

BEST PRACTICES RONDOM DWANGREDUCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



**YOLANDE VOSKES
JUSTINE THEUNISSEN
GUY WIDDERSHOVEN**

Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg

Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang

Amsterdam, december 2011

Drs. Y. Voskes

J. Theunissen, MA

Prof. dr. G.A.M. Widdershoven

VUmc, Amsterdam

Dankwoord

Al een aantal jaren zijn verschillende partijen in Nederland bezig met de reductie van dwang en drang en in het bijzonder separatie. De afgelopen jaren hebben we ervaren dat het niet gemakkelijk is om dwang te reduceren maar door de inzet van goede interventies, aanpassingen in de organisatie en een andere manier van denken kan het aantal separaties en de duur van de separaties teruggedrongen worden. Om erachter te komen welke interventies er de afgelopen jaren ontwikkeld zijn en wat er moet veranderen in de organisatie en de cultuur van een instelling, hebben we alle instellingen bezocht die langer dan een jaar bezig zijn met de reductie van dwang en drang.

Het was een intensief jaar en “we hebben er heel wat kilometers op zitten”. Maar veel belangrijker is dat we veel goede, mooie, interessante dingen hebben gehoord, gelezen, gezien en “geroken”. Niet alleen voor ons was het intensief, we hebben ons terdege gerealiseerd dat de investering die door alle instellingen is gedaan een grote is. Onze dank gaat dan ook uit naar alle instellingen die wij bezocht hebben. Veel medewerkers zijn betrokken geweest bij de audits en hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan deze rapportage. Opvallend was de grote openheid en het enthousiasme van zaken waarmee gesproken werd over de praktijk. Zowel de goede praktijkvoorbeelden als de verbeterpunten kwamen aan bod in de gesprekken. Specifieke dank gaat uit naar de projectleiders die betrokken waren bij het organiseren van deze dagen. Kortom, het is een rapport dat door ons is geschreven maar zonder de openhartigheid van alle instellingen had dit rapport er nooit gelegen. Dank hiervoor!

Wij hopen dat dit rapport bijdraagt aan de verdere reductie van dwang en drang en een verbetering van de kwaliteit van zorg binnen alle instellingen. Het kan!

Inhoudsopgave

1.	Achtergronden	1
1.1	Aanleiding onderzoek	1
1.2	Doel- en vraagstelling	1
1.3	Onderzoeksopzet	2
1.4	Leeswijzer	2
2.	Theoretisch kader	3
2.1	Best Practices	3
2.1.1	<i>Definitie</i>	3
2.1.2	<i>Overdracht van best practices</i>	4
2.2	Dwangreductie: een systeemtransitie	4
3.	Best Practices	5
3.1	Bejegening & contact	5
3.2	Preventief werken & risicotaxatie	12
3.3	De-escalerend werken	19
3.4	Evaluatie	23
3.5	Reflectie	26
3.6	Samenwerking & consultatie	29
3.7	Participatie van cliënten	33
3.8	Participatie van naastbetrokkenen	35
3.9	Registratie	38
3.10	Intensive Care	39
3.11	Samenwerking met de ambulante zorg	44
3.12	Tot slot	47
4.	Als escalatie niet voorkomen kan worden	49
5.	Knelpunten	53
6.	Conclusies en aanbevelingen	56
6.1	Conclusies	56
6.2	Aanbevelingen	58
	Literatuur	59
	Bijlagen	63

1. Achtergronden

1.1 Aanleiding onderzoek

“Er moet minder gesepareerd worden!”

Dit is de boodschap vanuit de politiek maar ook vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) zelf. De afgelopen vijf jaar is er veel aandacht uit gegaan naar het terugdringen van dwang in het algemeen en separatie in het bijzonder. Veel GGz instellingen zijn gestart met projecten om dwang en voornamelijk het aantal separaties te reduceren en te bekorten. Bovendien wilde men de kwaliteit van zorg rond dwang en drang verbeteren. Om dit te realiseren kunnen GGz instellingen op basis van de beleidsregel dwang en drang (premiemiddelen) in aanmerking komen voor financiële middelen als stimulans om projecten gericht op het terugdringen van dwang en drang uit te voeren.

De afgelopen jaren zijn er zowel door de brancheorganisatie als de instellingen zelf veel initiatieven genomen om dwang te reduceren. Maar wat is er ontwikkeld? En wat draagt er succesvol bij aan dwangreductie? Kortom, welke best practices zijn er “in omloop” en wat moet een instelling doen om succesvol dwang te reduceren? Om op deze vragen antwoord te kunnen geven is, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en GGZ Nederland, een inventarisatieonderzoek opgezet naar best practices rondom dwangreductie binnen 26 GGz instellingen in Nederland.

1.2 Doel en vraagstelling onderzoek

Dit inventariserend onderzoek beoogde enerzijds best practices rond dwang en drang in Nederland in kaart te brengen. Anderzijds beoogde het zicht te krijgen op de wijze van implementatie van best practices in de instellingen en knelpunten bij de reductie van dwang en drang.

Deze doelstellingen leiden tot de volgende vragen:

1. Welke interventies worden in de praktijk ingezet om dwang te reduceren
2. Welke instrumenten worden gehanteerd om dwang te reduceren?
3. Hoe worden deze interventies en instrumenten geïmplementeerd?
4. Wat zijn knelpunten in de reductie van dwang en drang en hoe wordt er in de praktijk mee omgegaan?

1.3 Onderzoeksopzet

Om best practices te inventariseren zijn zesentwintig instellingen geauditeerd (Zie bijlage A voor een overzicht van de geauditeerde instellingen). Deze instellingen zijn alle langer dan een jaar bezig met een project om dwang te reduceren.

Tijdens de audits werd in eerste instantie gesproken met de projectleider en/ of de portefeuillehouder van het project. In dit gesprek kwam de organisatie van het project en de stand van zaken binnen de gehele instelling aan de orde. Binnen verschillende instellingen waren bij dit eerste gesprek ook de Raad van Bestuur, directeuren, andere leden van de projectgroep of een ervaringsdeskundige aanwezig. Vervolgens werden twee afdelingen bezocht en werd er gesproken met betrokkenen op de afdeling zoals verpleegkundigen, psychiater, leidinggevende, manager en in sommige gevallen was er een ervaringsdeskundige aanwezig. De keuze van afdelingen was aan de instelling zelf. Vaak werd er gekozen voor de acute opname afdeling(en) maar ook andere afdelingen zijn bezocht. Voorbeelden hiervan zijn langdurende zorg, ouderenpsychiatrie, gespecialiseerde afdelingen (bijv. Klinische Intensieve Behandeling), kinder- en jeugd afdelingen en forensische psychiatrie. Vragen die aan bod kwamen tijdens de audit op de afdelingen waren onder andere: Wat is volgens jullie de belangrijkste factor die heeft bijgedragen aan de reductie van dwang? Waar zijn jullie het meeste trots op? Wat zijn de belangrijkste interventies? En welke knelpunten worden er gesignaleerd? Buiten een gesprek met betrokkenen van de afdeling werd er een rondleiding op de afdeling gegeven.

1.4 Leeswijzer

De rapportage begint met het theoretisch kader in hoofdstuk twee. Vervolgens zullen in hoofdstuk drie best practices beschreven worden naar aanleiding van twaalf thema's. In hoofdstuk vier gaan we in op de knelpunten bij de reductie van dwang en drang. Tot slot volgen in hoofdstuk vijf de conclusies en de belangrijkste aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

Wat is een best practice? Moet een best practice altijd evidence based zijn? Kunnen we niet beter spreken van good practices? Er bestaat veel onduidelijkheid wat er wordt verstaan onder een best practice. Er worden wereldwijd uiteenlopende definities gehanteerd en er bestaan verschillende criteria om een best practice te beoordelen (Pel et. al., 2011). Om deze reden wordt in paragraaf 1 beschreven wat er wordt verstaan onder een best practice en welke definitie in dit rapport wordt gehanteerd. Het vorm geven aan best practices vereist diepgaande veranderingen in de zorg. Dergelijke veranderingen kunnen worden aangeduid als systeemtransitie. In paragraaf twee wordt het begrip systeemtransitie toegelicht. Dit vormt het kader waarin best practices in dit rapport beschreven zullen worden.

2.1 Best Practices

2.1.1 Definitie

Best practice is een populair begrip. De term 'best practice' wordt vaak ruim opgevat en gebruikt om alles te beschrijven van innovatieve ideeën tot en met evidence based practice (Peters & Heron, 1993). Er bestaan dan ook verschillende definities van een best practice. Bertrams (1999) definieert een best practice als 'stukken kennis die worden gemaakt tijdens en na de uitvoering van een succesvol verlopen project'. Pel en anderen (2011) omschrijven een best practice als 'een vernieuwende en veelbelovende interventie welke op basis van ervaring en (beperkte) evidentie kwalitatief goede zorg of een verbetering van de kwaliteit van zorg belooft te bevorderen'. Uit deze beschrijving blijkt dat een best practice niet doorontwikkeld hoeft te worden tot er bewezen is dat de interventie werkzaam is. Ook minder geëxpliciteerde of onderbouwde interventies kunnen een goed voorbeeld zijn voor andere instellingen. Een best practice hoeft dus niet altijd evidence based te zijn, ook de ervaring van mensen in de praktijk met een bepaalde interventie (experience based) speelt een belangrijke rol. Om het onderscheid te maken tussen goede ideeën en meer onderbouwde praktijkvoorbeelden maakt Prins (2008) een onderscheid tussen:

- Inspirerende (praktijk) voorbeelden: een werkwijze die meer practice based dan evidence based is.
- Evidence based good practices: een werkwijze waarbij de kwaliteit van de innovatieve werkwijze beter onderbouwd is.

In dit rapport zullen werkwijzen en praktijkvoorbeelden beschreven worden die niet altijd evidence based zijn. Er kan dus ook gesproken worden over veelbelovende interventies.

2.1.2 Overdracht van best practices

Best practices zijn vaak afhankelijk van de context waardoor het overnemen van een best practice van een andere instelling lastig kan zijn. In dit rapport wordt zoveel mogelijk aangegeven welke instelling(en) benaderd kan/ kunnen worden voor de best practice. Vanzelfsprekend zijn hierbij niet alle instellingen beschreven maar is er gekozen voor de instelling die de best practice heeft ontwikkeld of de instelling die het meest intensief of succesvol werkt met deze best practice. Desondanks zullen instellingen zelf moeten bepalen of de werkwijze aansluit bij de context en waar nodig zal de werkwijze aangepast moeten worden. Een best practice zal dus aangepast en verbeterd worden door gebruikers. De omgang met best practices kan beschouwd worden als een continu proces.

2.2. Dwangreductie: een systeemtransitie

De bezochte instellingen zijn al enkele jaren actief om dwang te reduceren. Veel mensen in de instellingen zijn gemotiveerd om dit binnen de verschillende afdelingen te realiseren. De ervaring leert dat dit niet eenvoudig is. Het creëren van een andere manier van werken en het implementeren van nieuwe werkwijzen kost veel tijd en verloopt vaak moeizaam. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in theorieën over transitie van complexe systemen (Loorbach, 2007; Raak, 2010). Deze theorie gaat ervan uit dat complexe systemen, zoals de psychiatrie, in stand worden gehouden door ten eerste een eigen cultuur met breed gedeelde waarden en normen die het denken structureren, ten tweede door vaste en gedeelde werkwijzen die het handelen aansturen, en ten derde door een structuur die de werkwijzen en een cultuur organisatorisch bestendigd (Abma et. al. 2009). Werkelijke veranderingen van complexe systemen dienen op alle drie de niveaus plaats te vinden wil er sprake zijn van een breed gedragen en goed verankerde transformatie.

In dit rapport zullen we de onderverdeling werkwijzen (doen), structuur (organisatie) en cultuur (denken) hanteren om duidelijk te maken dat dwangreductie meer is dan het implementeren van werkwijzen, of interventies.

3. Best Practices

Best practices die tijdens de audits aan de orde kwamen zijn door de onderzoekers geclusterd in twaalf thema's: bejegening en contact, preventief werken, de-escalerend werken, evaluatie, reflectie, samenwerking, participatie van cliënten, participatie van naastbetrokkenen, registratie en Intensive Care en samenwerking met de ambulante zorg. Aan de hand van deze thema's zullen best practices beschreven worden in termen van werkwijzen, structuur en cultuur (voor een overzicht van alle best practices, zie bijlage A)

3.1 Bejegening & contact

Werkwijzen

Instellingen hebben veel interventies ontwikkeld om de bejegening van en het contact met cliënten te verbeteren. Een goede bejegening van de cliënt begint in eerste instantie bij de opname van de cliënt. Veel instellingen hebben een 'beleid bij binnenkomst' ontwikkeld. Waar voorheen cliënten direct bij opname gesepareerd werden, wordt de cliënt nu eerst beoordeeld op de afdeling. De beoordeling van de crisisdienst wordt hiermee niet "klakkeloos" overgenomen. Over het algemeen wordt gezien dat instellingen meer oog hebben voor de eerste behoeften van de cliënt en het creëren van contact bij opname. Een concreet voorbeeld van een veranderende werkwijze bij binnenkomst is 'de eerste vijf minuten bij opname'. Deze best practice wordt vrijwel binnen iedere instelling gehanteerd, zij het niet altijd even doordacht en even effectief.

De eerste vijf minuten bij opname

Deze interventie gaat ervan uit dat het eerste contact bepalend is voor de kwaliteit van het verdere contact. Non-verbaal gedrag en handelingen hebben veel invloed op de kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop professionals contact maken met de cliënt kan als maatgevend gezien worden voor de rest van het contact. Voor cliënten is het van belang om in deze fase zicht te krijgen op persoonlijke eigenschappen van professionals zoals betrouwbaarheid, inschattingsvermogen, en een respectvolle benadering. Er dient aandacht te zijn voor de voorbereiding op de opname, de ontvangst van de cliënt, de introductie van de cliënt (op de afdeling) en regelzaken.

Instelling(en): GGz inGeest

Behoud van contact

Separeren wordt gezien als het verbreken van contact. Het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlening wordt hiermee geschaad en draagt niet bij aan behandeling. Daarnaast vraagt het herstellen van het contact (na een separatie) met de cliënt veel tijd en gaat vertrouwen in de hulp verloren. Behoud van contact wordt als belangrijkste middel gezien om dwang te voorkomen. Belangrijk hierbij is de herbeoordeling van de cliënt bij opname wanneer deze aangemeld wordt met een separeerindicatie. Uitgangspunt is dat agressie buiten de afdeling geen indicatie hoeft te zijn voor agressie binnen de afdeling.

Instelling(en): GGz Centraal, Pro Persona

Behalve de bejegening en het contact *bij opname* van de cliënt is ook het contact en de bejegening *tijdens opname* van belang. Er is ook een ‘eerste vijf minuten van je dienst’ ontwikkeld. Hier wordt in de praktijk veel minder aandacht aan besteed.

De eerste vijf minuten bij de start van de dienst

De eerste vijf minuten van de dienst gaat er vanuit dat het eerste contact in de dienst van een verpleegkundige bepalend is voor de kwaliteit van het verdere contact. Belangrijke aspecten in de eerste vijf minuten zijn onder andere: het bij aanvang van een dienst op een persoonlijke wijze actief contact leggen met de cliënt, de continue aanwezigheid van een verpleegkundige op de afdeling ook tijdens overdrachtsmomenten, het toewijzen van een cliënt aan een verpleegkundige en het maken van een werkverdeling. (Welleman et.al., 2011)

Instelling(en): GGz inGeest

In lijn met een goede ontvangst is gastvrijheid een belangrijk item. De focus op gastvrijheid verschilt per instellingen. Sommige instellingen hebben hun project ‘gastvrije zorg’ genoemd. Andere instellingen benoemen gastvrijheid niet als een best practice als het gaat om dwangreductie maar vinden dat dit hoort bij de algemene kwaliteit van zorg. Een aantal instellingen heeft hulp van buitenaf ingeroepen (bijvoorbeeld de Hogere Hotelschool) om gastvrijheid binnen de instelling te ontwikkelen.

Ook het activeren van cliënten en het zorg dragen voor een zinvolle dagbesteding lijken een positieve invloed te hebben op het voorkomen van oplopende spanningen binnen de leefomgeving van de

cliënt. Er is een groot verschil in aanbod per instelling. Veel instellingen hebben activiteiten begeleiding op, of net buiten, de afdeling. Bovendien heeft een aantal instellingen een sport/ fitness ruimte gecreëerd op de afdeling of in het gebouw. Deze sportruimten worden ook ingezet in het kader van spanningsregulatie en dragen op deze wijze bij aan de preventie van escalerende situaties. Een aantal instellingen is creatief als het gaat om dagbesteding. Binnen Vincent van Gogh heeft men een ‘tuin project’ opgezet. Cliënten kunnen tegen een kleine vergoeding het groen op het terrein bijhouden. Binnen Rivierduinen heeft men de intentie een ‘hondenopvang’ te beginnen op het terrein van de instelling waar zowel opgenomen cliënten als personeel hun hond voor een dag of langer onder kunnen brengen. Deze hondenopvang zal gerund worden door cliënten.

Een andere belangrijke interventie als het gaat om de bejegening van de cliënt is het afschaffen van afdelingsregels.

Afschaffen van afdelingsregels

Professionals ervaren dat algemene afdelingsregels vaak voor spanningen en conflicten zorgt. Vaak zijn algemene regels overbodig als fatsoensnormen gehanteerd worden en de cliënt meer individueel benaderd wordt. Met name binnen de kinder –en jeugdpsychiatrie zijn veel ongeschreven pedagogische regels geëxpliciteerd, ter discussie gesteld en afgeschaft.

Instelling(en): Vincent van Gogh, de Bascule

In dit verband is ook het ‘model Willem Kleine Schaars’ (WKS model) van belang. Het model geeft houvast bij het onderhandelen met de cliënt. Twee instellingen werken hiermee.

WKS model

In het WKS model gaat men niet uit van iemands handicap of beperkingen maar van iemands mogelijkheden. Ieder persoon heeft een kader waarin hij zelf verantwoordelijk is. Hoe groter het kader des te meer mogelijkheden de persoon heeft. Wanneer je in het kader van iemand gaat zitten, neem je verantwoordelijkheden over die de persoon zelf aankan (betuttelen). Stel je geen grenzen dan wordt de persoon overvraagd. In het WKS model wordt de cliënt begeleid door een zaakwaarnemer en een procesbegeleider. De zaakwaarnemer ondersteunt het individu in zijn weg naar de balans in zelfbepaling. Hij overlegt en structureert waar nodig, om overvraging te voorkomen. De procesbegeleider begeleidt het proces tussen cliënt en zaakwaarnemer, en ziet erop toe dat het verantwoord verloopt. (Kleine Schaars, 2009).

Instelling(en): GGz Oost Brabant, GGz Eindhoven

Structuur

Werkwijzen zijn alleen bestendig als ze gebaseerd zijn op een passende structuur. Binnen veel instellingen zijn veranderingen in de structuur zichtbaar. Deze veranderingen ondersteunen de wijze waarop cliënten bejegend (kunnen) worden.

Een belangrijk voorbeeld is de aanpassing van de fysieke omgeving. Afdelingen en huiskamers worden zo ingericht dat een prettigere sfeer ontstaat. Binnen veel instellingen is te zien hoe stoelen in de huiskamers vervangen worden door comfortabelere banken en hoe met behulp van kleuren een prettigere sfeer gecreëerd wordt. Bovendien gaat er veel aandacht uit naar kunst aan de muur, vaak door cliënten zelf gemaakt. Ook worden er specifieke ruimtes gecreëerd om tot rust te komen. Een voorbeeld hiervan is de comfortroom.

Comfortroom

Een comfortroom is een prettig ingerichte kamer die op vrijwillige basis gebruikt kan worden door cliënten wanneer zij zich angstig, onrustig of boos voelen. Een comfortroom is geen alternatief voor separatie maar een ruimte waar cliënten tot rust kunnen komen en zich even af kunnen zonderen van de drukte van de afdeling. Enerzijds draagt een comfortroom dus bij aan de cliëntvriendelijkheid op de afdeling anderzijds kan het ondersteunend zijn in het voorkomen van een crisis of escalatie. Hoe de kamer ingericht wordt is onder andere afhankelijk van de doelgroep. Een afdeling voor ouderen zal de ruimte anders inrichten dan een afdeling met voornamelijk jongeren. Op afdelingen voor volwassenen en ouderen zijn comfortrooms vaak ingericht met comfortabel meubilair (bankstel, zitzak), (rustgevend) licht en geluid, rustgevende kleuren of behang en sommige instellingen maken gebruik van aromatherapie. De comfortrooms op afdelingen voor jongeren zijn buiten het comfortabel meubilair vaak ingericht met een spelcomputer. De comfortroom is afkomstig uit de Verenigde Staten en is daar onlosmakelijk verbonden met het engagement model.

Instelling(en): Mediant, Pro Persona



Foto: Comfortroom (Pro Persona)



Foto: Comfortroom (Mediant)

Om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen veel aanwezig zijn op de groep en goed het contact kunnen behouden met de cliënt, heeft een aantal instellingen het verpleegkundig kantoor “afgebroken” en een open balie gemaakt.

Open balie en laptops in de huiskamer

Er is de afgelopen jaren veel aandacht uitgegaan naar het aanwezig zijn op de afdeling en het behouden van het contact met de cliënt. Hierdoor worden signalen van een crisis of mogelijk escalatie eerder opgepikt door verpleegkundigen. Echter “kantoorverpleging” was en is een probleem in de GGz. Verpleegkundigen verblijven vaak en lang op kantoor enerzijds om administratieve taken uit te voeren, anderzijds om te praten. Het kantoor heeft vaak een grote aantrekkingskracht. Om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen de administratieve taken in de huiskamer van de afdelingen kunnen doen, hebben veel instellingen laptops aangeschaft. Een aantal instellingen heeft op de plek van het kantoor een open balie gecreëerd. Hierdoor kunnen verpleegkundigen zich niet meer terugtrekken op kantoor en zijn goed bereikbaar voor cliënten.

Instelling(en): Mondriaan, GGz inGeest



Foto: Open balie (GGz inGeest)

Cultuur

Professionals zijn zich meer bewust van het belang van bejegening en contact bij het voorkomen van dwang. Ze beseffen dat separatie betekent dat het contact verbroken wordt. Om deze reden zijn professionals gemotiveerd om andere manieren te zoeken om een cliënt in crisis te kunnen behandelen, het contact kunnen blijven behouden is hierin belangrijk. Er is binnen veel instellingen sprake van een cultuurverandering van beheersen naar contact. Er wordt beter geluisterd naar cliënten die in crisis opgenomen worden en er is meer oog voor de (eerste) behoeften van de cliënt. Professionals zien het in toenemende mate als hun verantwoordelijkheid een eigen inschatting te maken van de crisis en het mogelijke gevaar. Agressie buiten de afdeling (bijvoorbeeld bij de politie) betekent niet per definitie meer dat iemand gesepareerd moet worden. Men is zich bewust dat de situatie op de afdeling anders kan zijn. Hoewel men zich bewust is van het belang van contact tijdens de opname is er binnen veel instellingen nog sprake van “kantoorverpleging”, waardoor de mate van contact beperkt blijft. Hierdoor wordt de omslag van beheersen naar contact maar ten dele gemaakt.

Ook over gastvrijheid wordt anders gedacht. Voorheen was binnen veel instellingen de gedachte dat men het niet “te gezellig” moest maken op de afdeling omdat anders hospitalisatie in de hand gewerkt werd. Hier werd ook naar gehandeld. Afdelingen zagen er vaak sober uit en de ruimtes waren niet comfortabel. De angst voor hospitalisatie is sterk verminderd en men beseft dat een comfortabel verblijf op de afdeling bijdraagt aan het herstel van cliënten. Toch is gastvrijheid nog niet overal in de wortels van de organisatie doorgedrongen. Er zijn ook afdelingen die een verwaarloosde indruk maken. Achterstallig onderhoud zoals het niet vervangen van ernstig beschadigd meubilair is regelmatig gezien.

3.2 Preventief werken & risicotaxatie

Werkwijzen

Er zijn veel interventies ontwikkeld om een naderende crisis op tijd te signaleren en te voorkomen. Vroeg signaleren wordt door veel professionals beschouwd als een van de belangrijkste preventieve interventies. Door op tijd spanningen te signaleren en hiernaar te handelen kan een separatie vaak voorkomen worden. Het signaleringsplan is een belangrijk middel als het gaat om vroeg signaleren.

Signaleringsplan voor de cliënt

Een signaleringsplan wordt ingezet om terugval van een cliënt te voorkomen en op tijd, voordat er sprake is van terugval, adequate hulp te starten. Het plan wordt samen met de cliënt opgesteld en ordent de signalen die cliënt afgeeft wanneer hij zich goed voelt, dreigt te decompenseren of is gedecompenseerd. Bij het opstellen van signaleringsplannen gaat men uit van de fasering in de crisis, die per patiënt uniform verloopt. Het doel is om de patiënt zo snel mogelijk terug te brengen tot fase 0 (Kuijpers, 2005). Bovendien hebben veel cliënten baat bij duidelijkheid over welke stappen de professional zal zetten in geval van naderende crisis en vormt het tevens een soort sociaal contract dat ondersteunend kan werken naar de werkrelatie toe. Ook als het niet komt tot een concreet plan kan deze methodiek de gevoeligheid voor belangrijke signalen wel vergroten (Kappen & Kuijpers, 2010).

Instelling(en): GGz Eindhoven, GGz Friesland

In een van de bezochte instellingen maakt men gebruik van de 'Iris code' om een crisis te voorkomen.

Iris Code

De Iris code (Reach in Side) is een schaal voor de hoeveelheid begeleiding die een cliënt nodig heeft, afhankelijk van de mate van ziekte. Hoe ernstiger iemand ziek is, des te meer begeleiding er nodig is. Iris kent zes stadia, variërend van intensieve een op een begeleiding tot en met contact voornamelijk op initiatief van de cliënt.

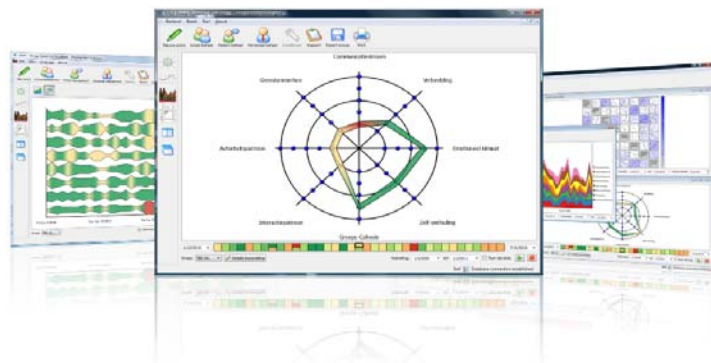
Instelling(en): Rivierduinen

Steeds vaker zijn professionals zich ervan bewust dat spanningen in het team of bij de professional van invloed is op de spanningen en een crisis van de cliënt. Om spanningen binnen het team of op de afdeling te signaleren werken instellingen met groepssignalering of signaleringsplannen voor het team.

Groepssignalering

Het groepssignaleringsplan is een methodiek met een bijbehorend computerprogramma. Dit is ontwikkeld door GGz Eindhoven in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en de Technische Universiteit Eindhoven (TU/e). Door het groepssignaleringsplan kunnen signalen van oplopende spanningen in de groep vroeg gesignaleerd worden. Deze groepsdynamiek op afdelingen wordt beschreven in een plan en tevens via een Grid zichtbaar gemaakt. Het Grid bestaat uit acht groepsdynamische parameters met elk een vijfpuntsschaal. Het plan in combinatie met het veranderende Grid ondersteunt het reflectieniveau van het team bij oplopende spanningen.

Instelling(en): GGz Eindhoven



Signaleringsplan voor het team

Het signaleringsplan voor het team is ontwikkeld om de situatie in het team in kaart te brengen. Er kan gescoord worden op drie kleuren:

- Groen: ontspannen sfeer, goede samenwerking, voldoende steun ervaren van collega's en voldoende aandacht kunnen geven aan cliënten.
- Oranje: gevoel van onrust, achter de feiten aanlopen, niet aan alle cliënten aandacht kunnen besteden en niet alle taken uit kunnen voeren
- Rood: veel ziekte, gevoel dat anderen, of de professional zelf, over grenzen heengaan, onveiligheid, onmachtgevoelens, minder samenwerking, geen plezier in het werk

In het signaleringsplan staat tevens aangegeven wat men kan doen om spanningen te voorkomen of om terug te keren naar een betere situatie. Het signaleringsplan wordt iedere dienst bijgehouden en er wordt tevens een weekoverzicht gemaakt.

Instelling(en): de Bascule (kinder- en jeugdpsychiatrie)

Crisiskaart

De crisiskaart is een kaartje waarop cliënten aan kunnen geven wat ze belangrijk vinden in een crisis, wat ze nodig hebben en wie er bijvoorbeeld benaderd kan worden. De cliënt is de eigenaar van de kaart en bepaalt wat erop komt te staan.

De crisiskaartconsulent, die bij voorkeur een ervaringsdeskundige is, ondersteunt de cliënt bij het opstellen van de crisiskaart. Hij/zij voert gesprekken over wat de cliënt belangrijk vindt in crisis en verwerkt deze informatie op de crisiskaart.

Cliënten ontvangen door de crisiskaart vaak eerder de goede zorg die ze nodig hebben. Dit voorkomt veel misverstanden, frustraties, conflicten en eventueel dwang. Door de crisiskaart krijgt de cliënt de regie over zijn eigen behandeling, ook in tijden van crisis (participatie in eigen behandeling). (Ham, van der, Voskes, van Kempen, Widdershoven, 2011)

Instelling(en): Pro Persona

Naast vroeg signaleren en de crisiskaart wordt ook het taxeren van het risico op agressie beschouwd als een belangrijk middel om gevaarlijke situaties en eventuele separaties te kunnen voorkomen. Risico's kunnen verkleind worden door aanvullend gebruik van specifieke observatie instrumenten (van de Sande, 2009). Instellingen hanteren verschillende instrumenten om risico's te taxeren. Sommige instellingen hanteren bijvoorbeeld de Brøset Violence Checklist (BVC) om het risico op agressie te taxeren. Andere instellingen hanteren de volledige crisismonitor.

Brøset Violence Checklist (BVC)

In de BVC wordt dagelijks een inschatting gemaakt van het risico op agressie, geweld en controleverlies. Er wordt gescoord op de aanwezigheid van: verwardheid, geïrriteerdheid, luidruchtigheid, fysiek bedreigend zijn, verbaal bedreigen zijn en aanvallen op voorwerpen. Dit helpt bij het identificeren van voorspellers van agressie en controleverlies (Almvik, Woods & Rasmussen, 2004). De checklist wordt de eerste vijf dagen van opname ingevuld om zodoende een goede risico-inschatting te kunnen maken. De lijst geeft ook mogelijke interventies die uitgevoerd kunnen worden om eventuele agressie te voorkomen of verminderen.

In de BVC worden tevens een lijst met interventies aangeboden om de escalatie af te wenden.

Instelling(en): Lentis, Dimence

CrisisMonitor

De CrisisMonitor is een samenhangende set van bestaande observatieschalen om risico's voor escalatie bij ernstig onregelde patiënten te objectiveren. De volgende observatieschalen worden gebruikt:

Dagelijks

- Kennedy- As V: Brengt kracht en zwakte van het actuele functioneren van cliënten in beeld op acht verschillende domeinen
- Broset Violence Checklist: Identificeert voorspellers van agressie en controleverlies

Wekelijks

- Brief Psychiatric Rating Scale: Objectificeert de samenstelling en ernst van een breed scala symptomen
- Schaal voor gevaar: Identificeert de ernst van Bopz- gerelateerde gevaarcriteria
- Social Dysfunction and Agression Scale: Brengt de prikkelbaarheid en diverse vormen van agressie en zelfdestructief gedrag in de afgelopen week in kaart

Bij incidenten

- SOAS-R: Registreren van agressie incidenten

Het doel van het werken met de CrisisMonitor is om vals-positieve en vals-negatieve inschattingen van risico's op het optreden van agressie jegens zichzelf of anderen tot een minimum te beperken. Onderschatting van gevaar kan leiden tot escalaties en overschatting van gevaar kan leiden tot het toepassen van buitenproportionele dwangmaatregelen (van de Sande, 2009; p.542).

Instelling(en): Parnassia Bavo Groep, Vincent van Gogh

Tot slot is medicatie ook een belangrijke preventieve interventie. Met name op acute opnameafdelingen wordt door veel instellingen gezocht naar de, voor de cliënt, beste wijze om met behulp van medicatie zo snel mogelijk het ziektebeeld te stabiliseren en het risico op escalerende situaties te verkleinen. Binnen verschillende instellingen wordt er meer proactief gewerkt als het gaat om medicatie. Wanneer de behandelend arts zorgvuldig in het behandelplan beschrijft bij welk type gedrag er bepaalde medicatie gegeven kan worden is het mogelijk om ook tijdens avonden of weekenden, wanneer de behandelend psychiater niet aanwezig is, ervoor te zorgen dat de verpleegkundige (in overleg met de waarnemend arts) medicatie verstrekt waardoor een verder oplopende crisissituatie voorkomen kan worden. Bovendien is er binnen veel instellingen meer aandacht voor de wensen van de cliënt ten aanzien van medicatie. Wensen worden opgenomen in de crisiskaart of een crisisplan.

Structuur

Om agressie, escalatie en eventueel dwang te voorkomen is het van belang dat vroeg signaleren en risicotaxatie goed geborgd worden in de dagelijkse praktijk. Op deze wijze kan er optimaal gebruik gemaakt worden van deze instrumenten. Binnen een instelling wordt bijvoorbeeld casuïstiek besprekingen gehouden om professionals te ondersteunen in het opstellen en werken met een signaleringsplan. Binnen andere instellingen wordt de crisismonitor verbonden aan de verpleeg- en behandelplannen of is de BVC leidend in de zorg door middel van het werken met de 'BVC piramide'.

De crisismonitor in verpleeg- en behandelplannen

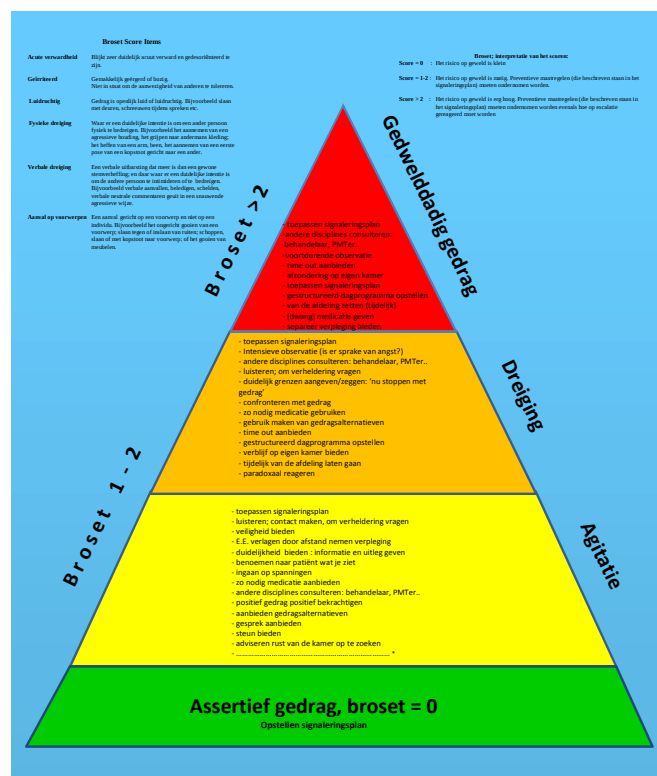
Door de crisismonitor te verbinden aan de verpleeg- en behandelplannen worden de observaties van de verpleegkundigen wekelijks met de behandelaar besproken. Hierdoor is de crisismonitor ondersteunend in het beleid. De verschillende disciplines spreken door de crisismonitor meer dezelfde taal en bij een afwijkende score kan men gericht in gesprek gaan over een item, hierdoor duren de wekelijkse evaluaties korter.

Instelling(en): Vincent van Gogh

De "BVC piramide" op kantoor

Op de BVC piramide staat beschreven wat interventies kunnen zijn bij een bepaalde BVC score. Hierdoor kunnen professionals handelen op het moment dat ze een risico signaleren. Op het kantoor van verschillende afdelingen hangt een poster met deze piramide zodat deze gemakkelijk te raadplegen is.

Instelling(en): Lentis



Niet binnen alle instellingen zijn de instrumenten goed geborgd in de zorg. Vaak is onduidelijk welke functie de instrumenten hebben in de dagelijkse praktijk. Vroeg signaleren is dan een doel op zich in plaats van een middel om een crisis te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is dat de BVC wel wordt ingevuld, maar dat er geen interventies aan worden verbonden.

Cultuur

Instellingen zijn gaandeweg meer gericht op het voorkomen van een crisis of escalatie in plaats van het voorkomen van separatie. Waar voorheen de aandacht uitging naar *“het puntje van de ijsberg”* (separatie), heeft men nu meer aandacht voor het traject wat daar aan voorafgaat. Hierdoor is er een verandering opgetreden van reactief denken en werken (pas handelen als er sprake is van een crisis) naar proactief denken en werken (voorkomen van een crisis). Deze manier van denken vormt de basis waarop de genoemde interventies en instrumenten kunnen functioneren.

3.3 De-escalerend werken

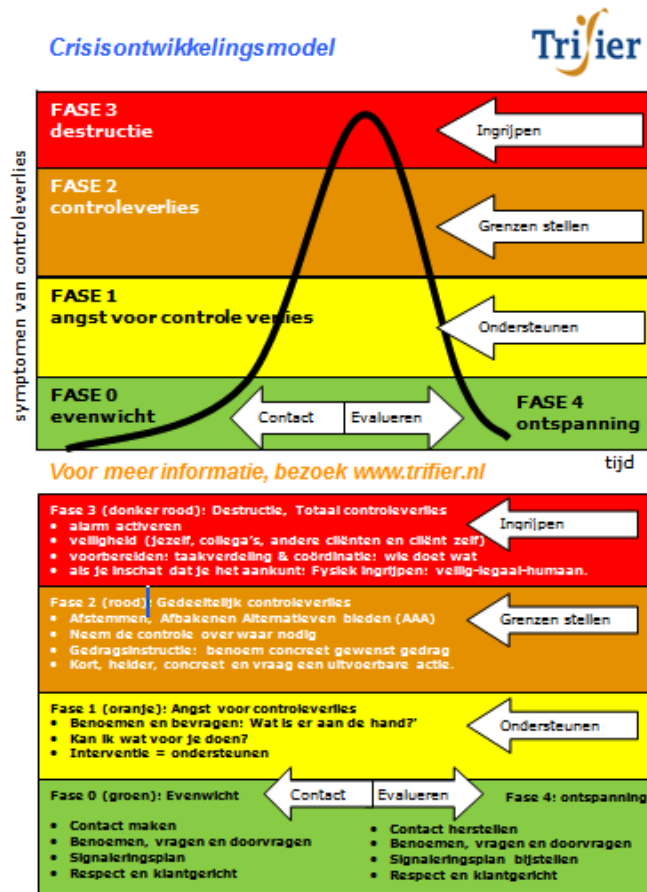
Werkwijzen

Veel instellingen zijn actief in de-escalerend werken en maken hierbij op verschillende manieren gebruik van het crisisonwikkelingsmodel.

Crisisonwikkelingsmodel

Het crisisonwikkelingsmodel gaat ervan uit dat er in het ontstaan van een crisis verschillende fasen zijn. Het crisisonwikkelingsmodel beschrijft deze fasen aan de hand van observeerbaar gedrag en koppelt aan elke stadium verschillende attitudes en interventiemogelijkheden. Bij de ontwikkeling van een crisis wordt er in het model uitgegaan van een toename van angst enerzijds en een afname van controle anderzijds (RINO, 2001).

Instelling(en): Yulius, Pro Persona



Fysieke technieken met behoud van contact (Trifier)

Een belangrijk verschil met andere fysieke trainingen is de wijze waarop Trifier medewerkers traint. Naast verbale de-escalerende technieken worden cursisten getraind om ook tijdens escalaties, wanneer fysiek ingrijpen onontkoombaar is, contact te behouden met de cliënt.

De volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- Fysiek ingrijpen dient een zeldzaam ingezet middel te zijn en altijd vorm gegeven vanuit cliënten en behandelperspectief.
- Er worden geen pijnprikkels toegediend door bijvoorbeeld overstrekking van ledematen. Het toedienen van een pijnprikkel beïnvloedt het contact negatief en schaadt de begeleidingsrelatie
- Bij verlies van controle over de situatie wordt erop getraind de situatie zo veilig mogelijk te maken door tijdelijk de controle over te nemen. De controle wordt weer terug gegeven zodra de cliënt verbaal of non-verbaal aangeeft weer controle over zichzelf te hebben
- Voortdurende dialoog en samenwerking met de cliënt blijft altijd centraal staan

Instelling(en): Pro Persona

Binnen een aantal instellingen hanteert men een specifiek de-escalatie model zoals 'de response methodiek'. Binnen een kinder- en jeugdinstituut hanteert men de methodiek 'Non-Violent Resistance' (NVR). Ook training 'de Mat' wordt ingezet om interacties tussen professional en cliënt zichtbaar te maken en zo de-escalerend te kunnen werken.

Response methodiek

De Response Methodiek is afkomstig uit de Verenigde Staten en ontwikkeld door Windcaller (2002)

De Responsemethodiek is een crisisinterventie- en conflicthanteringmodel dat draait om veiligheid en respect. De deelnemers leren kalm en neutraal te handelen in conflictsituaties in plaats van te reageren vanuit hun eigen emotie. Het model heeft niet als doel om conflicten op te lossen, maar escalatie af te wenden en veiligheid van de medewerkers en betrokkenen te waarborgen. In het Responsemodel ligt de nadruk op praten en luisteren.

Instelling(en): Emergis

Non-Violent Resistance (NVR)

Bij NVR ligt de focus op respectvol met elkaar samenwerken en zoeken naar oplossingen die voor alle partijen acceptabel zijn. De belangrijkste principes van NVR zijn:

- Geweld en agressie zijn onacceptabel op de afdeling
- Om geweld te voorkomen ligt de focus op het veranderen van de attitude van het team
- Het is mogelijk heldere regels en grenzen te stellen zonder altijd direct te reageren op moeilijk gedrag
- Respectvol omgaan met een cliënt is een vereiste, zelfs in situaties met veel agressie
- De afdeling is niet geïsoleerd van de buitenwereld, maar moet juist werken op een open en transparante manier, bijv. met familie

Belangrijke technieken bij de NVR zijn:

- Reperation act: de boodschap die uitgestraald wordt naar de jongeren is dat het goed is om een iets te doen om de schade te herstellen (bijv. excuses aanbieden of iets wat in woede stuk gemaakt is te herstellen)
- Announcement: wordt ingezet als onacceptabel gedrag herhaaldelijk blijft voorkomen. De jongere wordt schriftelijk ingelicht over de intenties, welk gedrag professionals niet langer kunnen accepteren en dat andere mensen zullen worden inlichtten over de situatie.
- Silent Message Sending (SMS): SMS wordt ingezet na een Announcement. Het doel is de jongere duidelijk te maken dat de afdeling het destructieve gedrag niet langer kan accepteren. De teamleden gaan vijftien minuten in stilte in de kamer van de jongere zitten. Wanneer er een oplossing wordt gegeven, kan deze oplossing geaccepteerd worden en stopt de SMS.

Buiten de bovenstaande principes en technieken is het belangrijk dat boodschappen naar de patiënt gebracht worden als “wij boodschappen”. Dit voorkomt een persoonlijke strijd en maakt duidelijk dat het hele team de actie onderschrijft (Goddard et.al., 2009).

Instelling(en): de Bascule (kinder- en jeugdpsychiatrie), Yulius

Methodiek 'De Mat'

Deze training werkt met een mat met rode en groene vlakken. Tijdens een rollenspel kunnen deelnemers aangeven of ze het gedrag van de ander wel (groen) of niet (rood) accepteren. Op deze manier wordt er inzichtelijk gemaakt wat de ander in de interactie oproept en vice versa.

De Mat werkt op drie lagen: gedragsniveau, niveau van de overtuigingen en beperkingen (normen en waarden) en identiteitsniveau. Telkens nodigt de professional de cliënt uit om op deze drie lagen te onderzoeken of dat wat de cliënt in het contact doet, naar het gestelde doel toe leidt of er van af. De cliënt wordt zich zo bewust van zichzelf en zijn omgeving. Hierdoor wordt de autonomie van de cliënt bevorderd. Er wordt tijdens de training een onderscheid gemaakt in 'niet kunnen' en 'niet willen'. De wijze waarop gereageerd wordt op de cliënt is afhankelijk van dit onderscheid.

Bovendien wordt er tijdens de training gebruik gemaakt van 'de tas'. Dit is een middel om zichtbaar te maken dat mensen verantwoordelijkheden en lasten dragen (die soms niet eens van henzelf zijn).

Instelling(en): GGz Noord Holland Noord, GGz Friesland, GGz Westelijk Noord Brabant

Structuur

Om de-escalerend te kunnen werken dienen medewerkers getraind te worden. Binnen alle instellingen worden trainingen structureel aangeboden. Veel trainingen hebben een andere naam dan de hierboven genoemde voorbeelden. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld DDG (Dreigend Destructief Gedrag) nieuwe stijl en OMA (Omgaan Met Agressie) training. Sommige instellingen trainen intern, anderen laten de medewerkers trainen door externe bureaus. Opleidingsbureau Trifier heeft bij meerdere instellingen goede resultaten bereikt. Aangezien een eenmalige training niet voldoende is, worden er regelmatige 'opfriscursussen' gegeven en worden medewerkers opgeleid tot trainers (train de trainer), zodat de training zelfstandig voortgezet kan worden.

De-escalerend werken vraagt niet alleen om vaardigheden van de medewerker. Ook is het van belang dat er ruimtes zijn waar de cliënt tot rust kan komen of een prettige ruimte waar een gesprek gevoerd kan worden zoals een comfortroom. Bovendien is het van belang dat verpleegkundigen contact onderhouden met cliënten en dus veel op de groep aanwezig zijn. Ook bijvoorbeeld een 'open balie' draagt dus (indirect) bij aan het vermogen om de-escalerend te werken (zie paragraaf 3.1).

Cultuur

Professionals zijn zich steeds meer bewust dat de interactie met de cliënt van invloed is op het voorkomen van een escalatie. Er is een verandering zichtbaar van “straf” bij een escalatie naar het begrijpen van de cliënt en de interactie met de cliënt. Dit is van groot belang wanneer er de-escalerend gehandeld moet worden. Om binnen een (acute) crisissituatie toch de-escalerend te kunnen handelen, zal de professional in staat moeten zijn (om ondanks de druk die gevoeld wordt) adequaat te blijven reflecteren op eigen gedrag en emoties en de invloed daarvan op de interactie met de cliënt. Daarnaast zal de professional in staat moeten zijn om goed aan te sluiten bij de mogelijkheden en onmogelijkheden die de cliënt heeft als gevolg van zijn ziektebeeld, waarbij de nadruk blijft liggen op contactbehoud. Zonder machtsvertoon zal de potentiële conflictsituatie omgebogen moeten worden naar een positieve situatie. Beschreven vaardigheden zijn hoogcomplex en kunnen niet verwacht worden van een pas afgestudeerde verpleegkundige. Deze vaardigheden vragen om voorbeeldgedrag. Wanneer dit niet aanwezig is in een team kan ‘coaching on the job’ een bijdrage leveren.

3.4 Evaluatie

Werkwijzen

Veel instellingen evalueren de toegepaste dwangmaatregelen zowel met het team als met de cliënt. De evaluatie met de cliënt kan zowel mondeling als schriftelijk gebeuren. De meeste instellingen hanteren een vragenlijst met open en gesloten vragen.

Schriftelijke evaluatie

Een schriftelijk evaluatie gebeurt vaak na separatie en in sommige gevallen na opname. Vragen die gesteld worden zijn bijvoorbeeld: is er uitgelegd waarom u gesepareerd bent? Waren er volgens u alternatieven voor de separatie? Wat had er beter gekund voor, tijdens of na de separatie? Het doel van de evaluatie is een beeld te krijgen van de ervaringen van de cliënt en naar aanleiding hiervan de kwaliteit van zorg te verbeteren. De evaluaties kunnen door verschillende personen uitgevoerd worden. Vaak is dit een verpleegkundige. Ook kan een ervaringsdeskundige de evaluatie uitvoeren. Hierdoor is de evaluatie voor de cliënt mogelijk laagdrempeliger.

Instelling(en): GGz Friesland

Een aantal instellingen evalueert door middel van het voeren van *spiegelgesprekken*.

Spiegelgesprekken

Tijdens spiegelgesprekken gaan cliënten en familieleden met elkaar in gesprek over de zorg die wordt geleverd op de afdeling. Dit wordt geleid door een gespreksleider. De professionals hebben de rol van toehoorder. De afdeling levert onderwerpen en/of thema's aan. De gesprekken worden opgenomen en uitgewerkt. Met behulp van deze uitwerking worden aanbevelingen gedaan aan de afdeling. De spiegelgesprekken kunnen handvatten bieden voor het verbeteren van de zorg.

Instelling(en): Emergis, Arkin

De evaluatie met het team gebeurt binnen sommige instellingen ad hoc, andere instellingen komen op een vast tijdstip bij elkaar om dwangtoepassingen te evalueren zoals bij de crisisbespreking.

De crisisbespreking

Tijdens de crisisbespreking worden zowel separaties als andere incidenten besproken. De bespreking is multidisciplinair en vindt eens in de twee weken op een vast tijdstip plaats. Ook betrokkenen buiten de kliniek (bijvoorbeeld dienstdoende artsen) worden uitgenodigd. Van iedere bespreking worden notulen gemaakt. Iedereen ontvangt deze notulen. De bespreking draagt bij aan de bewustwording van dwang en drang. Bovendien leert men van elkaar en worden protocollen en interventies geëvalueerd en waar nodig aangepast.

Instelling(en): Lentis

Structuur

Om evaluatie op structurele basis te doen plaatsvinden, is coördinatie noodzakelijk. Veel afdelingen wijzen een verpleegkundige aan die de evaluaties met cliënten coördineert of alle evaluaties zelf doet. Het doel van evaluatie is tweeledig:

- De cliënt de gelegenheid bieden te praten over de ervaringen in de separeer
- De evaluatie gebruiken om ervan leren om zo in de toekomst vergelijkbare separaties te kunnen voorkomen.

Om de tweede doelstelling te behalen bewaart een aantal afdelingen de evaluaties (digitaal of bijvoorbeeld in een klapper) zodat ze eens per kwartaal besproken kunnen worden. Evaluaties worden niet altijd bewaard of besproken. Hierdoor is het leereffect beperkt.

Cultuur

Veel professionals zijn zich bewust dat separatie door de cliënt als een traumatische interventie kan worden ervaren. Ook hebben veel professionals zelf in toenemende mate moeite met het gebruiken van de separeer. Om deze reden vinden professionals het belangrijk in gesprek te gaan over de ervaringen in de separeer of de ervaringen met een andere dwangmaatregel. Bovendien zijn professionals zich ervan bewust dat er geleerd kan worden van de ervaringen van de cliënt. Professionals worden dus responsiever als het gaat om de ervaringen in de separeer. Ondanks dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg het nabespreken van separaties op heeft genomen in de toetsingscriteria (IGZ, 2008) blijkt het evalueren van een separatie bij een aantal instellingen niet structureel te gebeuren. Mogelijk heeft dit te maken met de openheid die dit van medewerkers vraagt, om samen met de cliënt te reflecteren op de ontstane situatie en daarbij ontvankelijk te zijn voor feedback van de cliënt. Ook van de ervaringen tijdens de opname kan veel geleerd worden. Hier gaat veel minder aandacht naar uit. Evaluatie zou structureel onderdeel uit moeten maken van de zorg, niet alleen bij dwangreductie.

3.5 Reflectie

Werkwijzen

Alle instellingen hanteren reflectie als instrument om de praktijk te verbeteren. Veel instellingen hebben gezamenlijk intervisie, meestal volgens de incidentmethode.

Intervisie: de incidentmethode

De incidentmethode is een methode om binnen intervisie op een doelgerichte gestructureerde wijze aan een probleemstelling te werken. De werkvorm helpt deelnemers zich te verdiepen in een bepaalde situatie d.m.v. het bespreken en analyseren van een gekozen situatie uit de praktijk ingebracht door een van de deelnemers. Na inbreng van een probleem volgt verdieping van het probleem door middel van een vragenronde. Hier opvolgend wordt tijd besteed aan de analyse van het probleem waarbij alle deelnemers een actieve rol behouden. Na advisering aan de inbrenger (wat zou je zelf doen in de gegeven situatie) vindt er een evaluatie plaats gericht op het leerrendement van de bijeenkomst. De begeleiding van de intervisie middels de incidentmethode vindt bij voorkeur plaats door een medewerker welke geen onderdeel uitmaakt van het betreffende team.

Instelling(en): Pro Persona

Naast intervisie wordt moreel beraad door een aantal instellingen toegepast als wijze van reflectie.

Moreel beraad

Een moreel beraad is een bijeenkomst tussen betrokkenen in de zorg (professionals, management, Raad van Bestuur, cliënten, familieraadsleden) waarin men op systematische wijze reflecteert op één van hun morele vragen, afkomstig uit de eigen praktijk. Een moreel beraad wordt gefaciliteerd door een specifiek getrainde, non-directieve gespreksleider en wordt gestructureerd middels een methodische opbouw. Binnen het moreel beraad worden drie type vragen geformuleerd: normatieve vragen (wat is het goede om te doen in deze specifieke situatie en hoe doen we dat op de goede wijze?); filosofische/conceptuele vragen (wat betekent 'respect'?) en vragen met betrekking tot de existentiële dimensie of de dimensie van de deugd (wanneer ben ik een goede professional?). De drie centrale doelstellingen van een moreel beraad zijn:

- Het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de context van de casus
- Toename van professionele morele competenties
- Het verbeteren van de kwaliteit van zorg op het niveau van de organisatie door het stimuleren van een gezamenlijk leerproces en het verbinden van moreel beraad met beleid. (Molewijk, 2010)

Instelling(en): GGNet, GGz Drenthe. GGz inGeest

Structuur

Binnen de meeste instellingen gebeurt reflectie structureel door middel van intervisiebijeenkomsten. Er is een groot verschil waarneembaar in frequentie, samenstelling van de groep en begeleiding. Sommige afdelingen komen een keer in de week bij elkaar en andere een keer in de maand. Op de ene afdeling is de intervisie vooral gericht op de verpleegkundigen en op andere afdelingen is de intervisie multidisciplinair. De ene intervisie wordt begeleid door een ervaren intervisor, andere afdelingen doen de intervisie zelf of onder begeleiding van de leidinggevende. Moreel beraad wordt eveneens in verschillende frequenties toegepast, van incidenteel, via een of twee keer per jaar, naar maandelijks. Sommige instellingen hebben eigen gespreksleiders opgeleid, andere instellingen maken gebruik van een externe gespreksleider.

Cultuur

Het reduceren van dwang vereist creativiteit van professionals en het terugdringen van routinematig werken. Minder routinematig werken houdt in dat professionals ondanks bepaalde afspraken op de afdeling, voortdurend aandacht dienen te hebben voor de unieke situatie van de specifieke cliënt (zorg op maat). Werkwijzen kunnen dan ook niet volledig worden gestandaardiseerd, maar dienen voortdurend onderzocht te worden op zinvolheid in geval van de specifieke cliënt en context. Reflectie op eigen handelen en evaluatie van de geboden zorg wordt hiermee steeds belangrijker. Binnen de instellingen raken professionals zich steeds meer bewust hiervan.

Binnen een aantal instellingen is reflectie nog (te) vrijblijvend en wordt het beschouwd als een verantwoordelijkheid van de professionals op de afdeling. Echte cultuurverandering vereist dat men in alle lagen van de organisatie doordrongen is van het belang van reflectie. Het management dient hier achter te staan en dit ook te faciliteren. Dit laatste betekent dat structureel tijd vrijgemaakt moet worden en dat personeel moet worden vrij geroosterd voor de bijeenkomsten. Cultuur en structuur grijpen hier in elkaar. Evaluatie en reflectie moeten niet alleen beschouwd worden als bron van inspiratie en motivatie maar ook als mede bepalend voor de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg.

3.6 Samenwerking en consultatie

Werkwijzen

Reductie van dwang vereist goede samenwerking tussen verschillende afdelingen en instellingen. Een aantal instellingen is gestart met een consultatieteam in de instelling. Bij consultatie wordt de verantwoordelijkheid niet overgenomen, maar wordt samen met de afdeling gezocht naar een oplossing. Een andere vorm van het versterken van samenwerking is het organiseren van uitwisseling van verpleegkundigen tussen afdelingen.

Consultatieteam

Het consultatieteam is een team bestaande uit verschillende disciplines (verpleegkundigen, psychiater, psycholoog, ervaringsdeskundige) en kan ingeroepen worden in vastgelopen situaties, in situaties waarbij separatie dreigt of bij cliënten die langdurig gesepareerd zijn. Het team kan vastgelopen situaties op afdelingen analyseren en de reflectie van het team bevorderen. Bovendien kan het team ook zelf de-escalerend te werk gaan op de afdeling maar veel belangrijker is dat het, met specialistische kennis, de afdeling ondersteunt en de deskundigheid op de afdelingen bevordert. Tot slot kan het team ook verbindingen leggen tussen afdelingen en zo de samenwerking tussen afdeling verbeteren.

Instelling(en): GGz Eindhoven, GGz inGeest

Uitwisselen van verpleegkundigen

Tussen verschillende afdelingen van een instelling kunnen verpleegkundigen uitgewisseld worden. Op deze manier kunnen verpleegkundigen kennis maken met andere afdelingen en kan men van elkaar te leren. Een uitwisseling geeft de verpleegkundige inzicht in eigen routines en de routines van de eigen afdeling. Dit geeft inspiratie en nodigt uit tot reflectie over zaken die vooraf als vanzelfsprekend werden ervaren. Bovendien kunnen afdelingen elkaar op deze wijze inspireren tot nieuwe ontwikkelingen rond dwangreductie (Landeweer, Welleman & Widdershoven, 2011).

Instelling(en): GGz inGeest, Delta

Veel instellingen brengen over en weer een bezoek aan elkaar om van elkaar te kunnen leren. Enkele instellingen hebben er voor gekozen met een aantal medewerkers naar het buitenland te gaan om daar kennis te maken met een andere visie op het gebruik van dwang en drang. Dit is leerzaam en werkt inspirerend en motiverend

Een aantal instellingen deelt kennis en ervaringen in een lerend netwerk en leren op deze wijze van elkaar.

Lerend netwerk

Een lerend netwerk wordt gevormd door een groep mensen die een bepaalde interesse of zorg over een onderwerp delen en die hun kennis en expertise hierover verdiepen door op regelmatige basis elkaar te ontmoeten en ideeën en ervaringen uit te wisselen. Zij helpen elkaar bij het oplossen van problemen en verbinden waarde aan het leren van en met elkaar. In de loop van de tijd ontwikkelen mensen die bijeenkomen in een lerend netwerk een uniek perspectief op hun onderwerp, alsmede gemeenschappelijke kennis, uitvoering en benadering (Wenger et al., 2002). Door het gezamenlijke leerproces dat leden van een lerend netwerk vormgeven wordt een bijdrage geleverd aan het veranderen van werk- en denkcultuur (Abma et al., 2009).

Instelling(en):

- *Zuidelijk Netwerk: Vincent van Gogh, Mondriaan zorggroep, GGz Breburg, GGz Eindhoven, GGz Oost Brabant*
- *Centraal Netwerk: Arkin, Altrecht, GGz inGeest, Pro Persona, Rivierduinen, GGNet*

Sommige instellingen schakelen externe consultatie in. Ook dat betekent samenwerking, waarbij men over en weer bereid is van elkaar te leren. Een voorbeeld hiervan is het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Een aantal instellingen heeft hier goede ervaringen mee. Het CCE is in deze instellingen ondersteunend geweest in het op een andere manier kijken naar de cliënt. Bovendien hebben deze instellingen op deze wijze kennis gemaakt met een andere werkwijze.

Centrum voor Consultatie en Expertise

Het CCE kan ingeroepen worden in complexe situaties waar professionals binnen de instelling geen oplossing meer voor hebben. De consulenten van het CCE (specialisten zoals orthopedagogen, psychologen, verpleegkundigen en psychiaters) kijken mee in de behandeling en zorg voor de cliënt en werken nauw samen met de professionals en naastbetrokkenen. Omdat zij van buiten de instelling komen kunnen ze met een frisse blik naar de vastgelopen situaties kijken. Zij geven advies op maat aan professionals, het uitgangspunt is dat professionals zelf weer verder kunnen met een cliënt. (www.cce.nl)

Instelling(en): GGz Noord Holland Noord, Vincent van Gogh

Binnen een aantal instellingen wordt ook samengewerkt met de politie. Enkele instellingen beschikken over een Tijdelijke Opvang Arrestanten (TOA). Binnen deze opvang wordt de arrestant beoordeeld op psychiatrische problematiek. De TOA heeft vrijwel altijd een nauwe verbinding met de opnameafdeling. Door samen de verantwoordelijkheid te nemen wil men voorkomen dat psychiatrische patiënten ten onrechte lang in een politiecel zitten in afwachting op een beoordeling van de crisisdienst. De ervaring leert dat cliënten die voorafgaande aan de opname een nacht of enkele uren in een politiecel hebben gezeten, bij opname een verhoogde kans op separatie lopen. Bij GGz Delfland is deze samenwerking verder geïntensiveerd. Vertrouwen en samenwerking tussen politie en GGz zijn belangrijke pijlers.

Samenwerking met de politie

Wanneer bij de arrestant een vermoeden van psychiatrische problematiek bestaat meldt de dienstdoende politie dit bij de chef van dienst. Bij een bevestiging van dit vermoeden neemt de chef van dienst contact op met GGz Delfland. De cliënt wordt zonder discussie overgenomen. De politie zorgt voor een veilige overdracht naar de afdeling. Wanneer de afdeling om bijstand vraagt in de begeleiding van de cliënt wordt deze gegeven door de politie. In 2011 zijn er 112 cliënten op deze wijze opgenomen waarvan slechts 15 cliënten zijn gesepareerd. Als gevolg van deze samenwerking is de zorg voor psychiatrische cliënten verbeterd en is het een interventie die (voor sommige cliënten) voorafgaat aan het concept 'de eerste 5 minuten'.

Instelling(en): GGz Delfland

Structuur

Een goede onderlinge samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines maar ook tussen verpleegkundigen onderling tijdens een dienst is belangrijk voor de cliënt. Wanneer hier voldoende aandacht aan wordt besteed versterkt dit de voorspelbaarheid voor de cliënt en kan dit bijdragen aan vertrouwen in de hulpverlening.

In de dagelijkse praktijk is niet altijd voldoende ruimte om in gesprek te gaan over de samenwerking. Vaak staat de zorg voor de cliënt voorop waardoor er weinig tijd overblijft voor het organiseren van overleg. Ook tijdens reflectiebijeenkomsten (intervisie, moreel beraad) gaat het vaak meer over de cliënt dan over de samenwerking onderling. Bovendien zijn de bijeenkomsten niet altijd multidisciplinair waardoor men niet op de hoogte is van elkaars visie of waarden en normen in het werk. Dit kan problematisch zijn in de zorg rondom de cliënt. Om de samenwerking op de afdeling te verbeteren is het belangrijk dat dit een aandachtspunt wordt door de gehele instelling. Samenwerking betreft niet enkel het werk op de afdeling, maar ook de relatie tot het management en de Raad van Bestuur.

Cultuur

Samenwerking vereist een open cultuur gericht op leren van elkaar en leren van anderen. Instellingen met een open cultuur staan vaak ook open voor bezoek van andere instellingen en schakelen ook gemakkelijker hulp in van buitenaf (zoals het CCE). Instellingen met een meer gesloten cultuur zijn minder bereid van elkaar en van anderen te leren. Deze instellingen proberen vaak moeilijke situaties en langdurige separaties zelf op te lossen.

Om een open cultuur te creëren is het van belang dat instellingen en afdelingen hun deuren openen voor mensen van buitenaf. Het uitwisselen van verpleegkundigen is een voorbeeld van het “laagdrempelig” binnen laten van buitenstaanders. Op deze wijze kan een instelling of afdeling ervaren wat er van anderen geleerd kan worden. Deze ervaring kan het makkelijker maken om ook mensen van buiten de instelling binnen te laten. Hierdoor kunnen mogelijkheden voor verbeteringen zichtbaar worden. Ook in de literatuur komt dit naar voren, een sterke groepscohesie leidt tot sterke groepsnormen en een grote druk om zich aan deze normen te conformeren (Landeweer, Abma & Widdershoven, 2011). Intolerantie voor afwijkend gedrag kan toenemen en dit kan leiden tot afname van de behoefte aan verandering en onderdrukking van de creativiteit (Molleman, 2001)

Als het gaat om de samenwerking met andere afdelingen, andere instellingen of externe partners is het van belang dat de Raad van Bestuur actief is in het creëren van een open cultuur. Zij kunnen hier een belangrijke rol in vervullen door zelf transparant te zijn naar de instelling.

3.7 Participatie van cliënten

Werkwijzen

Binnen bijna alle instellingen zijn ervaringsdeskundigen betrokken bij het dwangreductie project en in de projectgroep. Een aantal instellingen gaat hier nog verder in. Binnen deze instellingen werken ervaringsdeskundigen in de zorg op afdelingen of worden ervaringsdeskundigen betrokken bij het opzetten of uitvoeren van best practices.

Ervaringsdeskundigen op de afdeling

Ervaringsdeskundigen op een afdeling zijn werkzaam in de zorg aan cliënten. Doordat zij een ander perspectief op zorg inbrengen, komt er reflectie op gang bij medewerkers. Tevens kunnen ervaringsdeskundigen laagdrempelig contact aangaan met cliënten, kunnen ze cliënten hoop bieden en kunnen ze feedback geven op de zorg die verleend wordt op een afdeling. Dit zorgt voor een verandering in cultuur en werkwijzen bij professionals (Voskes, 2009).

Instelling(en): Mediant, GGz Noord Holland Noord

Ervaringsdeskundigen bij het opzetten of uitvoeren van best practices

Binnen een aantal instellingen zijn ervaringsdeskundigen betrokken of werkzaam bij het opzetten of uitvoeren van best practices. Het opstellen van een crisiskaart gebeurt over het algemeen door crisiskaart consulenten met ervaringsdeskundigheid en binnen een instelling werden middelen en maatregelen geëvalueerd door een ervaringsdeskundige. Het voordeel is dat ervaringsdeskundigen vaak onafhankelijk zijn, bovendien kunnen ervaringsdeskundigen zich goed inleven in de cliënt waardoor cliënten zich sneller en beter begrepen voelen (*“aan een woord genoeg hebben”*). Veel instellingen betrekken ervaringsdeskundigen bij het vormgeven en inrichten van comfortrooms.

Instelling(en): Altrecht, GGz Eindhoven, Vincent van Gogh

Structuur

Het aantal ervaringsdeskundigen in een instelling verschilt. Ook de randvoorwaarden waaronder ervaringsdeskundigen werkzaam zijn, verschillen. Binnen sommige instellingen zijn ervaringsdeskundigen volledige werknemers. Hiervoor zijn dan ook bepaalde randvoorwaarden gecreëerd zoals een functieomschrijving. Binnen deze instellingen zijn ervaringsdeskundigen vaak betaalde krachten en worden ervaringsdeskundigen ook begeleid en ondersteund in hun werkzaamheden. Binnen andere instellingen worden ervaringsdeskundigen ingezet als “extraatje”. In deze instellingen zijn randvoorwaarden vaak afwezig.

De wijze waarop ervaringsdeskundigen werkzaam zijn is sterk afhankelijk van de cultuur en de visie van management en Raad van Bestuur. Om ervaringsdeskundigheid binnen een instelling tot een succes te maken is het van belang dat zij hierin stelling nemen.

Cultuur

Binnen een aantal instellingen is er een verschuiving zichtbaar in het belang dat wordt gehecht aan de mening en visie van cliënten en ervaringsdeskundigen. Waar dit voorheen nog wel eens als ‘lastig’ werd ervaren vinden veel instellingen het nu leerzaam en bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Echter dit is nog niet zichtbaar binnen alle instellingen. Binnen een aantal instelling lijken ervaringsdeskundigen betrokken te worden omdat “het tegenwoordig zo hoort”. In deze instellingen is de ervaringsdeskundige meer een symbool dan een volwaardige werknemer. Het betrekken van ervaringsdeskundigen vraagt om een open en leergierige cultuur. Binnen sommige instellingen is er nog weerstand tegen het binnenlaten van ervaringsdeskundigen.

Het betrekken van ervaringsdeskundigen kan vragen en dilemma’s opleveren. Kan een ervaringsdeskundige iets anders dan een verpleegkundige? Moeten we verpleegkundige formatie inleveren voor het aanstellen van een ervaringsdeskundige? Het omgaan met dergelijke vragen vereist een open en creatieve opstelling waarbij de meerwaarde en de unieke expertise van de ervaringsdeskundige niet uit het oog moet worden verloren.

3.8 Participatie van naastbetrokkenen

Werkwijzen

Naastbetrokkenen kunnen veel betekenen in de zorg voor cliënten. Allereerst kennen zij de cliënt goed waardoor ze een belangrijke bron van informatie zijn voor professionals. Naastbetrokkenen kunnen echter ook actief een rol vervullen als het gaat om (de preventie van) dwang en drang. Zo kunnen ze een belangrijke inbreng hebben in het signaleringplan en een signalerende rol spelen. Bovendien kan de aanwezigheid van een naastbetrokkene ook rustgevend werken voor de cliënt in een crisissituatie. Naastbetrokkenen zijn dan ook steeds vaker welkom op de afdeling en in de separeer. Bij allochtone cliënten die geen Nederlands spreken kan de familie een belangrijke rol vervullen als tolk.

Een goede afstemming tussen professionals, de cliënt en de naastbetrokkenen (de triade) is van groot belang. Om dit te bereiken werken een paar instellingen met 'de triadekaart'. De triadekaart is niet specifiek gemaakt voor familieparticipatie bij dwangreductie maar het kan wel een belangrijk hulpmiddel zijn om wensen en verwachtingen met familie en naasten af te stemmen en zo de samenwerking te optimaliseren.

De triadekaart

De Triadekaart is een instrument om de rol van naasten en familieleden "in kaart te brengen". Om afspraken te maken over de inbreng van naasten in de behandeling of begeleiding, moet eerst duidelijk zijn waar ieders wensen zitten. De kaart bevat daarom een uitgebreide lijst van taken. De cliënt, familie en behandelaar kunnen ieder voor zich aankruisen over welke taken zij het graag willen hebben. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat iemand bereid is deze taak op zich te nemen, maar ook omdat de betreffende taak juist door niemand wordt gedaan of door de 'verkeerde' persoon. In het 'triadegesprek' worden afspraken gemaakt over het vervolg en over de ondersteuning. De kaart dient daarbij als handige agenda voor het gesprek (<http://www.ypsilon.org/triadekaart>).

Instelling(en): Mediant

Een aantal instellingen neemt deel aan het project 'de familie als bondgenoot'

De familie als bondgenoot

Het project 'de familie als bondgenoot' gaat ervan uit dat het herstel van de cliënt een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van cliënt, naastbetrokkenen en professionals. Het doel van het project is het bundelen van ervaringskennis van zowel cliënten als naastbetrokkenen met de praktijkkennis van professionals. Op deze wijze kunnen naastbetrokkenen beter ondersteund worden en kunnen naastbetrokkenen beter hun deskundigheid inzetten voor het herstelproces van de cliënt.

Als basis van de scholing dienen de ervaringsverhalen van familieleden en cliënten. Deze gecombineerde kennis wordt allereerst aangewend om professionals te scholen anders om te gaan met familieleden en hun naasten. De scholing bestaat uit zes lesmodules. Elke lesmodule gaat in op een thema, dat door familieleden en cliënten belangrijk wordt gevonden om bij professionals onder de aandacht te brengen. Familieleden en cliënten geven samen met een professional les aan professionals. (www.familiealsbondgenoot.nl)

Instelling(en): GGz Oost Brabant, GGz Eindhoven

Structuur

Om samen te werken met naastbetrokkenen in de zorg aan cliënten op afdelingen, voeren instellingen structuurveranderingen door. Instellingen of afdelingen schaffen bezoeken af, hierdoor kunnen naastbetrokkenen makkelijker op bezoek komen en wordt het gemakkelijker de naastbetrokkenen in plek te geven in de zorg voor de cliënt. Ook komen er op afdelingen meer mogelijkheden voor 'rooming in' en worden er familiekamers ontwikkeld.

Rooming in en de familiekamer

'Rooming in' houdt in dat naastbetrokkenen kunnen blijven overnachten bij de cliënt op de afdeling. Op sommige afdelingen kan er een extra bed op de kamer van de cliënt worden gezet. Op andere afdeling is er een familiekamer ontwikkeld. De familiekamer is voor verschillende doeleinden te gebruiken. Allereerst kan de ruimte gebruikt worden voor gesprekken met de cliënt en naastbetrokkenen. Ook kan er in de familiekamer bezoek ontvangen worden. Cliënten met jonge kinderen kunnen hier gebruik van maken aangezien de afdeling soms niet geschikt is voor jonge kinderen. In een aantal familiekamers staat een 'bedbank' zodat naastbetrokkenen hier ook kunnen overnachten.

Instelling(en): Accare (kinder-en jeugdpsychiatrie), GGz inGeest



Foto: Familiekamer (GGZ inGeest)

Cultuur

Voorheen waren naastbetrokkenen vooral een belangrijke bron van informatie, dan wel een partij die geïnformeerd moest worden. Momenteel is er een verschuiving te zien naar daadwerkelijke samenwerking. Bovendien is er meer oog voor naastbetrokkenen als object van zorg. In de praktijk is dit echter niet gemakkelijk. Soms worden naastbetrokkenen alleen betrokken “als het de professionals uitkomt” en is er weinig oog voor de behoeften van de naastbetrokkenen zelf. Te vaak wordt er ook nog voor de naastbetrokkenen gedacht. Zo beslissen professionals vaak dat een samenwerking in een crisissituatie te zwaar zou zijn voor de naastbetrokkene. Hierin komt naar voren dat de communicatie tussen de verschillende partijen niet altijd open is. Ook de participatie van naastbetrokkenen vraagt om een open cultuur waarin men geïnteresseerd is in het perspectief van de andere partij en open staat om te leren.

3.9 Registratie

Werkwijzen

Registratie is een belangrijke voorwaarde voor reductie van dwang. Waar voorheen iedere instelling zijn eigen wijze van registreren had, registreert nu iedere instelling volgens de ‘Argus gegevensset’.

Argus

Het registreren volgens de Argus gegevensset gebeurt door instellingen naast de huidige registratie van vrijheidsbeperkende interventies en dwang in het kader van de Wet BOPZ. In de gegevensset worden separatie, afzondering en fixatie (en andere vormen van fysieke en ruimtelijke vrijheidsbeperkende interventies) en de toepassing van parenterale medicatie en vocht en voeding die wordt toegediend met fysiek verzet van de patiënt geregistreerd, ongeacht de juridische status van de patiënt. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de daadwerkelijke omvang van deze interventies. Doel van de gegevensset Argus is een gegevensset te introduceren in de geestelijke gezondheidszorg die meer valide en betrouwbare gegevens oplevert over daadwerkelijke vorm, aantal en duur van de interventies. Deze gegevens leveren accurate informatie die beschikbaar kan worden gemaakt voor managementinformatie, toezicht, wetenschappelijk onderzoek en transparantie-eisen op verschillende niveaus: patiënt, afdeling, instelling en land (GGZ Nederland, Ministerie van VWS & IGZ, 2011).

Instelling(en): alle

Structuur

Het registreren met de Argus gegevensset vereist goede structurele randvoorwaarden. Het moet duidelijk zijn wat er exact geregistreerd moet worden, onder welke condities er geregistreerd moet worden en wat bij voorbeeld een episode is. Binnen veel instellingen ontbreekt het aan een gebruiksvriendelijk digitaal instrument.

Binnen een beperkt aantal instellingen worden de gegevens structureel en frequent teruggekoppeld en wordt er ook gericht “gestuurd” op deze gegevens.

Terugkoppeling van de Argus gegevens

De Argus gegevens zijn een belangrijke bron van informatie op zowel afdelings- als instellingsniveau. Door nauwkeurige (digitale) registratie kunnen de gegevens snel verwerkt worden en ieder kwartaal teruggekoppeld worden naar de afdelingen en het management. De gegevens kunnen dan door betrokkenen geduid worden waardoor professionals zich bewust worden van de toegepaste middelen en maatregelen en het tevens mogelijk is gericht te sturen op de gegevens.

Instelling(en): GGz Friesland

Cultuur

Veel instellingen vinden registratie belangrijk. Men wil graag weten of er een reductie plaats vindt van middelen en maatregelen. Echter over het algemeen is men zich onvoldoende bewust dat de gegevens ook een feedback functie kunnen hebben en zodoende een functie hebben in de dagelijkse praktijk en in het verbeteren van de zorg.

Het terugkoppelen van gegevens kan zowel leiden tot bewustwording bij professionals als tot discussie, bijvoorbeeld bij een discrepantie tussen de cijfers en de eigen waarneming. De ervaren discrepantie kan aanleiding zijn afspraken te maken over het registreren van de vrijheidsbeperkende interventies in Argus. Kortom, terugkoppeling van (geïnterpreteerde) uitkomsten verhoogt de motivatie van medewerkers om de data goed in te voeren en biedt de gelegenheid de interpretatie aan te vullen met de inzichten en ervaringen van betrokken medewerkers. Dat vereist een cultuurverandering van tellen naar vertellen.

3.10 Intensive Care

Werkwijzen

Op een opname afdeling heeft men vaak te maken met ernstig zieke cliënten. Soms zijn cliënten zo ziek dat zij intensieve zorg nodig hebben. Intensive Care in de psychiatrie is een relatief nieuw begrip, daarom werken ook niet alle instellingen met (mogelijkheden tot) Intensive Care.

Intensive Care (op een opname afdeling)

Intensive Care is een intensieve behandeling en begeleiding van cliënten met ernstige psychiatrische problematiek in een acute situatie. Het doel van Intensive Care is het versterken van de controle over het eigen handelen, preventie van escalerende situaties en de stabilisatie van het ziektebeeld met behoud van contact. Bij Intensive Care krijgt de cliënt zoveel mogelijk contact aangeboden aansluitend bij zijn mogelijkheden en behoeften. Afhankelijk van de situatie wordt er gekozen voor een op een of twee op een begeleiding. Er wordt een individueel programma opgesteld met rustmomenten en activiteiten passend bij de individuele behoefte en mogelijkheden van de cliënt. Bovendien wordt het contact met de behandelaar (psychiater) geïntensiveerd. Als het mogelijk is kan aan de familie gevraagd worden een bijdrage te leveren in de zorg aan de cliënt.

Instellingen: Pro Persona, GGz Centraal

Intensive Care kan op verschillende manieren geboden worden. Binnen GGz Westelijk Noord Brabant bestaat een afdeling Zeer Intensieve Behandeling.



Foto: Intensive Care Unit (GGz Centraal)

Zeer Intensieve Behandeling (ZIB)

Op de afdeling Zeer Intensieve Behandeling worden cliënten opgenomen met ernstige psychiatrische problematiek en/ of persoonlijkheidsstoornissen. Vaak is er sprake van langdurige en frequente perioden van separatie in het verleden en de relatie met de hulpverlening is gekenmerkt door conflicten. De afdeling beschikt over vier bedden en de bezetting is hoog (twee vroege diensten, twee late diensten en een nachtdienst) waardoor er veel mogelijkheden zijn voor een op een begeleiding. De maximale verblijfsduur op de afdeling is twee jaar. Op de afdeling is altijd een verpleegkundige aanwezig en de attitude is gebaseerd op contact, onderhandelen en een gelijkwaardige relatie. Er wordt gewerkt met een begeleidingsplan en een persoonlijk signaleringsplan. Bovendien zijn verpleegkundigen kundig in de-escalerend werken.

Instelling(en): GGz Westelijk Noord Brabant

Structuur

Binnen de meeste instellingen is men nog zoekende hoe Intensive Care het beste georganiseerd kan worden. De term 'Intensive Care' wordt nog zeer divers gebruikt. Binnen sommige instellingen wordt het separeerblok gebruikt als Intensive Care Unit maar is de werkwijze nauwelijks veranderd; de cliënt wordt gesepareerd in deze unit.

Enkele instellingen hebben de beschikking over een specifiek ingerichte (redelijk) veilige ruimte (Intensive Care Unit) waar het mogelijk is de cliënt intensieve zorg te geven.

Intensive Care Unit

De Intensive Care Unit (I.C.U) geeft de mogelijkheid om contact te behouden met cliënten in een (ernstige) crisis. Een I.C.U is vaak een grote ruimte die bestaat uit een woonkamer, een slaapkamer en een badkamer. In deze ruimte kan de verpleegkundigen een op een (of twee op een) begeleiding geven aan de cliënt. De ruimte is prettig ingericht met een bank, tafel en stoel en vaak zijn er mogelijkheden om muziek te luisteren of televisie te kijken. De meubels zijn vaak van stevig materiaal en de radio en televisie staan in een kast achter glas. De slaapkamer is een aparte ruimte, grenzend aan de woonkamer. De I.C.U. is vaak op de afdeling gelegen.

Instelling(en): Pro Persona, GGz Centraal



Foto's: Intensive Care Unit (Pro Persona)

Eigen appartement

Binnen enkele afdelingen voor langdurende psychiatrie heeft men een eigen appartement voor de cliënt gerealiseerd. In dit appartement is een woonkamer, slaapkamer en badkamer aanwezig. Deze appartementen zijn specifiek ontwikkeld voor cliënten die wanneer zij binnen een groep zouden worden begeleid een veel groter risico lopen op separatie (vaak blijkend uit hun voorgeschiedenis). Door intensieve begeleiding en meer privacy plus de mogelijkheid om afhankelijk van de gemoedstoestand van de cliënt te kiezen voor een verbinding met de groepsruimte of deze deur te sluiten kan separatie voorkomen worden.

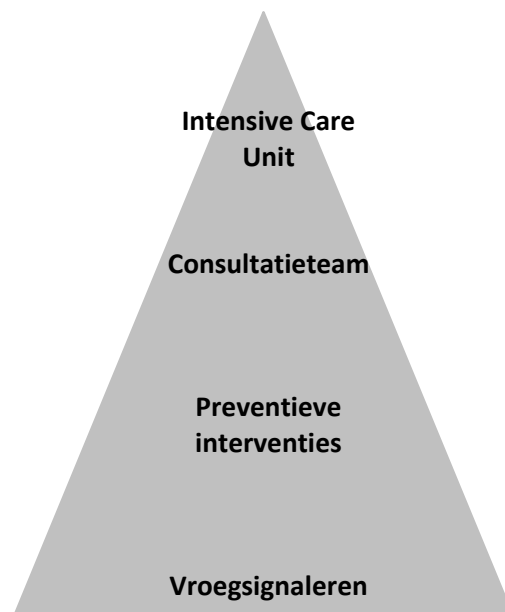
Instelling (en): GGz Noord Holland Noord, Pro Persona

Naast de begeleiding en behandeling in een I.C.U. zijn vormen van intensieve zorg gezien welke niet specifiek afhankelijk zijn van een ruimte binnen de opname afdeling of zelfs ambulant kunnen worden ingezet. Een aantal instellingen ziet Intensive Care als 'stepped care' (opschalen van zorg), de Intensive Care Unit en het consultatieteam maken hier onderdeel van uit.

Stepped Care

Het stepped care model gaat ervan uit dat dwangreductie en het bieden van goede zorg de verantwoordelijkheid zijn van de gehele instelling. Door de nadruk te leggen op het preventief werken op alle afdelingen en het werken met een consultatieteam wordt voorkomen dat de Intensive Care unit gezien wordt als “een vuilnisvat” voor ernstig zieke cliënten.

Instelling(en): GGz Eindhoven



Cultuur

Binnen een aantal instellingen is men zich steeds meer bewust dat er, voor ernstige zieke cliënten, mogelijkheden moeten komen om intensieve zorg te verlenen. Zoals eerder beschreven worden er veel verschillende initiatieven genomen binnen de instellingen. Deze initiatieven hebben vooral betrekking op aanpassingen in de fysieke omgeving (structuur). De ene instelling kiest voor een Intensive Care Unit op de gesloten opnameafdeling, andere instellingen kiezen voor een aparte Intensive Care afdeling waar meerdere cliënten kunnen verblijven. Echter een Intensive Care afdeling kan niet op zichzelf staan. Het is van belang dat alle afdelingen binnen de instelling crisissituaties vroegtijdig signaleren en zodanig werken dat overplaatsing naar de IC afdeling voorkomen kan worden. Als dit niet gebeurt, is het gevaar dat de IC afdeling volstroomt met ‘lastige cliënten’ en zodoende een ‘vuilnisvat’ wordt voor ernstig psychiatrisch zieken. In dat geval hoeven andere afdelingen binnen de instelling zich niet meer verantwoordelijk te voelen voor de omgang met lastige cliënten en de reductie van dwang. Intensive Care vereist een brede cultuur waar meer verantwoordelijkheden bij de cliënt komen te liggen, meer onderhandeld wordt, beter aangesloten wordt bij de behoeften van de cliënt en proactief gewerkt wordt. Dwangreductie is geen zaak van een intensive care unit alleen; Intensive Care werkt alleen in een context waarin dwangreductie wordt beschouwd als een zaak voor iedereen in de organisatie (Voskes & Abma, 2010).

3.11 Samenwerking met de ambulante zorg

Werkwijzen en structuur

Het voorkomen van een crisis en het daarbij behorende risico op separatie wordt in de GGz vaak gezien als verantwoordelijkheid van de kliniek. Echter door samenwerking en afstemming tussen de ambulante zorg en de kliniek kunnen veel acute situatie/ escalaties voorkomen worden. Een tijdige (“liever twee dagen te vroeg dan een dag te laat”), kortdurende opname kan soms erger voorkomen. Er zijn de afgelopen jaren verschillende modellen ontwikkeld om ambulante zorg te kunnen verlenen aan cliënten in crisis en om de samenwerking tussen de ambulante zorg en de kliniek te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn Functie Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Critical Time Intervention (CTI). Aangezien bovenstaande modellen organisatorische modellen zijn waarin werkwijzen geïntegreerd zijn worden ‘werkwijzen’ en ‘structuur’ in deze paragraaf samen beschreven

Functie Assertive Community Treatment (FACT)

Met behulp van FACT wordt aan mensen met een ernstig psychiatrische aandoening zorg én behandeling in de eigen omgeving verleend. Het behandelaanbod sluit aan bij het gewone leven en richt zich, naast de vermindering van psychische klachten, op wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding, sociale en intieme relaties en het familieleven. Een FACT-team bestaat naast casemanagers, sociaal psychiatrische verpleegkundigen en een psycholoog uit een trajectbegeleider, een verslavingsdeskundige en een ervaringsdeskundige. Er zijn drie typen interventies te onderscheiden: behandeling, rehabilitatie en herstel, en intensivering van zorg bij ontregeling/crisissituaties. Een FACT team verleent dus niet alleen zorg aan de groep ‘onstabiele’ (vaak psychotische) cliënten maar ook aan de groep cliënten die stabiel functioneert. Als de cliënt, ondanks de intensieve zorg vanuit het FACT team opgenomen moet worden blijft de casemanager contact houden met de cliënt om het ontslagplan voor te bereiden. De kliniek nodigt de casemanager ook uit bij besprekingen (Veldhuizen, Bähler & Teer, 2006).

Instelling(en): GGz Noord Holland Noord

Intensive Home Treatment (IHT)

Waar FACT zich richt op de doelgroep mensen met een 'Ernstige Psychiatrisch Aandoening met beperkingen op meerdere levensterreinen, die langdurig behandeling en begeleiding nodig hebben', richt IHT zich vooral op de kortdurende crisis bij mensen met meer enkelvoudige problematiek.

Een IHT team is een team dat behandeling en ondersteuning biedt aan cliënten in een (dreigende) crisis. Doel van de IHT teams is om flexibele, proactieve, op de situatie afgestemde, gecoördineerde en geïntegreerde zorg te leveren aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de eigen omgeving. Op deze wijze wordt geprobeerd een opname te voorkomen of de opname zo kort mogelijk te laten duren. Naast de zorg voor de cliënt worden familie/ betrokkenen ondersteund gedurende de crisis. Het team is multidisciplinair en zeven dagen per week, vierentwintig uur per dag bereikbaar. Het IHT-team heeft een poortwachterfunctie bij de klinieken, zij kijken of een opname geïndiceerd is en of er nog ambulante mogelijkheden zijn. Dit zal leiden tot een reductie van het aantal klinische opnames. (www.ihtnu.nl)

Instelling(en): GGz Noord Holland Noord

Critical Time Intervention (CTI)

CTI is ontwikkeld in New York en heeft als doel om personen met complexe, meervoudige sociaal maatschappelijke en/of psychiatrische problematiek op gestructureerde wijze in verbinding te brengen met passende ondersteuning. CTI werkt volgens de principes van proactieve en outreachende zorg op de zogenoemde kritische momenten. CTI is bovendien tijd gebonden (gemiddeld negen maanden) en is gestructureerd in drie fasen: veranderingsfase, testfase en een overdrachtsfase. In de eerste fase ligt het accent op het tot stand brengen van het contact, het systematisch in kaart brengen van de problematiek en het opstellen van een behandelplan. In de tweede fase ligt het accent op het testen en aanpassen van het plan in de praktijk. In de derde fase wordt, als het zorgnetwerk verbeterd is, de zorg overgedragen en trekt de casemanager zich terug. (van der Plas et. al., 2008)

Instelling(en): GGz Breburg

Om de communicatie tussen FACT teams en de kliniek te verbeteren werkt een instelling met Zorgafstemmingsgesprekken (ZAG).

Zorgafstemmingsgesprekken (ZAG)

Het zorgafstemmingsgesprek heeft als doel de behandeling af te stemmen in de kliniek, duidelijkheid verschaffen in de behandelvraag voor alle betrokken partijen en duidelijkheid verschaffen over de verantwoordelijkheden tijdens opname. Bovendien heeft het als doel de opnameduur te verkorten en mogelijk opname te voorkomen. Tijdens een ZAG wordt het behandelplan voor de crisisopname opgesteld door de aanwezigen. Aanwezig zijn: de ambulant behandelcoördinator, de behandelaar van de kliniek, de persoonlijk begeleider van de kliniek, de cliënt en naastbetrokkenen van de cliënt. Op drie momenten vindt er een ZAG plaats, bij opname, halverwege opname en aan het eind van de opname. (www.ggz-nhn.nl)

Instelling(en): GGZ Noord Holland Noord

Cultuur

Binnen een aantal instellingen zijn professionals zich ervan bewust dat een crisis vaak al eerder voorkomen kan worden. Om deze reden worden er verschillende initiatieven genomen om de cliënt thuis intensieve behandeling en begeleiding te kunnen geven. Men vindt dat cliënten actiever en intensiever bezocht moeten worden en drang hoeft hierbij niet geschuwd te worden.

Het voorkomen van een crisis wordt echter nog te weinig gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid tussen ambulante en klinische zorg. Wanneer ambulant de mogelijkheden zijn uitgeput wordt de cliënt vaak in crisis opgenomen en de verantwoordelijkheid doorgeschoven naar de kliniek. Er is nog weinig sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hierdoor is er weinig continuïteit van zorg. Dit kan stagnatie in de behandeling en veel verwarring opleveren voor de cliënt. Er lijkt nog veel winst te behalen in de reductie van dwang en drang wanneer er meer aandacht geschonken gaat worden aan de samenwerking tussen de ambulante zorg en de kliniek. Een paar instellingen kan hier een voorbeeldfunctie in vervullen. Ook zijn er instellingen waar men de overtuiging heeft dat de cliënt beter thuis aan zijn herstel kan werken dan in een psychiatrisch ziekenhuis.

3.12 Tot slot

Veel instellingen zetten in op meerdere best practices. Binnen sommige instellingen is dit willekeurig, binnen andere instellingen heeft men een model ontwikkeld van elkaar versterkende interventies. Binnen deze instellingen is het vaak voor veel professionals duidelijk waarop ingezet wordt en welke competenties daarvoor nodig zijn. Zo kan er door de instelling ook een duidelijk personeelsbeleid gevoerd worden. Het voor een langere tijd inzetten op een model is voor een aantal instellingen succesvol gebleken. Voorbeelden van modellen die gehanteerd worden zijn het engagement model en het model ‘Separeervrij behandelen’.

Engagement model

Het Engagementmodel heeft als doel het aantal separaties terug te dringen en ligt ten grondslag aan de comfortrooms. Het model wordt gekenmerkt door een aantal principes:

1. *Traumageïnformeerde zorg.* Kennis over de schadelijkheid van trauma's en welke gevolgen die mentaal en fysiek kunnen hebben is voor iedereen in de organisatie van belang. In de behandeling en bejegening van cliënten moet daar rekening mee gehouden worden
2. *Nivelleren van hiërarchie.* In de omgang met elkaar en met de cliënten meer gelijkheid brengen, met behoud van de professionele rol, levert een andere manier van omgaan met elkaar op. Afdelingsbijeenkomsten waarin iedereen met elkaar spreekt over wat er goed en niet goed gaat op de afdeling, zijn daar een instrument voor.
3. *Leiderschap.* Door een heldere missie en opstelling uitdragen dat er naar verandering gestreefd wordt is op alle niveaus belangrijk. Verantwoordelijkheid nemen en geven staan daarbij centraal.
4. *Aandacht voor de fysieke omgeving.* Als een afdeling er goed verzorgd, vriendelijk uit ziet, geeft dat een andere beleving van de opname dan wanneer dat niet zo is. Huiselijkheid en gezelligheid dragen bij aan een goede sfeer.
5. *Datamanagement.* Door op verschillende manieren goed bij te houden wat er op het gebied van dwang en drang gebeurt tijdens een behandeling, treedt er meer bewustzijn op, en wordt belangrijke informatie over individuele gevallen en over bepaalde patronen verzameld. de analyse daarvan en de bevindingen terug koppelen naar teams en daarop veranderingen bouwen, levert een belangrijke kwaliteitsimpuls op. (De Veen et. al., 2009)

Instelling(en): Mediant, GGnet

‘Separeervrij behandelen’

Het model ‘separeervrij behandelen’ gaat ervan uit dat separatie alleen als uiterste optie mag worden ingezet. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen interventies gericht op het team en interventies gericht op de cliënt.

Interventies gericht op het team:

- Ontwikkeling van een eenduidige zorgvisie gericht op de reductie van dwang en drang op alle niveaus.
- Inzet van Trifier training voor alle klinische medewerkers. Het behoud van contact is de belangrijkste insteek.
- Multidisciplinaire intervisie (wekelijks)
- Werkbezoeken (ook in het buitenland)
- Versterken van de samenwerking met de ambulante zorg
- Inzet van onderzoek (zowel kwalitatief als kwantitatief) en structurele terugkoppeling aan teams

Interventies gericht op cliënt:

- Behoud van contact staat voorop
- Het betrekken van naastbetrokkenen bij de behandeling van de cliënt
- Een individuele benadering (bijv. geen algemene afdelingsregels)
- De inzet van non-verbale alternatieven.
- Het eerder stellen van grenzen en aanbieden van alternatieven.
- Evaluatie van separatie
- Insteek bij opname is ‘liever twee dagen te vroeg dan een dag te laat’

Buiten bovenstaande interventies is er doorlopend aandacht voor het actief betrekken van managers. (Theunissen & Hesta, 2009)

Instelling: Pro Persona

4. Als escalatie niet voorkomen kan worden

De ontwikkelde best practices zijn er voornamelijk op gericht om escalatie en, dwang te voorkomen. Ondanks alle ontwikkelde best practices en inzet van professionals lukt het in een aantal gevallen echter niet om een escalatie te voorkomen. Om in deze situaties de cliënt op een verantwoorde manier te blijven begeleiden en het contact te kunnen behouden zijn er binnen een aantal instellingen alternatieven ontwikkeld voor separatie. In het geval dat separatie niet te voorkomen is, zijn er in een aantal instellingen middelen ontwikkeld om het verblijf in de separeer aangenamer te maken.

Werkwijzen

Als er sprake is van escalatie en een onveilige situatie zijn er weinig alternatieven ontwikkeld om separatie te voorkomen. Binnen een aantal instellingen wordt tijdens een escalatie, separatie voorkomen door veilig fysiek in te grijpen, ook wel ‘holding’ genoemd.

Holding (Trifier)

“Holding” is een fysieke techniek waarbij de cliënt in geval van controleverlies op de buik op de grond ligt en daar door begeleiders wordt vastgehouden. De bewegingen worden beperkt maar de cliënt behoudt de mogelijkheid om spanning middels beweging af te laten vloeien en vaak ontstaat er na enige tijd ontspanning. Een “taakcoördinator” houdt gedurende het hele proces contact met de cliënt en probeert aansluiting te krijgen en de zelfregie van de cliënt te herstellen. De gebruikte technieken zijn gebaseerd op bewegingsbeperking middels de druk van grote lichaamvlakken waardoor de fixatie pijnloos is. De “armmensen” kunnen op aangegeven van de “taakcoördinator” de druk variëren en daarmee de bewegingsruimte subtiel variëren.

De “taakcoördinator” heeft als rol om voortdurend met de cliënt in contact te blijven, regie te voeren over de professionals en te onderzoeken of de controle van buitenaf kan verminderen. Dit vraagt een subtiel communicatieve techniek die gebaseerd is op gelijkwaardigheid waarin de “taakcoördinator” maximale zorg heeft voor de cliënt.

Instelling(en): GGz inGeest, Accare (kinder-en jeugdpsychiatrie)



Foto: Holding

Structuur

‘Holding’ kan niet zo maar gedaan worden, het is van belang dat afdelingen hierin getraind worden en ook zorgen hierin bekwaam te blijven. Instellingen die ‘holding’ toepassen zijn enthousiast over deze techniek. Vooral de mogelijkheid het contact te blijven behouden is een voordeel. Deze instellingen vinden het vaak wel lastig om een geschikte ruimte te vinden waar de holding toegepast kan worden. Binnen enkele afdelingen in de kinder-en jeugdpsychiatrie zijn deze ruimtes al aanwezig. Een aantal reguliere GGz instellingen heeft plannen om een specifieke ruimte voor holding te creëren. Deze ruimtes hebben vaak een rustgevende uitstraling (rustgevende kleuren) en er is een zachte ondergrond aanwezig zodat de cliënt zonder pijn of schade gefixeerd kan worden op de grond.

Bij een escalatie waarbij zowel verbaal als fysiek ingrijpen niet meer toereikend is, worden cliënten toch vaak nog gesepareerd. In de afgelopen jaren zijn er veel middelen ontwikkeld om de separeer aangenaam te maken door het gebruik van vriendelijke kleuren, mogelijkheden om zelf licht en geluid te kunnen reguleren, een mediazuil, aanpassing aan het bed en het gebruik van een telefoon in de separeer.

Telefoon in de separeer

Cliënten in de separeer krijgen een telefoon waarmee ze te allen tijde een verpleegkundige kunnen bereiken. De telefoon is zodanig ingesteld dat, welk nummer ze ook draaien, ze altijd een verpleegkundige aan de lijn krijgen.

Instelling(en): GGz Friesland, GGz Drenthe

Mediazuil

De mediazuil is een tegen de muur gemonteerd scherm met touchscreen. Op het scherm kunnen cliënten informatie lezen over de behandeling, de namen van hun behandelaar en de verpleegkundigen en de contactgegevens van de patiëntvertrouwenspersoon. Ook is er op het scherm praktische informatie beschikbaar over het verblijf in de separeerruimte en hoe ze in contact komen met een verpleegkundige op de afdeling. Buiten de beschikbare informatie kunnen cliënten op de mediazuil spelletjes spelen en televisie kijken. De mediazuil is verbonden met een computer op het verpleegkundig kantoor. Op deze manier kunnen verpleegkundigen de informatie aanpassen en het gebruik van de mediazuil observeren.

Instelling(en): GGz Friesland, Parnassia Bavogroep

Tot slot wordt er in de ouderenpsychiatrie, om separatie of fixatie te voorkomen, veel gebruik gemaakt van domotica. Domotica is het gebruik van elektronische voorzieningen om veiligheid, comfort en communicatie te verbeteren. In de ouderenpsychiatrie wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van belmatjes en bewegingssensoren. Andere alternatieven voor fixatie/ separatie zijn bijvoorbeeld de ballendeken (een deken gevuld met ballen) en een tentbed. Een tentbed is echter wel een vrijheidsbeperkende maatregel waardoor dit ook als dwangmaatregel geregistreerd dient te worden. Het tentbed wordt zowel door cliënten als professionals als een vriendelijker en prettiger middel beschouwd.



Foto: tentbed

Cultuur

In het verleden werd separatie gezien als noodzakelijke interventie waarbij gedacht werd dat de ruimtelijke structuur van een separeercel en het gebrek aan prikkels een positief effect zou hebben op het psychiatrisch ziektebeeld van de cliënt. Tegenwoordig zijn professionals zich bewust van de impact van separatie en zijn er inzichten dat een prikkelarme ruimte kan leiden tot meer hallucinaties en angsten. Om deze reden wordt gezocht naar alternatieven en andere minder ingrijpende middelen.

Tegelijkertijd wordt ook naar middelen gezocht om de separeer “aangenamer” te maken. Aangenamer staat hier bewust tussen aanhalingstekens. Hoe mooi en comfortabel de separeer ook is, het blijft eenzame opsluiting en het contact met de cliënt wordt verbroken (*“Ook al draagt een aap een gouden ring, het is en blijft een lelijk ding”*). Aan het eenzaam opsluiten en het verbreken van contact met ernstige zieke psychiatrisch patiënten zitten risico’s. Bovendien loopt men het risico het gebruik van een ‘aangename separeer’ te bagatelliseren. Het is van belang dat de aandacht blijvend uitgaat naar het voorkomen van escalatie en daarmee het voorkomen van dwang en in het bijzonder het voorkomen van separatie.

5. Knelpunten

De bezochte instellingen zijn unaniem enthousiast in het streven dwang te reduceren. Er zijn veel interventies en instrumenten ontwikkeld. Het lukt echter niet alle instellingen om dwang te reduceren conform de doelstellingen die zijn geformuleerd door GGz Nederland (Noorthoorn et. al., 2011). Instellingen lopen regelmatig tegen barrières en knelpunten aan. Deze knelpunten betreffen de structuur en de cultuur. In het vorige hoofdstuk werd aangegeven wat op deze punten nodig is om veelbelovende werkwijzen daadwerkelijk succesvol te maken. Wanneer de randvoorwaarden in structuur en cultuur onvoldoende geborgd zijn, worden nieuwe werkwijzen niet effectief geïmplementeerd. In de bezoeken aan de instellingen werd expliciet gevraagd naar de ervaren knelpunten. In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste door instellingen genoemde knelpunten worden beschreven.

5.1 Samenwerking

Een knelpunt in het werken aan reductie van dwang betreft de kwaliteit van samenwerking tussen verpleegkundigen en psychiaters en tussen verpleegkundigen onderling. Psychiaters hebben vaak een beperkte aanstelling op een afdeling, zijn weinig aanwezig en maken hierdoor vaak geen onderdeel uit van het team. Hierdoor voelen ze zich ook minder verantwoordelijk voor de reductie van dwang op de afdeling. Verpleegkundige teams zijn vaak groot door het aantal verpleegkundigen dat in deeltijd werkt. Hierdoor is het moeilijk gezamenlijke doelen, visie en beleid te bepalen. Dat is essentieel voor het verhogen van wederzijds vertrouwen en het ervaren van gedeelde verantwoordelijkheden.

Bij een aantal instellingen waren de psychiaters tijdens de audits niet of nauwelijks aanwezig. Op afdelingen waar dit wel het geval was, werd een grote betrokkenheid waargenomen. Tevens heeft de psychiater op deze afdelingen vaak een coachende rol. Een psychiater gaf aan het als zijn taak te zien de verpleegkundigen te “empoweren”/ in hun kracht te zetten. Hierdoor ervaren verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid en vertrouwen. Dit draagt bij aan de reductie van dwang.

5.2 Leiderschap & aansturing

Over het algemeen zijn de projecten sterk ‘bottom up’ georganiseerd. Afdelingen hebben veel vrijheid met betrekking tot de te ontwikkelen of in te zetten interventies en er is binnen een aantal instellingen weinig aansturing vanuit het management. De verantwoordelijkheid voor de projecten ligt binnen deze instellingen bij de afdeling en de projectleider. Hierdoor zijn het project en de verandering kwetsbaar.

Tijdens de audits werden organisatie en leiderschap regelmatig als knelpunt genoemd. Net als bij het vorige knelpunt was bij de bezoeken een duidelijk onderscheid waar te nemen tussen instellingen waarbij vanuit management en Raad van Bestuur actief aan het project wordt bijgedragen, en instellingen waar dat minder of niet gebeurt.

Om dwang verder te reduceren en het project te borgen is meer centrale aansturing en leiderschap nodig waarin gezorgd wordt voor een geïntegreerde aanpak: zowel *topdown en planmatig* als *bottom up en participatief*. Dit vraagt om actieve betrokkenheid van verschillende partijen zoals de Raad van Bestuur, de projectleider, het management, leidinggevenden, psychiaters en verpleegkundigen. Deze mensen dienen allemaal uit te stralen dat dwang gereduceerd moet worden en op welke wijze dat moet gebeuren binnen de instelling. Het formuleren van heldere doelstellingen en dit structureel evalueren (in bijvoorbeeld jaargesprekken) is hierbij van groot belang.

5.3 Dwang en drang, de zorg van de kliniek?

In veel instellingen ligt de nadruk van het dwangreductie project op de kliniek. Dat is historisch begrijpelijk, want het oplossen van een ernstige crisis en het daarbij behorende risico op separatie is in de GGz traditioneel de verantwoordelijkheid van de kliniek. Door een focus op de kliniek zijn in veel projecten successen geboekt. Een bezwaar van deze aanpak is echter, dat het risico bestaat dat de veranderingen in werkwijzen, structuur en cultuur tot de kliniek beperkt blijven. Door betere samenwerking en afstemming tussen de ambulante zorg en de kliniek kunnen veel acute situaties en escalaties voorkomen worden, en kan over en weer deskundigheid worden ingezet, mochten dergelijke situaties zich toch voordoen. Dit gebeurt tot op heden binnen de meeste instellingen te weinig.

5.4 Meten is weten?

In veel instellingen worden knelpuntenesignaleerd rond het verzamelen en gebruiken van Argus gegevens. Verpleegkundigen zijn niet altijd voldoende getraind, en weten vaak niet waar het verzamelen van de gegevens toe dient. Dat doet afbreuk aan de validiteit van de gegevens. Op basis van de Argus dataset kunnen uitspraken worden gedaan over de mate waarin instellingen erin slagen de doelstellingen van GGz Nederland te halen (Noorthoorn e.a, 2011). De data kunnen ook gebruikt worden om de aanpak op afdelingsniveau te evalueren. Dat gebeurt binnen veel instellingen niet systematisch.

5.5 Bezuinigingen

Binnen veel instellingen zijn de gevolgen van bezuinigingen aan de orde geweest. Verschillende instellingen hebben aantoonbaar last van deze realiteit. Geen vervanging bij ziekteverzuim of geen vacaturestelling bij vertrek van verpleegkundigen zijn hier voorbeelden van. Ook de inzet van dagbesteding georganiseerd door activiteitenbegeleiders lijkt hieronder te lijden. Daarbij dient te worden aangetekend dat er grote verschillen bestaan tussen instellingen en afdelingen in het bereiken van de doelstellingen gericht op de reductie van dwang. Omdat de bezetting tijdens diensten minder uiteenloopt, zijn er afdelingen die met een relatief lage bezetting toch goede resultaten behalen in het verminderen van dwang. Het ‘te weinig personeel’ argument mag geen vrijbrief worden om een andere werkwijze gericht op het voorkomen van separeren niet aan te hoeven gaan.

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

“Laat duizend bloemen bloeien”, is een mooie karakterisering van de praktijk van reductie van dwang in de afgelopen jaren (Langelaan, 2009). Er is een grote verscheidenheid aan interventies en instrumenten ontwikkeld en ingezet om dwang te reduceren. Uit dit inventariserend onderzoek blijkt dat er veel best practices zijn ontwikkeld in de laatste jaren. Er zijn veel professionals die zich met hart en ziel inzetten om dwang in het algemeen, en separatie in het bijzonder, binnen hun instelling te reduceren. Deze professionals geven aan separatie niet langer te zien als goede zorg en zijn er van overtuigd dat het anders kan en moet.

Het aanbod aan nieuwe werkwijzen is overweldigend. In dit rapport hebben we een overzicht gegeven van de belangrijkste interventies. Deze worden over het algemeen in meerdere instellingen toegepast, en in veel instellingen wordt ook een mix van interventies benut. Instellingen nemen over wat elders goed werkt, en proberen veel nieuwe dingen uit. Dat getuigt van enthousiasme en inventiviteit. In dit rapport is een veertigtal interventies beschreven, geclusterd in twaalf thema's: bejegening, preventief werken, de-escalerend werken, evaluatie, reflectie, samenwerking, cliëntenparticipatie, participatie van naastbetrokkenen, registratie, intensive care, en samenwerking met de ambulante zorg.

Interventies zijn geen kunstjes die je even van elkaar leert. Ze vereisen een verandering in de organisatie van het werk en de houding van de medewerkers. Een verandering in werkwijzen is alleen effectief en duurzaam wanneer deze gepaard gaat met en ondersteund wordt door een verandering in structuur en cultuur. We hebben bij elk van de interventies aangegeven welke structurele voorwaarden erbij passen. Voorbeelden daarvan zijn veranderingen in de fysieke omgeving (inrichten van verpleegposten, comfortrooms, familiekamers, Intensive Care Units), aanpassing van werkplannen en werkbesprekingen (crisismonitor) en structurele ondersteunende activiteiten (evaluatie, terugkoppeling van gegevens, trainingen). Ook hebben we aangegeven welke cultuurveranderingen nodig zijn om interventies op een adequate manier toe te passen, bij voorbeeld: van beheersen naar contact, van reactief naar proactief, van controleren naar de-escaleren, van evalueren naar leren, van routine naar creativiteit, van informeren naar participeren, van individueel naar gezamenlijk. In het schema in 'bijlage A' staat een overzicht van de best practices, met een aanduiding van de werkwijze, de structuur en de cultuur.

Tijdens de audits hebben we ook knelpunten gesignaleerd in de projecten. Een eerste knelpunt is samenwerking. Vaak ontbreekt het binnen teams aan goede samenwerking tussen verpleegkundigen onderling en tussen verpleegkundigen en psychiaters. Ook samenwerking tussen verschillende teams is niet vanzelfsprekend. In dit verband is met name de samenwerking tussen ambulante en intramurale zorg een punt van aandacht.

Een belangrijke voorwaarde voor het succesvol reduceren van dwang is leiderschap. Dwangreductie is nog (te) vaak een verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Leidinggevend en psychiaters zijn minder betrokken, terwijl zij belangrijke cultuurdragers zijn op afdelingen en binnen een instelling. De verantwoordelijkheid voor de reductie van dwang stopt niet bij de leidinggevend. Betrokkenheid en aansturing van de Raad van Bestuur en het management (centrale aansturing) blijkt bij de succesvolle instellingen een belangrijke factor te zijn. Dit is niet alleen binnen de instellingen zo maar ook zorgverzekeraars en de politiek verbinden (nog) geen consequenties aan het veelvuldig of langdurig separeren. Dwangreductie is daarom in Nederland nog sterk afhankelijk van de intrinsieke motivatie van medewerkers.

Vaak worden interventies ingevoerd zonder dat een evaluatie wordt ingebouwd. Het is van belang om na te gaan welke interventies werken, en waarom (niet). Argusgegevens kunnen gebruikt worden om de effecten van interventies te beoordelen. Terugkoppeling van Argusgegevens naar betrokken afdelingen en bespreking daarvan met de medewerkers helpt niet alleen om beter te begrijpen waarom een interventie wel of niet effectief is, maar motiveert de medewerkers ook om de interventie te verbeteren en aan dwangreductie te blijven werken.

Een punt van aandacht is continuïteit. Vaak is het slagen van dwangreductie afhankelijk van een enthousiaste projectleider en enkele voortrekkers binnen het team. In het kader van (het afronden van) een opleiding wordt er vaak tijdelijk extra aandacht besteed aan de inzet en het effect van een interventie specifiek gericht op de reductie van dwang. Bij vertrek van deze medewerkers is de aandacht van het team voor een goede implementatie van de interventie in de praktijk snel verloren.

Reductie van dwang vereist verschillende (samenhangende) interventies en instrumenten. De bloemen hoeven niet van dezelfde soort zijn, maar er moet sprake zijn van een goed en evenwichtig samengesteld boeket. Om te kunnen bloeien is het boeket afhankelijk van de juiste vaas (structuur) en het juiste water met de goede voeding (cultuur), en moet het voldoende aandacht en verzorging krijgen (adequate bestuurlijke randvoorwaarden).

6.2 Aanbevelingen

De hierboven geformuleerde conclusies leiden tot de volgende aanbevelingen:

1. Dwangreductie wordt bevorderd door van een breed spectrum aan interventies. Zet in op meerdere, elkaar aanvullende methodieken.
2. Kijk wat bij andere instellingen werkt, en leer van elkaar.
3. Best practices zijn geen kunstjes. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg vereist een verandering in werkwijzen, structuur en cultuur. Besteed aandacht aan aanpassingen in structuur en veranderingen in cultuur.
4. Bevorder de samenwerking tussen psychiaters en verpleegkundigen.
5. Kijk over de grenzen van de kliniek heen; bevorder samenwerking met de ambulante zorg.
6. Zorg voor een geïntegreerde aanpak met een duidelijke sturing (top down). Laat tegelijkertijd ruimte voor creativiteit van de werkvloer (bottom up).
7. Evalueer interventies, zowel op effect (wordt dwang gereduceerd?) als op proces (wordt er gedaan wat beoogd was? Hoe ervaren betrokkenen het uitvoeren van de interventies?). Maak gebruik van structurele wijzen van dataverzameling (Argus, procesmonitoring).
8. Garandeer continuïteit; zorg dat het project breed gedragen is en niet afhankelijk van enkele enthousiaste medewerkers.

Literatuur

- Abma, T., Voskes, Y., Landeweert, E., Emmaneel, R., Scholten, M., Kuijpers, E., Richartz, B., Bijmens, L., Herrmann, G. en Widdershoven, G. (2009). Lerende netwerken. Uitdagingen en oplossingen voor dwangreductie in de praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv)*, 64 (6), 571-582.
- Bertrams, J. (1999). *De kennisdelende organisatie*. Schiedam: Scriptum.
- GGZ Nederland, Ministerie van VWS & IGZ (2011). *'Folder Argus' Uniforme registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de Geestelijke Gezondheidszorg*.
- Goddard, N., van Gink, K., van der Stegen, B., van Driel, J. & Cohen, A.P. (2009). 'Smeed het ijzer als het koud is' Non-Violent Resistance op een acuut psychiatrische afdeling voor adolescenten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 531-539.
- Ham, van der, L., Voskes, Y., van Kempen, N. & Widdershoven, G. (2011). Effecten van de crisiskaart. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 66 (12), 916-928.
- IGZ (2008). Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Kappen, M. & Kuijpers, E. (2010). *Visiedocument 'het roer om': de ontwikkeling naar High Care*. Eindhoven: Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven
- Kleine Schaars, W. (2009). *Gewoon een kwestie van respect. Ondersteuning in zorg onderwijs en opvoeding*. Zutphen: AKS trainingen.
- Kuijpers, E. (2005). Signaleringsplannen ter voorkoming van agressie. *Psychopraxis*, 4, 131-136.
- Kuipers, T. (2003). Laat zien waar je staat, training van interactievaardigheden voor de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, p. 1137-1148

- Landeweer, E., Abma, T. & Widdershoven, G. (2011). Moral margins within a mental health institution. A case study of moral development concerning the use of coercion. *Nursing Ethics*, 18, 304-316.
- Landeweer, E., Welleman, R. & Widdershoven, G. (2011). *Uitwisseling verpleegkundigen tussen drie gesloten opnameafdelingen van GGz inGeest*. Amsterdam: VUmc/ GGz inGeest.
- Langelaan, M. (2009). Separeren is armoedebod. *Psy*, 1, 28-29.
- Loorbach, D. (2007). *Transition Management: new mode of governance for sustainable development*. Doctoral thesis Erasmus University Rotterdam.
- Molewijk, B. (2010). Op goede manier aan ethiek doen. Van waaruit, waarom en waartoe Moreel Beraad? (pp. 35-48). In: Abma, T., Visse, M., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (Eds.) *Reflectie en participatie in zorg*. Utrecht: Boom Lemma
- Molleman, E. (2001). *Samenwerken: tussen afhankelijkheid en autonomie. Over de kenmerken van teamwerk*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Noorthoorn, E., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Bousardt, A., Voskes, Y., Smit, A., Nijman, H., Mulder, N. & Widdershoven, G. (2011). Vier jaar Argus, rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010.
- Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A., van Rooijen, S. (2011). *Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ*. Vilans
- Peters, M. T., & Heron, T. E. (1993). When the best is not good enough: An examination of best practice. *Journal of Special Education*, 26, 371–385.
- Plas, van der, A, van Hemert AM, Valencia E, Beune E, Hoek HW. (2008). Continuïteit van zorg in de OGGZ met Critical Time Intervention. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 414-424.

- Raak, R. van (2010). *The transition (management) perspective on long- term change in health care.* (pp. 49-84). In: Broerse, J.E.W. & Bunders, J.F.G. (Eds.) *Transitions in Health Systems: Dealing with Persistent Problems.* Amsterdam: VU University Press
- Sande, R. van de (2009). 'De CrisisMonitor' het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 540-550.
- Welleman, R., Stringer, B., Landeweer, E. & Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2011). *De eerste vijf minuten in de verlenging. Implementatie en borging van best practices dwangreductie (2008-2011).* Amsterdam: GGz inGeest.
- Theunissen, J. & Hesta, H. (2009). Op weg naar intensieve psychiatrische zorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 561- 570.
- Veen, R.C.A. de, Vruwink, F.J., Voskes, Y., Mulder, C.L. & Noorthoorn, E.O. (2009). Het comfortroom-project Mediant, ervaringen en uitkomsten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 551-560.
- Veldhuizen, J.R., Bähler, M. & Teer, W. (2006). Fact: de 'Functie act'. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 525-534.
- Voskes, Y. (2010). *Ervaringsdeskundige in de geestelijke gezondheidszorg: bondgenoot of bruggebouwer?* (pp. 171 -189). In: Abma, T., Visse, M., Molewijk, B. & Widdershoven. G. (Eds.) *Reflectie en participatie in zorg.* Utrecht: Boom Lemma
- Voskes, Y. & Abma, T.A. (2010). Intensive Care in de psychiatrie. *Deviant*, 64, 24.
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W.M. (2002). *Cultivating Communities of Practice.* Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Windcaller, A. (2002). *Leading Chaos: An Essential Guide to Conflict Management.* Haley's

Internetbronnen

www.cce.nl

www.familiealsbondgenoot.nl

www.ggz-nhn.nl

www.ihtnu.nl

<http://www.ypsilon.org/triadekaart>

Bijlage A Overzicht best practices

Thema	Werkwijzen	Structuur	Cultuur
Bejegening	• De eerste vijf minuten bij opname • Behoud van contact • Eerste vijf minuten bij de start van de dienst • Afschaffen van afdelingsregels • WKS model	• Comfortroom • Open balie • Laptops in de huiskamer	'Van beheersen naar contact'
preventief werken,	• Signaleringsplan voor de cliënt • Iris Code • Groepssignalering • Signaleringsplan voor het team • Crisiskaart • BVC • Crisismonitor	• De crisismonitor in verpleeg- en behandelplannen • De 'BVC piramide' op kantoor	'Van reactief naar proactief'
de-escalerend werken,	• Crisisontwikkelingsmodel • Trifier methodiek • Response methodiek • Non-Violent Resistance • De Mat	• Trainingen	'Van controleren naar de-escaleren'
Evaluatie	• Schriftelijke evaluatie • Spiegelgesprekken • Crisisbespreking	• Terugkoppeling van evaluaties	'Van evalueren naar leren'
Reflectie	• Intervisie: de incidentmethode • Moreel Beraad	• Facilitatie door het management	'Van routine naar creativiteit'

Thema	Werkwijzen	Structuur	Cultuur
samenwerking	• Interne consultatie • Uitwisselen van verpleegkundigen • Lerende Netwerken • Externe consultatie (CCE) • Samenwerking met de politie	• Openheid en transparantie	'Van gesloten naar open'
Cliëntenparticipatie	• Ervaringsdeskundigen op de afdeling • Ervaringsdeskundigen bij het opstellen of uitvoeren van Best Practices	• Randvoorwaarden (bijvoorbeeld functieomschrijving)	'Van Last naar leren'
Participatie van naastbetrokkenen	• De triadekaart • De familie als bondgenoot	• Rooming in • Familiekamer	'Van informeren naar participeren'
Registratie	• Argus	• Terugkoppelen van gegevens • Kwalitatieve duiding	'Van tellen naar vertellen'
Intensive Care	• Intensive Care/ intensieve zorg • Zeer Intensieve Behandeling	• Intensive Care unit • Stepped Care	'Van individueel naar gezamenlijk'
Samenwerking met de ambulante zorg	• Functie Assertive Community Treatment (FACT) • Intensive Home Treatment (IHT) • Critical Time Intervention (CTI) • Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)		'Van individueel naar gedeeld'

Bijlage B Geauditeerde instellingen

1. Acarre (kinder- en jeugdpsychiatrie)
2. Altrecht
3. Arkin
4. De Bascule (kinder- en jeugdpsychiatrie)
5. GGz Breburg
6. GGz Centraal (Voorheen Symfora)
7. GGz Delfland
8. Delta psychiatrisch centrum
9. Dimence
10. GGz Drenthe
11. GGz Eindhoven
12. Emergis
13. GGz Friesland
14. Pro Persona (voorheen Gelderse Roos)
15. GGNet
16. GGz InGeest
17. Lentis
18. Mediant
19. Mondriaan zorggroep
20. GGz Noord Holland Noord
21. GGz Oost Brabant
22. Parnassia Bavogroep
23. Rivierduinen
24. Vincent van Gogh (voorheen GGz Noord- en Midden Limburg)
25. GGz Westelijk Noord Brabant
26. Yulius (kinder- en jeugdpsychiatrie)

Bijlage C Vragen audit

1. Op welke wijze is het project georganiseerd?
2. Wat is volgens jullie de belangrijkste factor die heeft bijgedragen aan de reductie van dwang?
3. Waar zijn jullie het meeste trots op?
4. Wat zijn de belangrijkste interventies?
 - o Hoe wordt de interventie vormgegeven?
 - o Hoe lang loopt de interventie?
 - o Is de interventie geëxpliciteerd?
 - o Is de interventie overdraagbaar?
 - o Is er onderzoek verricht naar de interventie?
 - o Draagt de interventie succesvol bij aan de reductie van dwang (onderzoek en ervaring)?
 - o Is de interventie breed geïmplementeerd?
5. Welke knelpunten worden er gesignaleerd?

