatrie waar?

**Workshops:**

**De poortwachtersfunctie: hoe goed doen we daar aan?**

**Workshopgever:** Harm Gijsman en Tom Stobbe

**Moderator:** Elnathan Prinsen

**Abstract:**De poortwachtersfunctie van IHT is ontstaan vanuit schaarste van financiële middelen en bedden. Inmiddels is het een bijna voorwaardelijk element van de IHT modelgetrouwheidsschaal geworden. Maar hoe voeren we deze functie eigenlijk uit en hoe effectief is dat? Is het passend om een patiënt de vraag stellen of deze opgenomen wil worden of dat deze liever wil dat diens problemen worden opgelost? Is de poortwachter vooral een beoordelaar of ook een crisisinterventor? Moeten we het poortwachten zien als een tijdelijke maatregel om verandering te bewerkstelligen, of is het een altijd onmisbare consultering van experts op het gebied van zorgintensivering? Is het altíjd noodzakelijk, of kunnen we het beter gericht inzetten voor bepaalde situaties of doelgroepen? Hebben we wel voldoende gereedschap op het gebied van crisisinterventie om deze functie werkelijk waar te kunnen maken? Over al deze vragen zullen we in deze workshop stevig van gedachten wisselen!

**Deelnemers:** iedereen die wel eens aan de poort staat

**Werkvorm**: korte presentatie gevolgd door uitgebreide discussie

**Doel:** vergroten van inzicht in de poortwachtersfunctie van IHT

**Inschatting en verkleining van risico op agressie bij huisbezoeken**

**Workshopgever:** dr. Berry Penterman, psychiater  
**Moderator:** Eveline Ackermans

**Korte toelichting inhoud:** Het meemaken van een agressie-incident heeft grote impact op zowel hulpverleners als cliënten. Inmiddels is veel bekend over hoe het risico hierop verkleind kan worden. Na een korte inleiding wat er bekend is op basis van wetenschappelijk onderzoek, wordt geoefend met praktijksituaties, die de deelnemers zelf kunnen inbrengen vanuit hun dagelijks werk.

**Abstract:** De workshop start met een korte inleiding wat er bekend is op basis van wetenschappelijk onderzoek, waarna er geoefend wordt met praktijksituaties, die de deelnemers zelf kunnen inbrengen vanuit hun dagelijks werk. De workshopgever Berry Penterman heeft hiermee zowel uit de praktijk als door zijn onderzoek ervaring. Als psychiater bij de crisisdienst werd hij zelf ooit gegijzeld door een cliënt. Het idee dat agressie blijkbaar onderdeel van het werk zou zijn, vond hij niet acceptabel. Hij ging ermee aan de slag, want de impact van geweld voor zowel medewerker als cliënt is groot. Hij is gepromoveerd op onderzoek of agressie in de GGZ-crisisdienst te voorspellen is. Inmiddels is er veel bekend over hoe het risico hierop verkleind kan worden en het belang van het helder aangeven van grenzen. Het trainen van hulpverleners in welke factoren zij hierin kunnen beïnvloeden is van belang om hen veilig met hun cliënten te kunnen laten werken.

**Deelnemers:** Hulpverleners in de GGZ, specifiek zij die huisbezoeken afleggen in het kader van IHT of crisisdienst (o.a. ambulant verpleegkundigen, SPV, psychiaters, psychologen, artsen, ervaringsdeskundigen, maatschappelijk werkers)

**Doel:** kennis doorgeven en vaardigheden oefenen om risico op agressie bij huisbezoeken van IHT-crisisdienst te verminderen.

**De ontwikkeling van IHT Jeugd**   
**Workshopgever:** Monique Sleen

**Moderator:** Janice Levo Livramento

De IHT Jeugd teams zijn in oprichting en in ontwikkeling. In het ingewikkelde landschap van de huidige jeugdgezondheidszorg is dit een uitdaging. In deze workshop willen wij met jullie delen hoe wij onze organisatie hebben vormgegeven, met daarbij specifieke aandacht voor de rol van de verpleegkundig specialist in het IHT (jeugd) team. Ook willen we met jullie in gesprek om te leren van elkaars ervaringen.

**Abstract**:De workshop is bedoeld voor alle zorgprofessionals en managers die betrokken zijn bij het oprichten of werken in een IHT Jeugd team. Daarnaast zal er specifiek aandacht zijn voor de rol van de verpleegkundig specialist binnen het IHT (jeugd) team.   
Het doel van de workshop is inzicht geven in de organisatie van het IHT Jeugd team in Rotterdam, met daarbij specifieke aandacht voor de rol van de verpleegkundig specialist. Deze kennis zal de basis zijn om in gesprek te gaan met de deelnemers van de workshop en te leren van elkaar. We willen best practices uitwisselen. Op dit moment zijn de IHT Jeugd teams in oprichting en in ontwikkeling en het is een goed moment om met elkaar na te denken over de organisatie in het ingewikkelde landschap van de jeugdgezondheidszorg.   
De werkvorm zal een interactieve presentatie zijn waarin geleerd wordt van elkaar.

**Evidence Based IHT: Onderzoeksresultaten van drie grote studies in Nederland**

**Workshopleider:** Ansam Barakat

**Presentatie:** Ansam Barakat, Oswald Bloemen, Leon Klunder, Dorien Spanhaak en Roselie van Asperen.

**Moderator:** Oswald Bloemen

**Abstract:**De workshop Evidence Based IHT is bedoeld voor alle zorgverleners, managers of andere geïnteresseerden. Het doel van deze workshop is om de evidentie van de werking van IHT te bespreken. Intensive Home Treatment (IHT) teams worden in hoog tempo in Nederland opgezet. Drijvende kracht hierachter is de gedachte dat mensen sneller beter worden thuis, en daarnaast de afname van klinische voorzieningen. Maar wanneer is deze zorg doelmatig en veilig? En werkt een IHT-traject inderdaad even goed of beter als een opname? En is het uiteindelijk wel kosteneffectief?

Er is nog nagenoeg geen wetenschappelijke data hierover beschikbaar. Maar in verschillende Nederlandse centra lopen onderzoeken naar IHT. In deze workshop presenteren we langverwachte resultaten van deze onderzoeken naar IHT en wat deze betekenen voor onze praktijk. Na de presentaties kunnen vragen aan de sprekers worden gesteld om de inhoud van de gevonden resultaten en de toepasbaarheid in de praktijk verder te bediscussiëren.

**Discussiegroep: Samenwerken met het sociale domein.**

**Workshopgever:** Robert van de Berg

**Moderator:** Ingrid Meijerman

**Abstract:** IHT teams komen in beeld als er sprake is van een psychiatrische crisis. Maar wat als er bij de beoordeling geconstateerd wordt, dat sociaal-maatschappelijke problemen ten grondslag liggen aan de psychische klachten? Of juist de psychische klachten verergeren? En wat kunnen we gezamenlijk met het sociale domein doen in herkenning en aanpakken van deze sociaal-maatschappelijke problemen teneinde onnodige inzet van intensieve zorg te voorkomen? In deze workshop worden voorbeelden gegeven van initiatieven in de samenwerking tussen het sociale domein en het IHT. Wat werkt en wat niet? Hoe kunnen we beter samenwerken met het sociale domein?

**Voorbeelden/pitches voor discussiegroep:**

**Noodbed door Mark Mepschen**

**Plenaire spreker**

**Hoe zou IHT zich kunnen verhouden tot het sociale domein**

**Spreker:** Thijs Beckers

verpleegkundig specialist ggz en onderzoeker

**Abstract**

Het betrekken van de sociale omgeving, zowel naasten als andere professionals, is altijd al een essentieel onderdeel geweest van IHT. Een IHT-team werkt echter niet in een vacuum. Door beperkte capaciteit binnen de ggz (zowel binnen als buiten IHT-teams), veranderingen van de beschikbare zorg in het sociaal domein en naasten die zich mondiger opstellen verandert de verhouding tussen IHT-teams en hun omgeving. In deze lezing gaan we verkennen hoe IHT-teams zich kunnen verhouden ten opzichte van de sociale omgeving van hun patiënten in het algemeen en in het bijzonder ten opzichte van andere hulpverleners in het sociaal domein.

**Plenaire afsluiting**

Bas van Wel gaat in gesprek met de zaal: Doel van deze dag? Wat wil je bereikt hebben? Welke antwoorden/inzichten?