

De eerste vijf minuten: het halve werk

Eindverslag project 'Vermindering dwangtoepassingen'. Het voorkomen en bekorten van separaties begint bij elke eerste vijf minuten van een nieuw contact.

Auteurs:

B. Stringer, R. Welleman, E. Berkheij, P. Keppel, J. Kleve

Dit is een uitgave in de onderzoeksreeks van GGZ inGeest

www.ggzingeest.nl

Colofon

© **GGZ inGeest, 2009**

Omslagontwerp: Bladen&Co, Utrecht
Fotografie omslag: DigiDaan
Binnenwerk: Qwerty realisatie, Zoetermeer
Beeld omslag: Elja, medewerkster bij GGZ inGeest, in de comfortroom van
Zuiderpoort.
Druk: Van Deventer

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Introductie	7
Best Practice Eerste vijf minuten bij opname	10
Best practice Eerste vijf minuten bij binnenkomst van je dienst	16
De eerste vijf minuten beginnend bij de crisisdiensten (en GCBK);	20
Best practice Medicatie in crisis	27
Best Practice Persoonlijk begeleiderschap	36
Best Practice Familie	40
De comfortroom	44
Verpleegkundigen zijn meer op de groep, minder in het verpleegkantoor	48
Resultaten	52
Dankwoord	57
Referenties	58



Voorwoord

'De isolatiecel is in veel inrichtingen dagelijkse praktijk. Talloze cliënten hebben ermee kennis gemaakt. Werden ze er beter, rustiger van? Zelden of nooit. Geen mens zal durven beweren dat een verblijf van wat langere tijd in de isoleer goed is voor de cliënt.' (Gekkenkrant, 1974).

Bovenstaand citaat stamt uit de zeventiger er jaren, een periode van hevig verzet tegen de praktijk van het isoleren. Psychiater Van Ree onderwierp zichzelf destijds gedurende vijftig uur aan eenzame opsluiting en liet daar radio-opnamen van maken (Veldhoen & Van Ree, 1980).

Het heeft vervolgens tot de 21e eeuw geduurd voor de praktijk van het separeren binnen de psychiatrie weer op de agenda kwam. In het visiedocument van GGZ Nederland uit 2004 werd gesteld dat 'het aantal separaties regionaal teruggedrongen moet worden met gemiddeld 10% per jaar' (GGZ Nederland, 2004). Vanaf 2006 is onder auspiciën van GGZ Nederland € 15 miljoen van het Ministerie van VWS verdeeld over dwang- en drangprojecten van inmiddels 42 GGZ instellingen, die zich op velerlei uiteenlopende manieren inspanssen om de frequentie en duur van separaties terug te dringen.

GGZ inGeest (ontstaan uit een fusie tussen De Geestgronden en GGZ Buitenzamenstel) was één van de instellingen die, in de tweede subsidieronde, aan de slag konden met hun project. Dat van GGZ inGeest was getiteld *'De eerste vijf minuten zijn het halve werk'*. Het eindrapport van dit succesvolle project ligt voor u. Het aangrijpingspunt dat GGZ inGeest koos voor haar interventies, de eerste interacties tussen GGZ-medewerkers en de cliënt in elke nieuwe situatie, is een schot in de roos gebleken. Uit onderzoek op de gesloten afdelingen van GGZ-instellingen in Amsterdam en omstreken (IC-onderzoek, 2003) is gebleken dat 35% van de cliënten tijdens hun opname op een psychiatrische IC gesepareerd wordt. Een kwart van de cliënten wordt *direct bij opname* in de separeer ingesloten. Hier valt dus winst te behalen.

Ook bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het besef doorgedrongen dat insluiting van cliënten in een separeerruimte direct bij opname een gangbare praktijk is. Haar thematisch toezichtbezoek in 2008 had als focus 'Separeren op de eerste dag van opname'. In het IGZ-rapport van 2008 wordt de opnameafdeling van de locatie Spaarnepoort te Hoofddorp als één van de twee landelijke voorbeeldafdelingen genoemd. Een resultaat om gepast trots op te zijn!

Wat niet betekent dat wij nu op onze lauweren kunnen gaan rusten. Projecten als deze kunnen een impuls geven aan het veranderen van gangbare praktijken, maar uiteindelijk dienen de resultaten geborgd te worden in de reguliere zorg om een blijvend effect te hebben. De raad van bestuur heeft dit ingezien en in tijden van financiële krapte in 2009 toch ruimte gegeven aan de doorstart van de dwang- en drangprojecten van GGZ inGeest. Een instellingsbrede visie op het terugdringen van separeren is in ontwikkeling. Centraal daarin staat dat GGZ inGeest separeren beschouwt als een allerlaatste alternatief (ultimum remedium) dat pas ingezet wordt nadat andere minder ingrijpende alternatieven aantoonbaar geprobeerd of overwogen zijn. Tegelijkertijd zijn we realistisch genoeg om te beseffen dat het op korte termijn volledig uitbannen van het gebruik van de separeer, bij een steeds zwaardere en complexere populatie psychiatrische patiënten en steeds beperktere middelen, een loze belofte is.

GGZ inGeest heeft vertrouwen in een toekomst met minder dwang en drang, en gaat gestaag door op het pad om instellingsbreed het separeren terug te dringen. Het voor u liggende rapport van de pioniers van het eerste uur en de resultaten die zij hebben behaald vormen daarvoor een uitstekende basis.

Mevrouw C. Gijsbers-van Wijk, geneesheer-directeur GGZ inGeest

Introductie

In de huidige GGZ-wereld staan de ontwikkelingen nooit stil en zijn fusies aan de orde van de dag. Ten tijde van de start van het project '*Vermindering dwangtoepassingen*' heeft GGZ inGeest een subsidie aangevraagd bij GGZ Nederland om een project te kunnen starten bij de opnameklinieken van Spaarnepoort in Hoofddorp, Zuiderpoort in Haarlem en Westerbos in Bennebroek.

Nu is de looptijd van het project afgelopen en is er veel ten goede veranderd. De titel van ons project heet '*De eerste vijf minuten zijn het halve werk: het voorkomen en bekorten van separaties begint bij elke eerste vijf minuten van een nieuw contact*'. Het voor u liggende boekwerk geeft een beeld van wat wij tijdens het project ontwikkeld en bereikt hebben.

In deze introductie zal kort een beeld geschetst worden van de opzet van het project, vervolgens zijn de ontwikkelde best practices integraal opgenomen en als laatste volgt een overzicht van de behaalde resultaten, onderbouwd met gegevens uit de ARGUS-dataset. We hopen dat u het met interesse zult lezen en dat het u eventueel inspiratie aan de hand doet om agressie-incidenten en dwangtoepassingen verder te verminderen.

Uitgangspunten

Een eerste uitgangspunt dat gehanteerd is binnen het project is de interactie tussen cliënt en hulpverlener. Hoe onzorgvuldiger de interactie, hoe onzekerder en instabieler en dus onvoorspelbaarder de reactie van de cliënt. De aanname is dat in elke eerste vijf minuten van een nieuw contact tussen hulpverlener en cliënt veel gedefinieerd wordt in handelingen en non-verbaal gedrag, wat voor de kwaliteit van het verdere contact bepalend is. Tijdens deze eerste interactiemomenten worden belangrijke intenties overgebracht, zoals veiligheid voor alle partijen, wederzijds respect en informatieoverdracht (Van der Werf, 2002; McAllister e.a., 2004). De interactie start bij elke eerste vijf minuten in een nieuw contact en volgt daarmee de keten van zorg die onze cliënten doorlopen. Voorbeelden daarvan zijn: bij iemand thuis, in de ambulance, bij de politie, bij binnenkomst op een afdeling, het begin van iedere dienst. Als iedere keer bij deze gelegenheden proactief wordt aangesloten op de beleving van cliënt en familie kunnen veel spanning, misverstanden en escalatie worden voorkomen.

Een tweede uitgangspunt is de aanname dat vooral die interventies effectief zullen zijn waarvan medewerkers de haalbaarheid hoog inschatten (Colton, 2004). Daarbij is er, ondanks de toegenomen aandacht, nog maar zeer beperkt bewijs voor effectief gebleken interventies om dwangtoepassingen te verminderen (Gaskin e.a., 2007). Om deze redenen zijn er in de projectopzet vooraf geen nauw omschreven interventies vastgelegd, maar is met de betrokken partijen op

zoek gegaan naar best passende werkwijzen voor essentiële 'eerste vijf minuten'-situaties.

Ontwikkeling van best practices

Bij de start van het project is tijdens een werkconferentie met de betrokken teams, het hoger management, ervaringsdeskundigen en de cliëntenraden geïnventariseerd welke 'eerste vijf minuten'-situaties uitgewerkt zouden moeten worden. Aan deze inventarisaties zijn vervolgens binnen de teams prioriteiten verbonden, waaruit per team een top-vijf is voortgekomen. Om het leerproces van het ontwikkelen van best practices te bespoedigen is gestart met twee gezamenlijke onderwerpen die voor alle drie de teams toepasbaar zijn. Om de verschillen binnen de teams en de cliëntenpopulatie recht te doen, is de keus voor de overige thema's vrijgelaten.

De projectmedewerkers hebben ideeën over best passende werkwijzen in relatie tot het thema verzameld en deze getoetst aan bestaande theorieën of literatuur, voor zover deze voorhanden was. De best practices zijn aangevuld met een checklist waarin de concrete werkafspraken staan vermeld. Deze checklists worden gebruikt als ondersteuning om de veranderende werkwijzen in te slijpen en komen tijdens intervisies terug om binnen de teams de voorgestelde werkwijzen aan te scherpen en eventueel bij te stellen.

Hierbij moet worden aangetekend dat het idee van de 'eerste vijf minuten' niet altijd even letterlijk genomen moet worden. In de loop van het project zijn ook zaken ontwikkeld die zijdelings raken aan deze visie.

Deskundigheidsbevordering

Om de teams beter toe te rusten op veranderende eisen aan communicatie en te trainen in vroegsignalering van oplopende spanningen bij cliënten, heeft een extern bureau (Trifier, www.trifier.nl) scholing gegeven in de-escalerende vaardigheden. Hierin is de teamleden geleerd te werken volgens een crisisonwikkelingsmodel. Centraal in deze training staat het maken van contact en het leren opvangen van vroegtijdige signalen van spanning/onrust/onvrede die cliënten verbaal en non-verbaal afgeven, om daar vervolgens adequaat op te reageren.

Doelstellingen

Binnen het project waren de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. Het aantal en de duur van separaties terugdringen met 25% zonder dat deze maatregel door andere, even schadelijke interventies wordt vervangen.
2. Als separatie in voorkomende gevallen toch onvermijdelijk is, de kans op iatrogene schade aan de cliënt structureel tot een minimum beperken en waar mogelijk herstellen.

3. Het maken van heldere werk- en gedragsafspraken met ketenpartijen zoals ambulancepersoneel, politie en hulpverleners van de verschillende poli's/intensieve thuiszorg, vastgelegd in een convenant, om schade te voorkomen.

Missie

Er is ten tijde van het project gewerkt vanuit de volgende missie, die bij elke best practice als centraal uitgangspunt is genomen:

We streven naar zowel tevreden cliënten als tevreden familie en tevreden hulpverleners (Meerjarenplan Geestgronden, 2004). Bij het eerste contact van cliënten met de hulpverlening is dit streven van expliciet belang. In dit eerste contact worden immers belangrijke intenties overgebracht, zoals veiligheid voor alle partijen, wederzijds respect en informatieoverdracht. Wij streven ernaar het aantal dwangtoepassingen tot een minimum te beperken. Wij zullen hiertoe alle mogelijkheden aangrijpen om samen met de cliënt separatie te voorkomen. Hierdoor worden traumatische ervaringen tijdens opname zoveel mogelijk voorkomen. Elk mogelijk besluit tot dwang wordt vooraf afgewogen aan de hand van de volgende drie universele toetsingscriteria:

1. Proportionaliteit: staat het ingrijpende van de dwangmaatregel in verhouding tot de ernst van het gevaar?
2. Doelmatigheid: is het gekozen middel doelmatig om het gevaar af te wenden?
3. Subsidiariteit: is er geen minder ingrijpend alternatief mogelijk?

Daarbij proberen wij altijd de belangen van de cliënt en diens naasten mee te nemen in onze afweging. Wij zorgen ervoor dat de cliënt zich gehoord en gekend voelt, ondanks zijn kwetsbare en (vaak) gedwongen positie. Wij laten dit zien door een gastvrije en respectvolle, betrokken bejegening, zijn flexibel en creatief, denken buiten de bestaande kaders. We zullen spanningsopbouw vroegtijdig signaleren aan de hand van het crisisontwikkelingsmodel en houden hierbij de veiligheid van alle partijen in het oog. We zijn kritisch naar ons eigen handelen en naar dat van onze collega's.

Best Practice Eerste vijf minuten bij opname

Inleiding

Deze best practice is geschreven voor alle betrokken hulpverleners van de opnameklinieken Zuiderpoort en Spaarnepoort van GGZ inGeest. Vanuit het project 'Dwang en drang' willen we hiermee een kader neerzetten waarin beschreven staat hoe mogelijkwerwijs separaties voorkomen of beperkt kunnen worden, met name tijdens de eerste vijf minuten van opname. Deze best practice beschrijft het handelen van verpleegkundigen in die eerste vijf minuten bij een nieuwe opname.

Deze best practice bestaat uit een onderbouwing van dit handelen en een bijbehorende checklist waarin de concrete werkafspraken staan beschreven.

De eerste vijf minuten zijn het halve werk

Met name in het eerste contact wordt in non-verbaal gedrag en handelingen veel gedefinieerd ten aanzien van de kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop hulpverleners contact maken met de cliënt wordt vaak als maatgevend ervaren voor de rest van het contact. Kijkt iemand me aan, blijkt uit zijn houding dat hij geïnteresseerd in mij is. Voor cliënten is het van belang om in deze fase zicht te krijgen op persoonlijke eigenschappen als betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en een respectvolle benadering. 'It takes two to tango' - als dat waar is, is het aan de verpleegkundige en de arts tijdens de eerste vijf minuten om de dans in te zetten, en te leiden. Hierin kunnen we verschillende acties onderscheiden:

1. Voorbereiding voor opname: zorg ervoor dat een cliënt zich straks welkom voelt op de afdeling. Denk aan een opgemaakt bed, een schone omgeving, goede voorzieningen (prullenbak, gordijnen zonder brandgaten, schone handdoeken, kamersleutel enzovoorts). Bedenk verder dat één van de belangrijkste voorspellers van agressief gedrag een voorgeschiedenis met agressief gedrag is. Informeer je met die reden over de achtergrond van de cliënt, maar laat de binnenkomst op de afdeling ook een 'nieuwe' start zijn. Bedenk dat de climax van onrust en agressie vaak al geweest is, informatie over eventuele agressie voor opname sluit hierdoor meestal niet aan bij het beeld dat cliënt geeft wanneer hij binnenkomt. Maak dus na binnenkomst een nieuwe inschatting van eventuele risico's op agressie.
2. Ontvangst van de cliënt: stel jezelf voor, vraag hoe het voor de cliënt is om hier te zijn. Zorg dat je op de hoogte bent van de reden waarom cliënt opge-

nomen wordt en vraag bij cliënt na wat de reden voor hem of haar is om hier op de afdeling te zijn.

Erken zijn gevoelens van boosheid/angst bij een gedwongen opname, maar geef de cliënt aan dat het team er alles aan zal proberen te doen om de opname zo makkelijk, kort en acceptabel mogelijk te laten zijn. Gebruik zinnen als: 'Ondanks dat u hier gedwongen bent opgenomen, wat betekent dat u hier niet wilt zijn, willen wij graag met u kijken hoe wij uw verblijf hier zo min mogelijk onaangenaam kunnen maken.'

Let op je houding, in het algemeen is iemand die opgenomen is gespannen, jij moet rust en veiligheid bieden, straal dit uit. Zorg dat je met niet meer dan twee verpleegkundigen de cliënt ontvangt, meer kan angst en onrust bij de cliënt veroorzaken. Let op een rustige en ordentelijke ontvangstruimte.

3. Introductie van de cliënt: bied cliënt aan te helpen bij het uitpakken van kleding/spullen, controleer op contrabande en leg ook uit waarom dit nodig is (veiligheid bieden voor alle partijen). Bied cliënt eten, drinken en eventueel rookwaar aan, 's avonds en 's nachts liever geen koffie, wel een warme maaltijd wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft. Bedenk dat de cliënt vaak al een lange reis achter de rug heeft met veel indrukken, of lang heeft vastgezet op het politiebureau. Het is daarom aannemelijk dat velen daardoor een laag bloedsuikergehalte hebben, wat prikkelbaarheid en concentratieverlies kan opleveren.

Geef de cliënt zo mogelijk en desgewenst de gelegenheid tot douchen. Vraag na of de cliënt schone kleding nodig heeft en spullen voor ADL, verstrek dit zo nodig. Geef de cliënt de gelegenheid tot bellen.

4. Introductie van de cliënt op de afdeling: laat de cliënt de afdeling zien. Informeer de cliënt over geldende rookafspraken. Houd er rekening mee dat de cliënt moe kan zijn en dat de informatie teveel kan zijn. Wanneer de cliënt rondgeleid wil worden en er zijn andere cliënten op de afdeling, stel de cliënt dan voor. Geef cliënt de afdelingsmap en geef aan dat er op een later moment teruggekomen kan worden op de inhoud daarvan.
5. Regelzaken: vraag aan de cliënt of hij wil dat zijn familie (wanneer die niet aanwezig is) ingelicht wordt. Vraag ook aan de cliënt of er zaken zijn in de thuissituatie waar hij zich zorgen over maakt (bijvoorbeeld huisdieren, etenswaren in koelkasten, post). Zorg zo snel mogelijk voor persoonlijke spullen, eventuele rookwaar en kleding. Begeleid cliënt met het regelen van deze zaken, doe het samen en neem zo weinig mogelijk over. Laat cliënt zelf zo veel mogelijk de regie houden.

Wanneer familie ingeschakeld kan worden om cliënt te begeleiden naar de afdeling moet dit altijd gebeuren. Het is de taak van de crisisdienst-/GCBK-medewerker om dit te regelen. Het is onze taak om de crisisdienst hieraan te helpen herinneren.

Wanneer een opname valt tijdens de overdracht naar een nieuwe dienst, zorgt de verpleegkundige die de cliënt heeft ontvangen ervoor dat hij of zij de cliënt introduceert bij de verpleegkundige van de volgende dienst die de zorg van hem of haar overneemt.

Bij opname in de separeer

Voor een cliënt die in de separeer wordt opgenomen hebben we ook een richtlijn gemaakt, die gebruikmaakt van verpleegkundige discipline om iemand gerust te stellen.

1. Voorbereiding: zie boven.
2. Ontvangst van de cliënt: stel jezelf voor, vraag hoe het voor cliënt is om hier te zijn. Zorg dat je op de hoogte bent van de reden waarom cliënt opgenomen wordt en vraag bij cliënt na wat de reden voor hem of haar is om hier op de afdeling te zijn.
Beoordeel de cliënt (eventueel samen met GCBK-medewerker) op de aanwezigheid van acuut gevaar en vraag aan de cliënt of hij andere mogelijkheden ziet die voor alle partijen even veilig zijn. Benadruk dat geprobeerd zal worden de separatie zo kort mogelijk te houden. Gebruik zinnen als: 'Ons streven is de separatie zo kort mogelijk te houden, het is puur een tijdelijk iets'.
Let op je houding, over het algemeen is iemand die opgenomen wordt gespannen, jij moet rust en veiligheid bieden, straal dit uit. Het is belangrijk dat de ruimte waarin cliënt wordt ontvangen rust en orde uitstraalt.
Zorg dat je de cliënt met niet meer dan twee verpleegkundigen, dit kan angst en onrust bij hem of haar veroorzaken. Wanneer je niet zeker bent van je eigen veiligheid, zorg je dat er meer verpleegkundigen op gehoorafstand zijn. Zij kunnen ingrijpen zodra het nodig is. Zorg dat niet iedereen in het zicht staat, een grote groep mensen roept gevoelens van bedreiging op, de cliënt zal zich juist extra oppompen.
3. Introductie van de cliënt: laat cliënt de separeer zien. Zorg voor een schoon matras, schone lakens/dekens, een schone omgeving, vers water, voldoende po's en wc-papier, een schone bord om op te schrijven. Wanneer iemand verward is: schrijf op het bord waar iemand is, welke dag/datum het is, wie er werken en hoe laat het volgende bezoekmoment is. Kom afspraken na!

Geeft uitleg over de bel en wijs de klok aan. Spreek af dat wanneer cliënt naar het toilet wil, cliënt kan bellen en op een gewoon toilet zijn behoefte kan doen.

Bied cliënt eten, drinken en eventueel rookwaar aan, 's avonds en 's nachts liever geen koffie, wel een warme maaltijd wanneer cliënt daar behoefte aan heeft.

4. Informeer de cliënt; leg de cliënt uit waarom hij in de separeer verblijft en wanneer hij bezocht wordt, herhaal deze informatie bij ieder bezoek. Maak bij elk bezoek een nieuwe veiligheidsinschatting en vraag bij de cliënt na hoe de veiligheid voor alle partijen gegarandeerd kan worden, zodat de separatie opgeheven kan worden. Informeer over de geldende rookafspraken, waar wel en waar niet. Houd er rekening mee dat cliënt moe kan zijn en dat een beetje informatie al teveel kan zijn. Geef cliënt de afdelingsmap met informatie, leg eventueel dingen uit. Benadruk in ieder geval de aanwezigheid van de cliëntvertrouwenspersoon, de klachtencommissie en geef aan dat de cliënt zijn advocaat kan bellen. Wanneer iemand klassiek gesepareerd is haal je de nietjes uit de map. Wanneer men ervoor kiest de informatiemap niet te verstrekken dient dit met de reden in IRIS (elektronisch cliëntendossier) genoteerd te worden.

Het is vanuit de separeer moeilijker om een vertrouwensband op te bouwen omdat een separeer vaak traumatische ervaringen oplevert en omdat daar het machtsverschil tussen cliënt en behandelaar vele malen groter is (Cliëntenorganisatie GgZ, 2007, Stolker e.a., 2004). Daarom is een opname in de separeer zeer onwenselijk en moet alles op alles gezet worden om dit te voorkomen.

Best Practice Eerste vijf minuten bij opname
Checklist

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt:

Naam verpleegkundige/begeleider:

Vorbereiding voor opname:	Ja	Nee
Kon je je inlezen in IRIS-dossier/info opvragen bij verwijzer (GCBK)?		
Is de cliënt begeleid door familie/naasten naar de afdeling?		
Is de kamer schoon?		
Is het bed opgemaakt?		
Is er een prullenbak?		
Zijn er gordijnen zonder brandgaten?		
Is er een douchegordijn?		
Is er een kamersleutel?		
Ligt er een informatiemap op de tafel?		
Liggen er schone handdoeken op tafel?		

Bij ontvangst:	Ja	Nee
Heb je de cliënt in een gespreksruimte kunnen ontvangen?		
Was de ruimte waarin jullie elkaar ontmoetten rustig en opgeruimd?		
Was je houding gericht op het uitstralen van rust, empathie en veiligheid?		
Heb je jezelf voorgesteld (functie genoemd)?		
Heb je gevraagd hoe het voor cliënt was om hier te zijn (rapporteer in IRIS, opnameverslag)?		
Wist je de reden van opname?		
Heb je cliënt welkom geheten? Ondanks eventueel gedwongen opname?		
Heb je gevraagd of je direct iets voor de cliënt kon betekenen? Heb je dit kunnen realiseren?		
Heb je een inschatting van agressie gemaakt?		
Heb je cliënt gevraagd naar signalen van oplopende spanning?		
Kon je afspraken maken met cliënt over oplopende spanning?		
Heb je het belang benadrukt van de wederzijdse verantwoordelijkheid voor de veiligheid op de afdeling?		

Introductie van cliënt:	Ja	Nee
Heb je cliënt aangeboden samen uit te pakken?		
Heb je daarbij gelet op contrabande? Heb je dit ook uitgelegd?		
Heb je eten/drinken/rookwaar aangeboden ('s nachts geen koffie)?		
Heeft cliënt de mogelijkheid gehad tot douchen?		
Heeft cliënt gelegenheid gehad tot bellen?		

Introductie van cliënt op de afdeling:	Ja	Nee
Heeft cliënt een rondleiding over de afdeling gehad?		
Heeft cliënt de geldende rookregels begrepen?		
Heeft de cliënt een sleutel van zijn kamer ontvangen?		
Heb je de cliënt informatie verstrekt over de afdeling?		
Heb je aangeboden op de informatie terug te komen bij vragen hierover?		
Heb je cliënt voorgesteld aan andere cliënten?		

Regelzaken:	Ja	Nee
Wil cliënt dat familie ingelicht wordt?		
Heeft cliënt zaken in thuissituatie om zich zorgen over te maken (huisdieren, eten in koelkast, post)?		
Hebben jullie afgesproken hoe de benodigde spullen van cliënt op de afdeling komen?		
Heb je een eventueel dieet/allergieën uitgevraagd?		
Heb je de cliënt na afloop van je dienst geïntroduceerd bij zijn 'nieuwe' begeleider?		
Heeft de cliënt binnen een dagdeel een behandelaar gesproken?		

Best practice Eerste vijf minuten bij binnenkomst van je dienst

Inleiding

In deze best practice zal beschreven worden hoe wij, elke keer dat wij in dienst komen, deze dienst opstarten met als doel het voorkomen van escalaties en het verminderen van dwangtoepassingen.

Het eerste deel beschrijft het stappenplan met de bijbehorende onderbouwing, de concrete werkafspraken zijn vastgelegd in een checklist.

De eerste vijf minuten zijn het halve werk

Met name in het eerste contact wordt in non-verbaal gedrag en handelingen veel gedefinieerd ten aanzien van de kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop hulpverleners contact maken met de cliënt wordt vaak als maatgevend ervaren voor de rest van het contact. Zoekt iemand me actief op, kijkt iemand me aan, blijkt uit zijn houding dat hij geïnteresseerd in mij is. Voor cliënten is het van belang om zicht te krijgen op persoonlijke eigenschappen als betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en een respectvolle benadering. 'It takes two to tango' - als dat waar is, is het aan de verpleegkundige om ook bij aanvang van elke nieuwe dienst deze dans in te zetten, en te leiden. Hierin kunnen we verschillende acties onderscheiden:

1. *Overdracht*: bij voorkeur voordat je de afdeling opkomt om je dienst te beginnen, informeer je je over alle relevante informatie die je nodig hebt om de dienst te kunnen beginnen. Dit kan aan de hand van een samenvatting van alle overdrachtsrapportages in IRIS, met eventueel een (korte) mondelinge toelichting van één van de aanwezige dienstdoende medewerkers. Dit vraagt goede werkafspraken over het gebruik van IRIS! Zo kunnen de 'bekende' overdrachtmomenten fors worden ingekort. Hoe er precies wordt omgegaan met de overdrachten, is deels per afdeling bepaald. Belangrijk is in ieder geval dat er tijdens de overdrachtmomenten altijd iemand van de begeleiding beschikbaar is voor de cliënten. Uit cliënttevredenheidsonderzoeken blijkt dat met name de overdrachtmomenten als zeer storend worden ervaren: veel verpleegkundigen zijn zichtbaar in beeld maar vaak langdurig 'onbereikbaar'. Dit levert veel irritaties op, wat de nodige spanningen voor het verloop van de dienst tot gevolg kan hebben.
2. *Therapeutisch klimaat*: bij binnenkomst op een afdeling geven veel verpleegkundigen aan dat ze vaak de sfeer al kunnen 'proeven'. Het lijkt van belang om sensitiviteit te ontwikkelen om deze sfeer in te kunnen schatten en die

vervolgens in positieve zin te kunnen beïnvloeden. Wat doe je met de signalen die je opvangt bij binnenkomst? Met wie en op welke manier benoem/bespreek je die? Welke acties zet je in om een eventuele negatieve sfeer om te buigen? Denk aan je aanwezigheid in de huiskamer, het opruimen van die huiskamer, het zetten van thee/koffie voor de groep, het aanbieden van een wandeling voor mensen die genoeg hebben van het binnen zitten.

3. *Werkverdeling en cliënttoewijzing*: onderling stem je met de dienstdoende verpleegkundigen de werkverdeling af. Iedere verpleegkundige krijgt een aantal cliënten toegewezen, hierbij zoveel mogelijk rekening houdend met voorkeuren van de cliënt.
4. *Proactief contact maken*: je zoekt de jou toebedeelde cliënten actief op, geeft hen desgewenst een hand, vertelt indien nodig wie je bent en wat je functie is. Vraag cliënt hoe het gaat, wat de dag brengt of hoe de dag was. Maak echt contact; luister goed en wees geïnteresseerd. Vraag of je ergens rekening mee moet houden, of dat cliënt wensen heeft met betrekking tot de begeleiding. Sommige cliënten willen wandelen of een gesprek, misschien ondersteuning bij douchen/kameronderhoud? Vraag hiernaar en maak een tijdsafpraak met hen. Vertel dat cliënten jou gedurende je dienst kunnen opzoeken en dat jij hen regelmatig zult opzoeken om contact te hebben. Benadruk dat je belang hecht aan het onderhouden van contact, om zicht te houden op iemands toestandbeeld en om iemand goed te kunnen begeleiden/ondersteunen. Benadruk hierbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een ontspannen sfeer tijdens de dienst, wees steunend in contact. Houd bij het zoeken naar contact rekening met het ziektebeeld van de cliënt: zeker bij cliënten met achterdocht is het van belang rekening te houden met de territoriumleer.
5. *Inschatting actuele fase crisisontwikkelingsmodel*: het belangrijkste bij deze minuten is dat je contact hebt met iemand, kan inschatten hoe iemand erbij zit. Als iemand slecht in zijn vel zit vereist dat meer contact dan wanneer iemand beter in zijn/haar vel zit. Let er wel op dat je aandacht ook nog gaat naar mensen die er niet zo hard om schreeuwen. Door mensen op te zoeken en hen te vragen naar hoe zij in hun vel zitten en of ze nog wensen hebben met betrekking tot begeleiding ben je proactief bezig met agressiehantering/preventie. Je kan inschatten in welke fase van de spanningsboog (cursus trier) iemand zit. Wanneer je inschat dat iemand op 1 zit moet je hier iets mee doen, want 1 loopt op naar 2 en dan is het een kleine en snelle stap naar 3 (escalatie).

6. *Volgen van ingezette contact tijdens de dienst:* in het eerste contact zet je de lijnen uit voor het vervolg van je dienst. Belangrijk hierbij is uiteraard dat je je houdt aan de gemaakte afspraken. Wees betrouwbaar en meld het als afspraken onverhoopt verschoven moeten worden. Houd pro-actief contact met de aan jou toegewezen cliënten in de loop van je dienst, maak daarbij nieuwe inschattingen op basis van het crisisontwikkelingsmodel, benoem gesignaleerde veranderingen in gedrag bij de cliënt naar de cliënt en bespreek mogelijke interventies.
7. *Cliënten in de separeer:* bij cliënten die bij aanvang van de dienst in de separeer verblijven is het van belang om ook bij hen snel contact te zoeken tijdens een bezoekmoment. Bezoekmomenten vinden uiteraard altijd plaats met twee verpleegkundigen. Tijdens dit bezoekmoment geef je duidelijk aan wat je verwacht in het contact, dat je geen agressie wilt (eventueel toespitsen op wat er gebeurd is). Nodig de cliënt uit om een even veilig alternatief te bedenken. Maak een inschatting van het gevaar, alleen bij acuut gevaar mag een cliënt gesepareerd blijven. Benadruk het belang van contact om het op de afdeling (weer) goed te laten verlopen.

Best Practice Eerste vijf minuten bij nieuwe dienst Checklist

Datum:

In dienst:

Overdrachtsmomenten:	Ja	Nee
Heb je de werkafspraken over de overdracht kunnen navolgen?		
Was er tijdens de overdrachtsmomenten een begeleider op de groep?		
Was er een duidelijke werkverdeling?		
Was je dagbegeleider van je 'eigen' cliënten?		
Hebben jullie met elkaar kunnen pauzeren?		
Hebben jullie de tijd genomen om elkaar feedback te geven?		

Proactief contact maken:	Ja	Nee
Heb je acties ingezet op basis van de sfeer/het therapeutisch klimaat zoals je die aantrof bij binnenkomst op de afdeling?		
Heb je de jou toebedeelde cliënten actief opgezocht?		
Heb je gevraagd hoe het ging met je cliënten?		
Heb je je cliënten met activiteiten/maken van afspraken kunnen helpen?		
Heb je jouw inschatting van de mate van spanning bij de cliënt getoetst/benoemd (crisisontwikkelingsmodel)?		
Heb je op basis van je inschatting in het crisisontwikkelingsmodel interventies ingezet?		
Heb je cliënt actief contact aangeboden de rest van de dienst?		

Contact houden tijdens dienst:	Ja	Nee
Heb je afspraken kunnen nakomen naar cliënt?		
Heb je al je cliënten meermaals opgezocht in de loop van je dienst?		
Heb je hierbij steeds een nieuwe inschatting gemaakt van de mate van spanning?		
Heb je op basis van deze inschatting acties ondernomen?		

Cliënten in de separeer:	Ja	Nee
Heb je de cliënten in de separeer binnen het eerste uur van je dienst bezocht?		
Heb je de cliënt uitgenodigd een even veilig alternatief te bedenken?		
Heb je een actuele inschatting van het gevaar gemaakt?		
Heb je op basis van deze inschatting acties ondernomen?		

De eerste vijf minuten beginnend bij de crisisdiensten (en GCBK¹);

Inleiding

Deze best practice is geschreven in het kader van het project 'Dwang en drang' met als doel het aantal vrijheidsbeperkende interventies te verminderen. Deze best practice richt zich op de communicatie tussen medewerkers van de crisisdiensten, zowel binnen als buiten kantooruren, en de medewerkers van de deelnemende afdelingen (opnameklinieken Zuiderpoort, Spaarnepoort en vervolggliniek Westerbos) en sluit aan op de best practice die geschreven is voor de eerste vijf minuten bij opname.

De best practice is opgebouwd uit een aantal delen: (1) een beschrijving van de stappen die van belang zijn, met bijbehorende onderbouwing; (2) de daaruit voortvloeiende werkafspraken samengevat in een checklist; (3) een vragenlijst met informatie die bij de afdelingen bekend moet zijn vóór opname van een nieuwe cliënt.

De eerste vijf minuten zijn het halve werk

In het bijzonder in het eerste contact wordt in non-verbaal gedrag en handelingen veel gedefinieerd ten aanzien van de kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop hulpverleners contact maken met de cliënt wordt vaak als maatgevend ervaren voor de rest van het contact. Voor cliënten is het van belang om in deze fase zicht te krijgen op persoonlijke eigenschappen als betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en een respectvolle benadering. Zeker in crisissituaties, zoals bij een beoordeling bij iemand thuis of op het politiebureau, is het van essentieel belang dat de cliënt gerustgesteld wordt en hem of haar ervan te overtuigen dat er alles aan gedaan wordt om de situatie te stabiliseren, om verdere schade te voorkomen.

'It takes two to tango'- als dat waar is, hebben de psychiater (i.o.) en de SPV een essentiële rol bij het inzetten en het leiden van die dans tijdens het eerste contact van de cliënt met de hulpverlening. Hierbij kunnen we verschillende acties onderscheiden:

1. *Presentatie van een cliënt door de politie*: in de regio's Amstelland en Meerlanden en Zuid-Kennemerland zijn convenanten met de politie opgesteld. Belangrijk hierin is dat de beoordeling door de crisisdiensten niet meer op het politiebureau plaatsvindt, maar op de locaties Spaarnepoort en Zuiderpoort. Voordeel hiervan is dat cliënten niet meer in een politiecel hoeven te wachten

1 GCBK staat voor Geestgronden Crisisdienst Buiten Kantooruren

op de komst van de crisisdienst. Wanneer de crisisdienst een (geboeide) cliënt gepresenteerd krijgt in bijzijn van meerdere politieagenten, is het ook van belang een objectieve beoordeling van de risico's op agressie te realiseren.

2. *Beoordeling van de cliënt in de thuissituatie:* wanneer een cliënt in de thuissituatie beoordeeld wordt door de crisisdienst, is het vaak eenvoudiger om een cliënt gerust te stellen en eventueel aanwezige familie/naasten in te zetten bij het geruststellen van de cliënt. Familie/naasten worden expliciet uitgenodigd om mee te gaan naar de afdeling om steun te kunnen bieden aan cliënt en verpleegkundig team. Benadruk dat de expertise van familie van belang is bij het voorkomen van dwangtoepassingen/bieden van goede zorg. Let op het meenemen van eerste dagelijkse levensbehoeften (toiletspullen, kleding, eventueel muziek, sigaretten).
3. *Informatieverstrekking over de afdeling:* geef inleidende voorlichting over het streven van de afdelingen om het aantal dwangtoepassingen tot een minimum te beperken en/of te voorkomen. Leg de nadruk op de hiervoor benodigde samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid om dit doel te behalen. Erken gevoelens van boosheid, onwil om mee te willen werken, maar benoem ook dat ondanks onvrijwilligheid er naar gestreefd wordt om het verblijf zo aangenaam mogelijk te laten zijn. Benoem het bestaan van eenpersoonskamers.
4. *Informatieverstrekking naar de afdeling:* voor een goede introductie van de cliënt op de afdeling is het essentieel dat de afdelingen goed geïnformeerd zijn over de situatie waarin de cliënt verkeerde voor opname. Deze informatie moet bij de betreffende afdeling bekend zijn voordat de cliënt voor de deur staat! Een (telefonische) introductie naar de afdeling na afloop van beoordelingsgesprek bevat in elk geval de volgende informatie:
 - a. Doel van de opname verduidelijken.
 - b. Toestandsbeeld van cliënt beschrijven.
 - c. Is iemand bekend binnen de hulpverlening/afdeling?
 - d. Wat is er vooraf aan opname gebeurd?
 - e. Hoe is cliënt nu?
 - f. Wat is het medicatiebeleid? Wat is al gegeven, wat mag nog gegeven worden (in welke situaties)?
 - g. Is er familie aanwezig en wat kan die betekenen?
 - h. Zijn er signalen bekend van oplopende spanning?
 - i. Zijn er zaken die geholpen hebben om spanning te doen verminderen?
 - j. Wat werkt mogelijk luxerend in spanningstoename?
 - k. Inschatting geven van mogelijk risico op agressie, maar ook ruimte laten voor nieuwe inschatting bij introductie op de afdeling.

Deze (telefonische) overdracht kost 15-20 minuten. Het vraagt dus tijd en aandacht van de arts-assistenten en/of SPV'en om deze informatie volledig te verstrekken. Bij beoordeling op de locatie is het streven om een verpleegkundige uit de kliniek te vragen de laatste 10 minuten van het gesprek aan te sluiten, zodat de overdracht van informatie en personen voor de cliënt goed verloopt.

Belangrijke wijziging in de werkwijze van het verpleegkundig team is dat zij veel meer regie naar zich toe kunnen trekken bij een nieuwe opname en zich minder afhankelijk hoeven op te stellen van het opnamegesprek zoals dat nog door de arts-assistent gevoerd gaat worden. Vaak is het zo dat de arts-assistent van de crisisdienst de cliënt al uitgebreid gesproken heeft buiten het zicht van de afdeling. Wanneer deze informatie telefonisch is overgedragen aan het verpleegkundig team van de afdeling (aan de hand van bovenstaande aandachtspunten) en afstemming over het beleid heeft plaatsgevonden, kan de desbetreffende verpleegkundige de behandeling/begeleiding gaan starten (*best practice eerste vijf minuten bij opname*). Duidelijk hierin is dat het verpleegkundig team de inschatting maakt bij de voordeur of er al dan niet een noodzaak is tot separeren op basis van het dan gepresenteerde toestandsbeeld.

Bij onduidelijkheden in de overgedragen informatie of bij acute wijzigingen in het toestandsbeeld is het aan de verpleegkundigen om proactief contact te zoeken met de arts-assistent.

De arts-assistent geeft een tijdsindicatie wanneer hij op de afdeling kan zijn voor het voeren van het opnamegesprek en lichamelijk onderzoek en informeert het team bij afwijkingen hiervan.

5. *Beoordelingen van separaties in de weekenden*: wanneer de GCBK een beoordeling moet doen van separaties die voor het weekend zijn ingezet en voortduren tot in het weekend, wordt ook een actieve rol van het verpleegkundig team verwacht. Op basis van de inschatting van verpleegkundigen wordt samen met de arts-assistent beleid geformuleerd. Criteria hierbij zijn: (1) proportionaliteit; (2) doelmatigheid; (3) subsidiariteit. Automatismen om ingezet beleid te continueren tot maandagochtend zijn hierbij niet wenselijk.

Evaluatie

Voor een goede evaluatie van besluitvorming over dwangtoepassingen is het van essentieel belang dat de (verpleegkundige) verslaglegging zorgvuldig gebeurt.

Hierin dient de volgende informatie opgenomen te zijn:

- Beschrijving van besluitvorming tot dwangtoepassing aan de hand van crisisontwikkelingsmodel (inclusief ingezette alternatieve interventies).
- Verantwoording van toetsing aan criteria.
- Beleving van de cliënt.
- Mogelijke leerpunten.

Binnen deze best practice is communicatie namelijk van essentieel belang. Gebleken is dat er over en weer soms verschillende inzichten bestaan over wie eventuele deseparatie nu 'blokkeert'. Om zicht te krijgen op eventuele bestaande communicatiestoornissen is afgesproken dat bij vermeende onduidelijkheid, bij zowel de teams als bij de GCBK, de teamleiders op de hoogte worden gesteld. Deze informatie zal worden verzameld en frequent worden geanalyseerd met de betrokkenen, om verbeteringen in de communicatie te kunnen aanbrengen. Dit alles vraagt om een veilig klimaat waarin men bereid is te leren van mogelijke verkeerde inschattingen.

De hier beschreven werkwijze legt meer verantwoordelijkheid en regie bij individuele verpleegkundigen van de teams. Zij zullen zich moeten bekwamen in het inschatten van mogelijke risico's op agressie en het monitoren van oplopende spanningen. De bijbehorende verslaglegging dient objectief en volledig te zijn. Ook zullen zij zich meer proactief moeten opstellen bij een nieuwe opname. Wanneer de relevante informatie bekend is, kunnen zij hun begeleidende taken starten. Wanneer onverhoopt informatie niet duidelijk is zullen zij zich assertiever moeten opstellen naar de GCBK.

Voor de medewerkers van de GCBK geldt dat zij rekening zullen moeten houden met beleid en visie die de afdelingen hanteren op het gebied van dwangtoepassingen.

Het belang van de cliënt staat hierbij te allen tijde voorop en dit alles is er dan ook op gericht om zo min mogelijk restrictieve zorg te leveren aan cliënten. Door middel van cliëntenfeedback zullen de effecten van deze veranderde werkwijze geëvalueerd worden.

Via intervisie en casuïstiekbesprekingen op de afdelingen zouden deze gewijzigde werkwijzen gemonitord en ondersteund moeten worden.

Checklist werkafspraken voor GCBK-/crisisdienst medewerkers

Beoordeling op het politiebureau of op locatie:	
Stel de cliënt gerust.	
Probeer ook bij een geboeide cliënt een objectieve beoordeling van de risico's te maken; bedenk dat de climax van agressie vaak al geweest is.	
Beoordeling bij iemand thuis:	
Stel de cliënt gerust.	
Nodig zo mogelijk familie/naaste(n) uit om mee te komen naar de afdeling ter ondersteuning van de cliënt en het team.	
Benoem het streven van de afdelingen om zo snel mogelijk de veiligheid en rust te herstellen en opname zo aangenaam mogelijk te maken, ondanks eventuele onvrijwilligheid.	
Benoem hierin de gezamenlijke verantwoordelijkheid van cliënt en team.	
Erken gevoelens van boosheid/onwil om mee te werken.	
Let op het meenemen van eerste levensbehoeften (kleding, toiletartikelen, eventueel rookwaar). Eventueel meenemen van medicatie ter overbrugging.	

Informatieverstrekking aan de afdeling:	
Na de beoordeling moet de volgende informatie (telefonisch) aan de afdeling verstrekt zijn, zodat de afdeling de begeleiding kan starten. Dit kost ongeveer 20 minuten.	
<i>Doel van de opname verduidelijken.</i>	
<i>Toestandsbeeld van cliënt beschrijven.</i>	
<i>Is iemand bekend binnen de hulpverlening/afdeling?</i>	
<i>Wat is er vooraf aan opname gebeurd?</i>	
<i>Hoe is cliënt nu?</i>	
<i>Wat is het medicatiebeleid? Wat is al gegeven, wat mag nog gegeven worden (in welke situaties)?</i>	
<i>Is er familie aanwezig en wat kan die betekenen?</i>	
<i>Zijn er signalen bekend van oplopende spanning?</i>	
<i>Zijn er zaken die geholpen hebben om spanning te doen verminderen?</i>	
<i>Wat werkt mogelijk luxerend in spanningstoename?</i>	
<i>Inschatting geven van mogelijk risico op agressie, maar ook ruimte laten voor nieuwe inschatting bij introductie op de afdeling.</i>	
Geef de afdeling een tijdsindicatie wanneer de arts-assistent op de afdeling kan zijn. Laat afwijkingen hiervan aan de afdeling weten.	

Beoordeling van separaties in het weekend:	
Op basis van de inschatting van het verpleegkundig team wordt samen met de arts-assistent beleid over de separatie afgesproken.	
Met de cliënt, het team en de arts-assistent van de GCBK wordt bekeken of er een even veilig alternatief is voor alle partijen in plaats van separatie.	
De volgende criteria zijn bij de beoordeling leidend:	
<i>Proportionaliteit.</i>	
<i>Subsidiariteit.</i>	
<i>Doelmatigheid.</i>	
Automatismen om ingezet beleid van vrijdag pas maandagochtend opnieuw te bekijken dienen zoveel mogelijk vermeden te worden.	

Checklist voor verpleegkundigen op de afdeling:

Voorbereiding:	
Indien het beoordelingsgesprek op locatie plaatsvindt: probeer de laatste 10 minuten aan te sluiten, zodat de overdracht van informatie en van personen voor de cliënt goed verloopt.	
PM: zoek belangrijke informatie over de cliënt op in IRIS.	

Informatieverstrekking van de GCBK aan verpleegkundig team:	
Over de volgende items wordt informatie verstrekt door de GCBK voordat cliënt op afdeling binnenkomt. Wanneer informatie onvolledig of onduidelijk is, vraagt de verpleegkundige dit alsnog na bij de GCBK.	
Wat is het opnamedoel? <i>Denk aan tot rust komen, instellen op medicatie, crisisinterventie. Bedenk ook of dit doel, bijvoorbeeld tot rust komen, haalbaar is op dat moment. Benoem dit naar de Crisisdienst/GCBK.</i>	
Wat is het toestandsbeeld van cliënt? <i>Denk hierbij aan psychotisch, manisch, depressief, het liefst in concrete termen; ziet duivels, geeft geld weg, enovoortsz.</i>	
Wat is het huidige toestandsbeeld van cliënt? Is cliënt gespannen, boos, verdrietig? <i>Is er drugs of alcohol in het spel of onder invloed van ingrijpmedicatie?</i>	
Is iemand bekend binnen de hulpverlening of is de opname de eerste kennismaking? <i>Het maakt een groot verschil in je bejegening wanneer iemand bekend is of niet, vraag hier naar. Zijn er vorige opnames geweest? Hoe zijn deze verlopen met betrekking tot agressie?</i>	
Wat is er voorafgaand aan opname gebeurd?	
Wat is het medicatiebeleid en het somatisch beleid? Wat is er al gegeven? Is er vaste medicatie afgesproken? Wat kan je zonodig in geval van spanning geven? Wanneer en hoe vaak moeten de controles gedaan worden? Bij welke waarden lichten we de GCBK in? Hebben we de medicatie in huis?	
Is de familie aanwezig en wat kunnen zij betekenen? Het is zeer wenselijk familie bij de opname te betrekken. Een cliënt is niet alleen een individu maar ook een onderdeel van een sociaal systeem, hij wordt hier tijdelijk uitgeplaatst en gaat na de crisis er (hopelijk) meestal ook weer in terug. Het afspreken van de opnamedoelen moet wel in overeenstemming zijn met een haalbare eindsituatie, in zijn eigen sociaal systeem, na de opname. Mocht het systeem overbelast zijn, is het goed extra aandacht aan de systeemleden te besteden en afspraken te maken over de frequentie van contact en dergelijke.	
Zijn er signalen bekend van oplopende spanning? Wat gaat cliënt doen wanneer de spanning oploopt? Zich terugtrekken, ijsberen? Wat zie je concreet? Vraag dit ook aan familie.	
Zijn er zaken die geholpen hebben bij het verminderen van spanning? Denk aan wandelen, lezen, muziek? NB Vraag dit ook na bij familie (wanneer zij op de afdeling komen).	
Wat werkt mogelijk luxerend bij spanningstoename? <i>Zijn er dingen waar cliënt extra gevoelig op reageert? Zoals bijvoorbeeld fluiten? Ook dit kan je aan familie vragen.</i>	

<p>Wat is de inschatting van gevaar? <i>Bedenk dat wanneer je dit vraagt je het antwoord krijgt van mensen die mogelijk in dezelfde spannende situatie hebben gezeten als cliënt. Het is van belang dit te vragen, maar maak altijd zelf bij binnenkomst een nieuwe inschatting van gevaar.</i></p>	
--	--

Beoordeling van separatie in het weekend:	
Maak met het verpleegkundig team een objectieve inschatting van de mogelijkheden tot deseparatie. Beargumenteer deze goed en leg deze vast in IRIS.	
Bespreek de inschatting met de arts-assistent van de GCBK en kom tot gezamenlijk beleid over eventuele deseparatie.	
Rapporteer de uiteindelijke beslissing in Iris.	
Breng in het ochtendrapport van maandag verslag uit van de ondernomen acties.	
Vraag feedback op argumentatie en beleid.	
Koppel indien nodig via teamleider of aandachtsfunctionaris D&D de situatie terug naar de GCBK.	

Best practice Medicatie in crisis

Inleiding:

Naar aanleiding van de start van het Dwang- en drangproject is er gesproken over het gebruik van ingrijpmedicatie op de afdeling, de keuze van de medicatie en de rol van de verpleegkundigen daarbij. Het heeft de voorkeur om bij crisis-situaties instellingsbreed een beleid af te spreken. Deze best practice is voorgelegd aan de geneesheer-directeur en deze heeft hiermee ingestemd. Deze best practice dient gezien te worden in het licht van de andere initiatieven om het aantal dwangtoepassingen te verminderen.

In deze best practice wordt (1) het medicatiebeleid in crisissituaties uitgewerkt, (2) de rol en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen uitgewerkt, (3) de rol van de cliënt toegelicht en (4) een werkinstructie voor de GCBK opgenomen.

Ingrijpmedicatie

Huidige situatie

Ingrijpmedicatie wordt op dit moment afgesproken in de kliniek als cliënten opgenomen zijn en geschat wordt dat er sprake kan zijn van een impulsdoorbraak, agressieve of fysieke incidenten.

De afdelingspsychiater bepaalt wat er voorgeschreven wordt. Dit is gebaseerd op eigen voorkeur of eerdere resultaten van het gebruik van het desbetreffende middel bij deze cliënt.

Ingrijpmedicatie wordt voorgeschreven om verpleegkundigen de ruimte te geven om bij bovengenoemde situaties een cliënt medicatie te geven zonder dat het nodig is eerst met een arts /achterwacht te overleggen over de keuze van de medicatie. De instructie is dat, als het enigszins mogelijk is, er wel eerst met de psychiater of achterwacht overlegd moet worden of toediening past binnen de voorgeschreven criteria, waardoor in de tussentijd de escalatie vaak al plaats vindt.

De keuze voor het middel en het feit dat dit opgenomen staat op het medicatieblad wordt in het algemeen niet met de cliënt voorbesproken.

Gewenste situatie

Veel van de cliënten die opgenomen worden op de afdelingen die participeren in het Dwang- en drangproject zijn al bekend binnen de ambulante hulpverlening. Idealiter zou binnen die setting een crisiskaart/-plan opgesteld moeten worden om in tijden van acute crisis de voorkeuren van de cliënt vastgelegd te hebben. In het kader van het verminderen van dwang wordt daarbij bij, indien mogelijk, met alle cliënten besproken wat de stappen zijn als het dreigt te escaleren. Dit

wordt zo snel als redelijk mogelijk na opname overlegd tussen behandelaar en cliënt. De afgesproken interventies worden door de behandelaar vastgelegd in het cliëntendossier. Daarbij worden de minst ingrijpende interventies het eerst toegepast. Hier past ook het met de cliënt bespreken van de voorkeur voor separeren of medicatie. Wanneer cliënten in het bezit zijn van een crisiskaart/-plan wordt hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden. Afwijkingen hiervan kunnen alleen beargumenteerd voorkomen.

De verpleegkundigen van de afdeling spelen in dit proces een belangrijke rol. Zij signaleren de oplopende spanning en proberen met de cliënt de afgesproken interventies in te zetten.

Medicatie kan hierbij eerder ingezet worden dan nu het geval is: vóór het uit de hand loopt in plaats van als het al uit de hand gelopen is.

De gewenste medicatie, onder welke condities die medicatie gegeven kan worden én de dosering (hoeveel keer en dagdosis), wordt door de behandelend arts voorgeschreven op de verstrekkingslijst.

Ingrijpmedicatie is medicatie die je een cliënt geeft zonder diens instemming. Indien cliënt wel is bereid medicatie te nemen kan zondig gebruik gemaakt worden van de voorgeschreven medicatie.

Medicatieprotocol

Keuze van ingrijpmedicatie

Bij toepassen van onderstaand protocol dient altijd rekening gehouden te worden met cliëntenvoorkeuren, voorgeschiedenis, leeftijd, somatische problemen en eventuele medicatiënaïviteit.

Het heeft de voorkeur medicatie zo vroegtijdig mogelijk aan te bieden en bij voorkeur oraal.

Algemeen

Milde agitatie:	lorazepam 2.5 mg p.o. of 2 mg i.m. (maximaal drie keer herhalen, bij oraal na 60, bij i.m. na 30 minuten).
Heftige agitatie en/of agressie:	lorazepam 4 mg i.m. òf combinatie lorazepam 2 mg/haloperidol 5 mg i.m. (maximaal 3 keer herhalen, bij i.m. na 30 minuten).

- Bij tolerantie voor benzodiazepine gebruik promethazine 50 mg i.m., i.p.v. lorazepam (niet bij delier).

- De combinatie lorazepam en haldol remt het sterkst de agitatie en geeft de meeste sedatie. Deze middelen kunnen in één spuit.

Bij gebruik of misbruik van middelen

In acute fase	geen antipsychotica
Stimulerend (cocaine, amfetamine, MDA, XTC) :	lorazepam 1 of 2.5 mg p.o. of 2 mg i.m.
Alcohol:	lorazepam 1 of 2.5 mg p.o. of 2 mg i.m. Eerst alcoholpromillage meten! Gevaar van ademdepressie bij te hoog alcoholpromillage.
hallucinogenen (THC, LSD, paddo's, PCP, mescaline) :	lorazepam 1 of 2.5 mg p.o. of 2 mg i.m.

Bij agitatie waarbij psychotische beleving op de voorgrond staat

Milde agitatie:	haloperidol 2.5 tot 5 mg p.o. (maximaal drie keer herhalen, bij oraal na 60 minuten) óf olanzapine 10 mg p.o. óf risperidone 2 mg p.o.
Heftige agitatie en/of agressie:	lorazepam 2 mg i.m. òf combinatie lorazepam 2 mg/haloperidol 5 mg i.m. (maximaal 3 keer herhalen, bij i.m. na 30 minuten)

- Bij tolerantie voor benzodiazepine (straatgebruik) gebruik promethazine 50 mg i.p.v. lorazepam (niet bij delier).
- COPD: haloperidol 2.5 mg p.o.
- Delier: haloperidol bij ouderen lage dosis 0.5- 1 mg.

Algemene waarschuwingen

- Let bij lichamelijk onderzoek op de vitale functies: bewustzijn, ademhaling, temperatuur, bloeddruk, pols.
- Let op de cardiorespiratoire effecten van de middelen, dus:
 - bewaking van de patient nadat medicatie is toegediend (bewustzijn, pols, bloeddruk en ademhaling). In de praktijk maar beperkt haalbaar doel.
 - bij ademdepressie (< 10 ademhalingen/minuut) handelen: beademen en met spoed insturen.

- Toedienen van flumazenil (= Anexate) i.v. is onhaalbaar, de patient behoeft continue bewaking op een I.C.
- Belangrijkste (op korte termijn) bijwerkingen van antipsychotica zijn de acute dystonie en de acathisie. De eerste is pijnlijk en gevaarlijk (laryngospasme kan dodelijk zijn) en de tweede is voor cliënten onverdraaglijk: motorische onrust en agitatie.
- Bij acute dystonie: biperideen (=Akineton) injectievloeistof 5mg/ml, 1 ampul i.m.
- Bij acathisie: lorazepam 1-2 mg p.o of i.m.; propranolol 10 mg p.o. Niet de dosis antipsychotica verhogen!

Toelichting medicatie

Benzodiazepinen

De BNZ worden meestal goed verdragen. Wel bekend zijn de ademdepressie, ataxie, misselijkheid en soms verwardheid. Vooral bij intoxicatie van stimulerende middelen bedacht zijn op de ademdepressie!

Lorazepam is eerste keus en wordt wel in combinatie met antipsychotica gebruikt. Lorazepam i.m. wordt snel opgenomen en is effectief na 15-30 minuten.

Tabletten van 1 en 2,5 mg. Injectievloeistof 4 mg/ml; ampul 1 ml.

Oxazepam wordt gebruikt bij alcoholonthoudingsverschijnselen en verdenking op leverbeschadiging. *Tablet 10 en 50 mg.*

Antipsychotica

Haloperidol is het meest bekend. Nadeel: risico op dystonie en acathisie; bij hoge dosis orthostatische hypotensie, verlenging Qt-interval. *Tablet 1, 5, 10 mg. Injectievloeistof 5 mg/ml; ampul 1 ml. Druppelvloeistof 2 mg/ml.*

Zuclopentixol acutard (cisordinol) wordt alleen gegeven bij bekende cliënten die dit eerder gehad hebben of waarvan bekend is dat zij geen ernstige bijwerkingen hebben ontwikkeld bij het gebruik van een klassiek antipsychoticum. En: alleen indien eerdere interventies te kort werkzaam bleken te zijn en er nu een noodzaak is voor een langer werkend middel. Let op risico op dystonie en acathisie. Urine-incontinentie.

Risperidon is een goed onderzocht atypisch antipsychoticum voor reductie van agressie; het doet hierin niet onder voor haloperidol. Bijwerking o.a. orthostatische hypotensie. *Tablet 1, 2, 3, 4, en quicklet. Drank 1mg/ml.*

Olanzapine injecteerbare vorm: de sederende werking is vergelijkbaar met die van lorazepam. Bijwerkingen: duizeligheid en slaperigheid, daling van de hartslag en van de bloeddruk in rust. Injectie niet combineren met bzd. *Tablet 2.5 ,*

5, 10 en 15 mg. Velotab 5, 10 en 15mg. Poeder 10 mg voor oplossing voor injectie. Niet combineren met Benzodiazepine.

Promethazine: anticholinerge bijwerkingen zijn een nadeel en een voordeel (extra sedatie en preventie van acute extrapiramidale bijwerkingen). Heeft de voorkeur boven lorazepam bij benzodiazepinegewenning (kan gecombineerd in één spuit haloperidol/promethazine).

Andere antipsychotica: alleen in het kader van starten/continueren behandeling. Een lang werkend depot kan nooit als ingrijpmedicatie voorgeschreven worden.

Antipsychotica doseringen: oraal 5mg haloperidol is ongeveer 10mg Zuclopentixol, 5mg risperidon, 10mg olanzapine. Haloperidol 5mg oraal is ongeveer 2-3mg intramusculair (biologisch beschikbaarheid bij orale toediening is 60%). Overigens bij lorazepam en olanzapine is de orale dosis gelijk aan intramusculair.

Stemmingsstabilisatoren: bij acute manie snel effect met benzodiazepinen. Lithium heeft het eerste antimanische effect binnen een week. In prodromaal stadium slaapmedicatie (temazepam) voor herstel van het dag-en-nachtritme en om uitputting te voorkomen.

Biperideen

- Anticholinergicum, bestrijden van eps.
- Acute dystonie: 2mg i.m., eventueel na 30 minuten te herhalen, eventueel 30 minuten later vervolgen met lorazepam i.m.
- Bijwerkingen: droge mond, wazig zien, urineretentie, obstipatie.

Flumazenil

- Benzodiazepine antagonist.
- Alleen geschikt bij continue bewaking, dus: insturen!

Thiamine

- Preventie van neurologische schade bij alcoholisme, toedienen vóór suikers etc.
- 100mg i.m. een maal daags gedurende tenminste drie dagen.
- Continueren met 1-3 x daags 25mg oraal, levenslang.

Toediening:

- Er zijn drie plekken om intramusculaire medicatie toe te dienen: de musculus gluteus (grote bilspier), musculus deltoideus (bovenarm) of de musculus quadriceps (bovenbeen). In overleg met de cliënt kan de plek van voorkeur

bepaald worden. Bedenk dat wanneer bij mensen met fors overgewicht in de grote bilspier geprikt wordt, de gebruikelijke groene naalden misschien te kort zijn om de spier goed te raken (waardoor de resorptie misschien niet optimaal is). Overweeg dan een langere naald of een andere plek.

In het (verpleegtechnische) vaardigheidsonderwijs zal aandacht zijn voor de juiste posities voor het spuiten.

- De middelen die in de mond oplossen bieden geen snellere beschikbaarheid dan pillen maar worden soms gemakkelijker ingenomen (*Zyprexa Velotab en Risperdal Quicklet, de opgeloste middelen in het speeksel moeten dan nog wel met water doorgeslikt worden, de opname door het lichaam is in het maag-darmkanaal*).

Rol van de verpleegkundigen

Verpleegkundigen observeren het gedrag van de cliënt en proberen met de cliënt de afgesproken interventies in te zetten. Dit vraagt een proactieve houding van de verpleegkundigen en betekent ook verantwoordelijkheid durven nemen als er besloten moet worden om ingrijpmedicatie toe te dienen. De besluitvorming voor het toedienen van ingrijpmedicatie door verpleegkundigen zónder vooroverleg met een psychiater mag alleen buiten kantooruren plaatsvinden. Deze besluitvorming door verpleegkundigen buiten kantooruren vraagt transparantie van handelen om een goede evaluatie achteraf met de afdelingspsychiater (en achterwacht?) mogelijk te maken.

Vorbereiding

- Teamleider heeft in samenspraak met psychiater van elk teamlid aangegeven of hij/zij al dan niet bekwaam is om zelfstandig te mogen beslissen over toe te dienen ingrijpmedicatie. Hierbij zijn de volgende criteria gesteld:
 - MBO-/HBO-gediplomeerd verpleegkundige.
 - Minimaal 1 jaar werkervaring.
 - Voldoende kennis van farmacotherapie.
 - Voldoende kennis van mogelijke bijwerkingen en kennis van bijbehorende observaties/interventies (getoetst door psychiater?).
- Door teamleider bepaalde bekwaamheden worden getoetst bij individuele medewerkers en bij overeenstemming schriftelijk vastgelegd.
- Psychiater geeft klinische les aan de hand van best practice 'medicatie in crisis' met expliciete aandacht voor bijwerkingen en bijbehorende observaties/interventies.
- Norm zou moeten zijn dat op de afdelingen die participeren in het Dwang- en drangproject alle verpleegkundigen bekwaam zijn om dit beleid uit te kunnen voeren.

Uitvoering

- Tijdens opnamegesprek wordt aan de cliënt gevraagd wat diens voorkeuren zijn voor interventies bij mogelijke escalatie.
- Dit wordt, indien mogelijk, ook nagevraagd bij familie/naasten. Vraag bij familie/naasten uit of deze (te allen tijde?) gebeld mogen worden om medische beleid te helpen kunnen uitvoeren.
- Verpleegkundige stelt zich op de hoogte van cliëntvoorkeuren.
- Verpleegkundige stelt zich op de hoogte van voorgeschreven ingrijpmedicatie en de criteria waaronder dit toegediend mag worden. Vergewist zich ervan dat criteria eenduidig zijn te interpreteren, checkt dit zo nodig bij behandelbaar.
- Verpleegkundige werkt volgens het crisisontwikkelingsmodel en communiceert zijn observaties/actuele inschatting met de cliënt.
- Verpleegkundige gaat in fase 1 gesprek met cliënt aan over zonodig medicatie. Benadrukt het streven om escalaties te voorkomen en benoemt (bij-)werkingen van medicatie. Verpleegkundige zoekt samen met cliënt naar alternatieve interventies om spanning te reduceren.
- Verpleegkundige gaat in fase 2 gesprek aan met cliënt over zonodig medicatie. Maakt hierbij gebruik van informatie over cliëntvoorkeuren en benadrukt opnieuw het streven om escalaties en mogelijk daaruit voortvloeiende dwangtoepassingen te voorkomen. Verpleegkundige schat in of ingrijpmedicatie gerechtvaardigd is - passend binnen voorgeschreven criteria en getoetst aan universele toetsingscriteria (proportionaliteit, doelmatigheid en subsidiariteit) en probeert een ingang te vinden bij cliënt om deze preventief toe te mogen dienen. Verpleegkundige checkt beslissing tot toediening bij minimaal één verpleegkundige in dienst. Wanneer cliënt hiertoe toestemming geeft, dient verpleegkundige ingrijpmedicatie toe.
- Verpleegkundige dient in fase 3 ingrijpmedicatie toe, wanneer de situatie past binnen de voorgeschreven criteria waaronder medicatie mag worden toegediend. Checkt dit bij minimaal 1 andere verpleegkundige in dienst. Houdt hierbij rekening met cliëntvoorkeuren. Streven is om ingrijpmedicatie op eigen kamer/behandelkamer toe te dienen en niet in de separeer.
- Fase 0: bespreek toedienen van ingrijpmedicatie na met cliënt en blijf bij cliënt totdat deze controle over zichzelf terug heeft. Check dit bij de cliënt.

Evaluatie en verslaglegging

Voor een goede evaluatie van besluitvorming over het toedienen van ingrijpmedicatie is het van essentieel belang dat de verslaglegging zorgvuldig gebeurt. Hierin dient de volgende informatie opgenomen te zijn:

- Beschrijving van besluitvorming tot toediening aan de hand van crisisonwikkelingsmodel (inclusief ingezette alternatieve interventies).
- Verantwoording van toetsing aan criteria (universele en medicamenteuze criteria bij voorschrijven).
- Verantwoording van toetsing bij collega-verpleegkundige.
- Beleving van de cliënt.
- Effect van medicatie.
- Mogelijke leerpunten.

Na toedienen van ingrijpmedicatie wordt de GCBK geïnformeerd.

Rol van de cliënt

We realiseren ons dat we van cliënten een actievere inbreng vragen. Deze inbreng bestaat eruit dat zij ons helpen zicht te krijgen op signalen van oplopende spanning en bijbehorende oplossingen. Van belang is dan om ons te realiseren dat hulpverleners deze inspanning vervolgens wel waar moeten zien te maken.

Veel van onze cliënten hebben al een lange geschiedenis met de hulpverlening en zeker in tijden van crisis zijn deze ervaringen niet altijd positief. Het lijkt van belang om hernieuwd vertrouwen te winnen en dit is alleen dan succesvol als we hun inbreng ook daadwerkelijk inzetten in het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Cliënten die een ambulante hulpverlener hebben worden uitgenodigd met de ambulant behandelaar een crisiskaart/-plan op te stellen, zodat voorkeuren (voor onder meer ingrijpmedicatie) worden vastgelegd in een stabiele periode van de ziekte. Hulpverleners hebben vervolgens op zijn minst de morele verantwoordelijkheid om rekening te houden met deze voorkeuren. Wanneer zij afwijken van deze voorkeuren, zal dit alleen goed beargumenteerd kunnen plaatsvinden. Deze plannen zullen volgens een vaste frequentie moeten worden geëvalueerd met de belangrijkste betrokkenen.

Cliënten geven verder een aantal aandachtspunten aan:

- Schenk veel aandacht aan bijwerkingen van ingrijpmedicatie en combinaties van (neveneffecten van) dwangtoepassingen: zoals wanneer een cliënt na toediening van bijvoorbeeld Haldol bewegingsdrang heeft - dan is het vreselijk om ook nog opgesloten te zijn in de separeer.
- Bij de keuze tussen separeer en ingrijpmedicatie is vooral goede bejegening van belang. Geen keuze voorleggen met het mes op de keel : 'Je neemt pillen, of je gaat de separeer in. Kies jij maar'.
- Voorkom zoveel mogelijk combinaties van dwangtoepassingen: dien ingrijpmedicatie zoveel mogelijk toe op eigen kamer/behandelkamer. Als dat niet

mogelijk is, probeer bij de cliënt te blijven in de separeer totdat medicatie aanslaat en begeleidt iemand daarna zo snel mogelijk naar diens eigen kamer.

- Als er een combi van separeren en ingrijpmedicatie nodig is dan liever sederende middelen dan anti-psychotica.
- Zet familie/naasten zoveel mogelijk in om keuzes en eventuele uiteindelijke beslissingen tot dwangtoepassingen toe te lichten/uit te leggen.
- Evalueer dwangtoepassingen goed met de cliënt. Zorg er daarnaast voor, als er langere tijd over heen gaat tot cliënt weer helemaal zichzelf is, dat informatie over eventuele ingezette dwangtoepassingen ook bekend is bij ambulante hulpverleners.

Best Practice Persoonlijk begeleiding

Inleiding

Deze best practice is geschreven voor alle betrokken hulpverleners van de opnamekliniek Spaarnepoort van GGZ inGeest. Vanuit het project Dwang en drang willen we hiermee een kader neerzetten waarin beschreven staat hoe mogelijkerwijs separaties voorkomen of beperkt kunnen worden door het beschrijven van de taken van de persoonlijk begeleiders.

Deze best practice bestaat uit een onderbouwing van dit handelen.

Persoonlijk begeleiding

Binnen het circuit psychiatrie Meerlanden, waartoe opnamekliniek Spaarnepoort behoort, wordt gewerkt met clusters. Dit heeft als voordeel dat er meer informatieoverdracht is tussen ambulante medewerkers en klinische medewerkers, beide kunnen elkaar consulteren, er is immers meer kennis in huis. De cliënt ondervindt hiervan voordeel omdat zijn behandeltraject vloeiender verloopt, de overgang van een gesloten opnameafdeling naar een vervolgsetting gaat geleidelijker, zo ook andersom. Er is meer afstemming en samenwerking tussen de verschillende lagen. Samen zijn wij verantwoordelijk voor de crisiskaart.

De clusters waar wij mee werken zijn psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en stemmings- en angststoornissen. Afhankelijk van ieders expertise en interesse kan elke verpleegkundige kiezen in welk cluster hij/zij het persoonlijk begeleiding wil uitvoeren. De persoonlijk begeleider is dus iemand die affiniteit heeft met het ziektebeeld en zich hierdoor beter verder kan specialiseren in dit specifieke ziektebeeld. Dit alles houdt in dat iedere verpleegkundige persoonlijk begeleider is van cliënten uit zijn/haar cluster.

Om een onderscheid te maken tussen de reguliere 24-uurszorg en meer behandeling op iets langere termijn is er een rol voor de persoonlijk begeleider. Deze verdiept zich meer in behandelzaken van de cliënt en de coördinatie daarvan. Hieronder zal een overzicht gegeven worden van taken die hierbij van belang zijn. Het gaat daarbij om die taken waarbij de verwachting is dat ze het risico op agressie-incidenten en het inzetten van dwangtoepassingen zullen doen verminderen.

De persoonlijk begeleider:

- Zorgt ervoor dat de cliënt waar hij/zij persoonlijk begeleider van is, is ingedeeld in het groepje cliënten dat hij/zij gaat begeleiden tijdens de dienst. De pb'er zorgt ervoor dat hij/zij weet wat de reden voor opname is maar probeert dit niet teveel zijn/haar beeld van iemand te laten bepalen.

- Is, als hij dienst heeft, aanwezig bij het opnamegesprek indien de cliënt eerder opgenomen is geweest, waarbij er een positief pb-contact was met de desbetreffende persoonlijk begeleider. Als de pb'er niet bij het opnamegesprek is, stelt hij/zij zich op de hoogte van de informatie uit het opnamegesprek en komt hier bij de cliënt op terug. Hij/zij vraagt na of alle informatie begrepen is en verduidelijkt deze zonedig.
- Stelt zich tijdens het kennismakingscontact met naam en functie voor aan de cliënt, vraagt of cliënt nader kennis wil maken. Wanneer cliënt hier (nog) niet aan toe is wordt een andere afspraak gemaakt. Wanneer cliënt kennis wil maken wordt in overleg bepaald waar wordt kennism gemaakt. Dit kan op de slaapkamer zijn, in een spreekkamer of mogelijk buiten met een sigaretje? Laat de keuze vooral afhangen van de gemoedstoestand van de cliënt.
- Maakt tijdens de kennismaking contact met cliënt, vraagt aan cliënt wat volgens hem/haar de reden van opname is en hoe het is om op de afdeling te zijn. Legt de functie van persoonlijk begeleider uit, vertelt wat cliënt mag verwachten en hoe de pb'er te bereiken is.
- Stelt de volgende zaken aan de orde in het eerste persoonlijk begeleider gesprek:
 - Uitleg geven over PB-schap.
 - Uitleg geven over Dwang- en drang project.
 - Uitleg geven over persoonlijke crisisontwikkelingsmodel.
 - Uitleg geven over het beloop van de behandeling en de participatie van de cliënt hierin (bv. behandelplanbesprekingen, vrijheden, medicatie - een uitwerking hiervan is te vinden in de verpleegkundige methodiek).
- Stelt zich respectvol, gastvrij en dienstbaar op. Spreekt naar cliënt uit dat samenwerking essentieel is om het doel van cliënt te behalen wanneer cliënt vrijwillig is opgenomen. Wanneer cliënt gedwongen is opgenomen kan het doel zijn dat er door samenwerking kan worden gezorgd dat de opname zo kort mogelijk is.
- Is verantwoordelijk voor het afnemen van de CAN en het gezamenlijk opstellen van het begeleidingsplan. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de verwachtingen en wensen van de cliënt. Dit begeleidingsplan is een afgeleide van doelen die in het behandelplan zijn gesteld. De pb'er voert hierover zonedig overleg met de behandelaar.
- Is verantwoordelijk voor het voorbespreken van de evaluatie van de behandeling. De pb'er is verantwoordelijk voor het schrijven van de evaluaties voor de behandelplanbesprekingen. De pb'er draagt zorg voor de inbreng van de cliënt tijdens deze behandelplanbesprekingen (aan de hand van het evaluatieformulier) en zorgt voor terugkoppeling van de uitkomsten van deze bespreking naar de cliënt en eventuele familie/naasten.

- Streeft ernaar om de eerste dag contact te zoeken met de familie/naasten (contactpersoon) om kennis te maken, uitleg te geven over de behandeling en informatie te vragen die kan helpen bij het goed begeleiden van de cliënt. Wanneer contact met de familie de eerste dag niet lukt wordt er de volgende dag contact opgenomen. Het streven is om minimaal één keer per week contact te hebben met de contactpersoon. Benadrukt wordt naar familieleden dat hun inbreng van belang is voor het welslagen van de behandeling. Vraag ook na of familie gebeld mag worden wanneer de behandeling dreigt vast te lopen. Toestemming van de cliënt is nodig voordat contact wordt gezocht met de familie, maar goed hulpverlenerschap kan ook betekenen dat ondanks dat er geen toestemming is, toch contact wordt gezocht met familie. Bespreek en motiveer dit wel goed naar de cliënt. (zie verder best practice familie).
- Streeft ernaar om de eerste dag contact te zoeken met een eventuele ambulante behandelaar. Wanneer dit de eerste dag niet lukt heeft dit de komende dag hoge prioriteit. Informatie die van belang kan zijn voor de behandeling binnen de kliniek wordt uitgevraagd (denk aan tijd voor opname, medicatietrouw, agressieverleden, contact vrienden en familie, luxerende en ontspannende factoren) en gekeken wordt of het wenselijk/haalbaar is om te komen tot een bezoek in de kliniek door de ambulante behandelaar. Verkregen informatie wordt in IRIS verwerkt.
- Is zoveel als mogelijk aanwezig bij familiegesprekken, gesprekken met behandelaar en cliënt. Als het niet mogelijk is om daarbij aanwezig te zijn, stelt de pb'er zich aan het begin van elke dienst op de hoogte van de inhoud van deze gesprekken.
- Heeft minimaal 1x per week een pb-gesprek met de cliënt om de voortgang van de behandeling/begeleiding te bespreken. Onderwerp van gesprek is hierbij ook de bejegening en tevredenheid met de behandeling/begeleiding.
- Streeft naar een optimale therapeutische relatie met zijn cliënt. Wanneer onverhoopt blijkt dat dit niet mogelijk is, kunnen beide partijen besluiten dat een andere pb'er wenselijk is binnen het cluster.
- Bespreekt wekelijks tijdens de pb-gesprekken luxerende factoren, spanningsopbouw en spanningsreducerende factoren. Het crisisontwikkelingsmodel is hierbij leidend. Er wordt zoveel mogelijk preventief en proactief gereageerd op oplopende spanningen. Een persoonlijk crisisontwikkelingsmodel wordt opgenomen in het begeleidingsplan.
- Evalueert de dwangtoepassingen die ondanks eerder genoemde inspanningen toch ingezet zijn. Aan de hand van een nog te ontwikkelen standaardvragenlijst wordt de dwangtoepassing geëvalueerd en worden eventuele verbeteracties/leermomenten meegenomen in het vervolg van de behandeling. Dit wordt verwerkt in IRIS.

- Is verantwoordelijk voor het zorgvuldig afsluiten van de behandeling. De pb'er draagt zorg voor een goede overdracht, zowel qua informatie als qua personen (probeer de patiënt zoveel mogelijk al voor te stellen aan degene die de zorg overneemt, zowel naar open als eventueel naar ambulante).
- Draagt zorg voor zorgvuldig en adequaat gebruik van IRIS.

Best Practice Familie

Inleiding

De best practice voor het familiebeleid is een logisch vervolg op de best practice voor de eerste vijf minuten bij opname. Het is geschreven voor de verpleegkundigen en behandelaren op de opnamekliniek Zuiderpoort van GGZ inGeest. Het totstandkomen van deze best practice is gebeurd door onder andere de expertise in te winnen van verschillende instanties zoals Ypsilon. Ook intern zijn disciplines betrokken die met familie werken, zoals het familiespreekuur, maatschappelijk werk en de familieraad.

De bedoeling van deze best practice is om een duidelijk beleid te voeren omtrent het inzetten van familie bij de behandeling van de opgenomen cliënten. De prioriteit ligt in eerste instantie bij het voorkomen van separaties door informatie van familie over de cliënt optimaal in te zetten in de begeleiding/behandeling. Zo kan er veel agitatie of onrust worden voorkomen. Wanneer een cliënt toch gesepareerd moet worden, kan familie een enorm grote hulp zijn om deze separatie zo kort mogelijk te houden door, bijvoorbeeld mee te gaan met de separeerbezoeken. Dit geeft vaak een veilig gevoel bij de cliënt, waardoor er een betere samenwerking ontstaat en de separatie verkort kan worden (zie ook: Bijma & Hutschemaekers, 2007).

Beschrijving huidige situatie

Op dit moment is er geen duidelijk beleid met betrekking tot het inschakelen van familie bij opname - het is bij toeval of incidenteel wanneer we dit doen. Alleen bij separaties wordt de familie hiervan op de hoogte gesteld. De persoonlijk begeleider heeft nu geen of alleen incidenteel contact met familie aangaande het beleid ten aanzien van de cliënt.

In situaties waar dwangbehandeling plaatsvindt, wordt familie betrokken bij de start van deze behandeling. Volgens de BOPZ is het van belang de echtgeno(o)t(e)/partner en/of de wettelijk vertegenwoordiger op de hoogte te stellen van dwangtoepassingen. Wanneer een cliënt gesepareerd is, wordt alleen de familie betrokken in incidentele situaties wanneer de verpleegkundigen/behandelaren vastlopen. Er wordt wel structureel informatie over de instelling en afdeling verstrekt aan de contactpersonen.

Deze best practice moet gezien worden in het bredere familiebeleid zoals dat binnen GGZ inGeest gehanteerd wordt. Hierin wordt ernaar gestreefd, de familie te betrekken bij de behandeling om hierdoor een goede samenwerking tussen cliënt, familie en hulpverlening te bewerkstelligen. Dit kan ertoe bijdragen dat de familie zich gehoord voelt en op de hoogte is en dat de relatie tussen familie

en cliënt goed blijft of weer goed wordt. Indien de cliënt wordt ontslagen, is de familie hierop voorbereid en kan zij een signaleringsfunctie vervullen. Hierdoor kan terugval van de cliënt misschien worden voorkomen en is de kwaliteit van leven voor de cliënt en diens familie beter.

Met de zorg voor de familie wordt een preventieve taak vervuld. Voor het geven van een goede behandeling is het noodzakelijk, informatie van familie in te winnen.

Deze best practice heeft als doel een goed contact te krijgen met familie van de opgenomen cliënt, met het gunstige gevolg dat dwangtoepassing verminderd wordt.

Het is van belang familie te betrekken bij dwangtoepassing, aangezien zij vaak een goede band heeft met de cliënt en daardoor de dwangtoepassing kan verkorten.

Wanneer de cliënt opgenomen wordt

Als vervolg op de best practice van het GCBK, volgens welke het eerste contact met cliënt en familie wordt gelegd, neemt de persoonlijk begeleider direct bij opname het contact met familie verder op. De persoonlijk begeleider gaat na of de cliënt een crisiskaart heeft, zodat snel bekend is wie de contactpersoon is. Wanneer deze niet aanwezig is, wordt navraag gedaan bij de cliënt. Wanneer de cliënt niet akkoord gaat met het contacteren van de familie gaat de persoonlijk begeleider of de behandelaar in gesprek met cliënt om deze familierelatie te herstellen zodat de familie alsnog betrokken kan worden bij de behandeling.

Het contact met de familie ziet er als volgt uit:

- De persoonlijk begeleider stelt zichzelf voor en maakt met de familie (contactpersoon) een afspraak om langs te komen voor een gesprek met als aanwezigen de persoonlijk begeleider, cliënt en eventueel de behandelaar - dit gebeurt binnen de termijn van één week.
- De gesprekken met familie vinden eens in de drie weken plaats, de frequentie kan opgehoogd worden wanneer dit wenselijk is.
- Bovendien vraagt de persoonlijk begeleider naar de beste benaderingswijze/bejegening om de cliënt zo goed mogelijk te begeleiden. Zaken zoals financiën, huisdieren en eventuele andere zorgen worden ook meteen nagevraagd - dit zijn zaken die spanningen opleveren tijdens de opname hier, dus hoe sneller we dit weten, hoe sneller we dit kunnen oplossen en de spanningen hieromtrent kunnen wegnemen.
- Zie voor taken persoonlijk begeleider Best Practice Persoonlijk Begeleiderschap.

Voor wanneer cliënten in de late avond of nacht worden opgenomen en onrustig zijn of zich onveilig voelen, wordt de mogelijkheid onderzocht om familie te laten overnachten bij de cliënt. De familie kan de cliënt een vertrouwd gevoel en rust geven, zodat de cliënt zich veiliger voelt. Er zal per situatie moeten worden ingeschat of familie kan blijven slapen, dit is afhankelijk van het toestandbeeld van de cliënt en van de bereidheid bij de familie. De kwaliteit van de relatie met de cliënt is hierin medebepalend.

Kennismakingsgesprek

In het eerste gesprek van de persoonlijk begeleider met familie komt het volgende aan de orde:

- Wie de behandelaar is, de teamleider en de maatschappelijk werker. Dit heeft als doel de familie duidelijkheid te geven hoe het werkt op de afdeling.
- Familieleden wordt de mogelijkheid geboden om naar het individueel familiesprekuur te gaan wanneer ze vragen hebben over de ziekte van hun familielid of als er algemene vragen zijn over de psychiatrie of als ze informatie/begeleiding nodig hebben bij het omgaan met hun familielid. Daarnaast kan familie altijd met vragen terecht bij de verpleging, behandelaar of teamleider.
- Aan familie wordt gevraagd of ze te allen tijde in crisissituaties gebeld kunnen/mogen worden en of ze langs kunnen/willen komen.
- De familie wordt op de hoogte gesteld dat er vier keer per jaar een familieavond is, waarbij gelegenheid is voor algemene vragen/opmerkingen van alle familieleden. Bij de familieavond is altijd een behandelaar, maatschappelijk werker, teamleider en verpleegkundige aanwezig.
- De familie (contactpersoon) krijgt via het secretariaat een familiemap thuisgestuurd met informatie over de afdeling en instelling.
- Er wordt een afspraak gemaakt met de behandelaar om het behandelplan met cliënt en familie te bespreken.
- Uitleg geven over dwangtoepassing op de afdeling.
- Vragen aan familie of ze mee denken bij het opstellen van een behandelplan en begeleidingsplan.
- Voor- en nabespreken van separaties wordt altijd besproken met cliënt en familie, in dit gesprek wordt familie gevraagd of ze hierbij willen zijn.

De herkenbaarheid voor familie en cliënt van wie er werken op de afdeling is in onze ogen erg belangrijk. Om dit doel te realiseren is een fotolijst gemaakt met alle verpleegkundigen en behandelaren en hun namen. De fotolijst hangt op een zichtbare plek op de afdeling.

Ontslag/overplaatsing

Tijdens de opname wordt bekeken of de cliënt hierna overgeplaatst wordt naar een andere afdeling, bijvoorbeeld de open kliniek of dat de cliënt naar huis kan, al dan niet met ambulante ondersteuning. De familie wordt bij dit proces betrokken en kan hierin participeren. Bij eventuele verlofperiodes wordt dit voor- en nabesproken met familie. Dit is een onderwerp voor het familiegesprek. Feedback vragen aan cliënt door cliëntenfeedback en aan familie bij het exitgesprek.

De comfortroom

Inleiding

In het kader van het project om dwang en drang in de psychiatrie terug te dringen is opnamekliniek Zuiderpoort op zoek gegaan naar interventies om cliënten die gespannen/onrustig of boos zijn rust te kunnen bieden en een-op-een te kunnen begeleiden, buiten de separeerruimte. De comfortroom is hier uit voort gekomen.

Voor wie is het bedoeld

De comfortroom is bedoeld voor cliënten met een psychiatrisch toestandsbeeld die opgenomen zijn in een gesloten setting:

1. Cliënten die angstig, onrustig en/of boos zijn en even een rustige ontspannen omgeving nodig hebben.
2. Cliënten die wel een-op-een te begeleiden zijn maar niet kunnen functioneren in een groep.

Doelstelling

Een comfortroom is een prettig ingerichte ruimte op een afdeling, waar cliënten die onrustig, gespannen, angstig of geagiteerd zijn, kunnen verblijven om weer tot rust te komen.

De comfortroom komt niet in plaats van de separeerruimte, maar kan als preventief middel/ interventie worden ingezet. In de kamer kan muziek worden gespeeld, er liggen kussens, er kan een dvd worden gekeken (die rustgevend is, zoals watervallen enzovoorts). Er kan lekker gelegen worden op een bank/sofa. In de comfortroom is geen tl- maar wel rustgevende sfeerverlichting. De muren hebben rustige warme kleuren.

Alles gericht op het brengen van rust.

De plaats van de comfortroom is op de afdeling. Het liefst in het zicht van de verpleging.

Registratie

Het is van belang voor de evaluatie van de comfortroom om de komende periode de inzet daarvan te registeren. In de bijlage het formulier.

Wanneer er niet geregistreerd wordt, kunnen we geen goede inschatting maken of de comfortroom functioneel is.

Wat biedt deze ruimte?

Het is een ruimte die huiselijk is ingericht met warme kleuren en comfortabele meubels. De ruimte is gecreëerd met de gedachte dat het cliënten rust zal

geven. De inrichtingselementen dragen hieraan bij, zoals planten, sfeerverlichting, warme gordijnen.

Algemeen

Verlichting, elektronica en aromatherapie zijn door middel van de witte afstandsbediening eenvoudig in te schakelen. Deze afstandsbediening ligt in de bovenste keukenkast.

Aromatherapie

Deze gaat aan door middel van de witte afstandsbediening en werkt op stroom. De verschillende geuren staan in de tv-kast, enkele druppels van de gewenste geur op de paarsblauwe warmteplaat druppelen en de rest gaat vanzelf.

Dvd met rustgevend filmmateriaal

Werking dvd en tv spreken voor zich. De dvd's liggen in de tv-kast. Dvd-gebruik alleen voor deze ruimte.

Cd-speler met rustgevende muziek

Werking cd-speler spreekt voor zich. De verschillende cd's liggen in de tv-kast. Cd-gebruik alleen voor deze ruimte.

Thee

Verschillende soorten thee, reguliere thee en rustgevende thee. Gebruik alleen voor deze ruimte.

Plaids

Op de zwarte tafel liggen plaids. Wanneer iemand op de bank wil liggen met een plaid over zich heen is dat mogelijk.

Diverse boeken en spelmateriaal

Gebruik van spelmateriaal alleen binnen deze ruimte. Boeken kunnen wel buiten deze ruimte worden gelezen.

Muziekinstrumenten

We hebben diverse soorten instrumenten aangeschaft. Deze mogen onder begeleiding van activiteitenbegeleiding of verpleging worden bespeeld (mag ook buiten de ruimte maar moet wel meteen na gebruik terug en gebruik blijft onder begeleiding).

Wees zorgvuldig met dit materiaal, het is erg kostbaar!

Verzorgingsmateriaal

Er is verzorgingsmateriaal in de ruimte voor bijvoorbeeld een voetenbadje of gezichtsmasker.

Ook is er een voetmassagebad.

Richtlijnen comfortroom

Voor wie is de comfortroom bedoeld?

1. Cliënten die angstig, onrustig en/of boos zijn en even een rustige ontspannen omgeving nodig hebben.
2. Cliënten die wel een-op-een te begeleiden zijn maar niet kunnen functioneren in een groep.

Richtlijnen

1. Gebruik van de comfortroom wordt geregistreerd, dit is om het effect na drie maanden te kunnen evalueren.
2. Als verpleegkundige kun je het crisisontwikkelingsmodel gebruiken als leidraad. Wees je bewust van de fase waarin de cliënt op het desbetreffende moment verkeert.
3. De comfortroom wordt als interventie ingezet bij fase 1, als verpleegkundige schat je in of de comfortroom de juiste interventie is op dat moment, of dat je andere interventies toepast. Ook kan de comfortroom gebruikt worden in fase 4, terugkeren naar ontspanning.
4. Een-op-eenbegeleiding door een verpleegkundige.
5. Na maximaal één uur bepalen in welke fase de cliënt verkeert en besluiten of het verblijf moet worden doorgezet ja of nee.
6. De comfortroom is een interventie, die niet gebruikt mag worden onder dwang.
7. De comfortroom kan ook gebruikt worden als familie wordt ingezet bij spanning-/angstreductie.
8. Te allen tijde wordt het verblijf in de comfortroom nabesproken met de cliënt.
9. Opnemen als interventie in het begeleidingsplan en in behandelplan.
10. Huisdier kan mee naar de comfortroom op indicatie van verpleegkundige.

Verpleegkundigen zijn meer op de groep, minder in het verpleegkantoor

Inleiding

Binnen dit derde thema van het project Dwang en drang is het van belang dat het team van vervolgekliniek Westerbos zich bewust is van de tijd die het doorbrengt in het verpleegkantoor in plaats van op de groep bij de cliënten. Het meer op de groep aanwezig zijn heeft onder andere een belangrijke preventieve functie in het vroegtijdig signaleren van opkomende spanning en irritatie binnen de groep. Het brengen van een huiselijke en gezellige sfeer binnen de groep bevordert het de-escalerend werken.

Binnen de afdeling is het belangrijk om geregeld kritisch te kijken naar de eerder opgestelde en omschreven taken en werkafspraken. Deze zijn binnen Westerbos beschreven in het werkschema. Dit werkschema is na de start van de afdeling in 2006 nog niet geëvalueerd en bijgesteld. Een van de meest tijdrovende taken van de verpleegkundige is de schriftelijke en mondelinge rapportage. Op Westerbos wordt er vier keer per dag mondeling overgedragen. In totaal nemen deze overdrachten gemiddeld anderhalf uur tijd in beslag. In deze tijd ben je als hulpverlener niet beschikbaar voor de cliënt.

Doel van deze best practice is om te streven naar een efficiëntere overdracht en daarmee meer beschikbaarheid op de afdeling.

Gewenste situatie

Vervolgklinik Westerbos staat voor gastvrijheid bij onder andere het bieden van verpleegkundige zorg. Wij streven naar continue beschikbaarheid van verpleegkundigen op de groep, met als doel een ontspannen sfeer en het voorkomen van spanning, irritaties, onrust en angst bij cliënten en een vermindering van agressie-incidenten op de afdeling.

Dit willen we mede bereiken door de volgende acties:

- Alle afspraken worden op elkaar afgestemd en vastgelegd in de agenda. Een voordeel van effectief afstemmen is dat er minimaal twee van de drie verpleegkundigen op de groep/in de huiskamers aanwezig kunnen zijn. Hiertoe wordt per dienst bekeken welke cliënt(en) een vaste collega's als aanspreekpunt nodig heeft/hebben; welke collega's multidisciplinair overleg heeft/hebben en wie van de collega's op huiskamer 1 of 2 werkt.
- Het werkschema is geëvalueerd en aangepast, wat inhoudt dat het volledige behandel- en activiteitenaanbod staat beschreven. Tevens zijn de inhoud en de tijden van de aangeboden activiteiten benoemd en aangepast. Het behandel- en activiteitenaanbod is bekend bij het team en bij de cliënten. Een

schriftelijk overzicht van dit activiteitenaanbod wordt cliënten aangeboden bij opname.

- De cv'er/pb'ers dragen zorg voor de keuzes van cliënten uit het behandel-/activiteitenaanbod. Tevens dragen ze zorg voor de coördinatie en continuïteit bij het volgen van onderdelen uit het behandel-/activiteitenaanbod. Teamleden rapporteren volgens de daaraan gestelde eisen en lezen bij aanvang van hun dienst de voortgangrapportages in IRIS. Het lezen van de rapportage kan indien wenselijk op de groep plaats vinden.
- De mondelinge overdrachten van 8.30 en 15.00 uur vervallen. Een uitzondering wordt gemaakt voor calamiteiten, deze worden in het kort benoemd.
- Er worden minimaal twee laptops aangeschaft, met als doel te gaan rapporteren op de groep met de cliënt.
- Het is belangrijk dat het verpleegkantoor een gastvrije en open uitstraling heeft. Dit kan worden bereikt door de luxaflex in de hoogste stand te zetten en de kantoordeur open te zetten als verpleegkundigen in het kantoor aanwezig zijn. Cliënten kunnen altijd even binnenlopen voor vragen of gewoon om een praatje te maken als zij daar behoefte aan hebben.
- Aan de hand van de CAN, het begeleidingsplan, de rapportage en signaleringsplannen zal nauwlettend ingeschat worden in welke fase van het crisisontwikkelingsmodel de cliënt zich bevindt. Zonodig zal hierop geanticipeerd worden zoals geleerd in de weerbaarheidstrainingen en trainingen van het Tri-fier.
- Er vindt cliënttoewijzing plaats waarbij er elke dag een verdeling gemaakt wordt welke verpleegkundigen welke cliënten begeleiden. Op deze manier zal de cliënt de aangeboden zorg als één geheel ervaren, in plaats van de ervaring van gefragmenteerde zorg die vaak optreedt als er geen afspraken worden gemaakt omtrent toewijzing van cliënten. Daarbij heeft de toegewezen verpleegkundige een goed beeld van de cliënt en kan hierop goed en snel anticiperen.

* Voor een overzicht van de resultaten naar aanleiding van de organisatorische en zorginhoudelijke taken zie bijgevoegd schema.

Actieschema

Minder aanwezig zijn in het verpleegkantoor, meer aanwezig zijn op de groep/in de huiskamers.

Doel: de-escalerend werken, vroegtijdig signaleren van spanningen, opkomende crisis.

Geen nee hoeven te verkopen naar cliënten.

Organisatorische acties	Zorginhoudelijke acties	Resultaat
Efficiënter gebruik agenda, door alle activiteiten te synchroniseren. Specifieke aandacht voor het aanwezig zijn op de groep.	Altijd aanspreekbaar zijn voor de cliënten.	- Cliënten zijn meer gesteund door constante aanwezigheid van begeleiding.
De afspraken in de agenda worden verdeeld in zorgafspraken en directe zorgafspraken. Optimaal werkschema.	- Linkerpagina: cliëntgerelateerde afspraken. - Rechterpagina: BG-afspraken met behandelaar(s), paramedische afspraken, overlegvormen.	- Efficiënte dagindeling, betere afstemming van ieders taken. - Begeleiding heeft meer tijd om op de groep/in de huiskamers aanwezig te zijn.
Een B-dienst maakt per dienst de taak-/werkverdeling (zie werkschema). Late dienst neemt taak-/werkverdeling over of vult zonodig aan.	Cliënten worden per huiskamer 1 en 2 verdeeld tussen de drie vaste diensten. Één dienst is dan 'vliegende keep'.	- ROR (rust, orde, regelmaat) binnen de cliëntengroep. - Altijd aanspreekbaar zijn. - Meer overzicht en continuïteit van zorg. - Duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is.
De vaste diensten worden ondersteund door leerlingen/stagiaires.	- Verzorgen dagopening. - Krant lezen met cliënten. - Persoonlijk agendagebruik door cliënten stimuleren. - Attenderen op/begeleiden behandelaanbod. - Meedelen buitendeur wel/niet open vandaag.	- Leermomenten voor leerlingen/stagiaires. - Duidelijkheid en gevoel van veiligheid voor cliënten.
Op het white board wordt vermeld: Welke verpleegkundige voor welke huiskamer (1 of 2) of welke cliëntengroep verantwoordelijk en aanspreekpunt is.	- BG is vast aanspreekpunt voor de cliënten van de desbetreffende huiskamer/toegewezen groep. - Draagt zorg voor alle (vaste) afspraken rondom cliënten.	- Voor cliënten niet nodig om te shoppen. - Bevordert de continuïteit van zorg.
Huiskamer-/groepsverantwoordelijk verpleegkundige rapporteert over desbetreffende cliëntengroep.	Rapportage zoals afspraak.	Zie 8 aandachtsgebieden.
Kantoordeur staat open als verpleegkundige in het kantoor aanwezig is.	Cliënt ervaart gastvrijheid.	- Toegankelijkheid. - Minder irritatie bij cliënten.
Luxaflex is omhoog.	Cliënt ervaart gastvrijheid.	Transparantie wat er gebeurt naar de cliënt toe.

Uitgangspunten:

- Er is altijd een BG/groepsverpleegkundige aanwezig in de huiskamers(1+2).
- Teampauze is buiten de afdeling. Er blijven altijd twee collega's achter op de afdeling, collega's wisselen elkaar af.
- Teampauze eventueel samen met andere Westerboscollega's?

- Elke dienst laat afdeling/kantoor netjes achter voor de volgende dienst!
Denk hierbij ook aan waszakken/vuilniszakken/wasgoed (wasmachine/droger).
- Tijden behandelaanbod staan op de G-schijf.
- BG rapporteert in voortgangrapportage en maakt een korte samenvatting in overdrachtsrapportage van de belangrijkste rapportagepunten.
- Nachtdienst inventariseert de belangrijkste informatie uit de overdrachtsrapportage en verwerkt deze informatie in de werkmap.
- Dienstdoend teamlid is altijd eindverantwoordelijk voor de coördinatie en continuïteit van zorg rondom de cliënt(en).

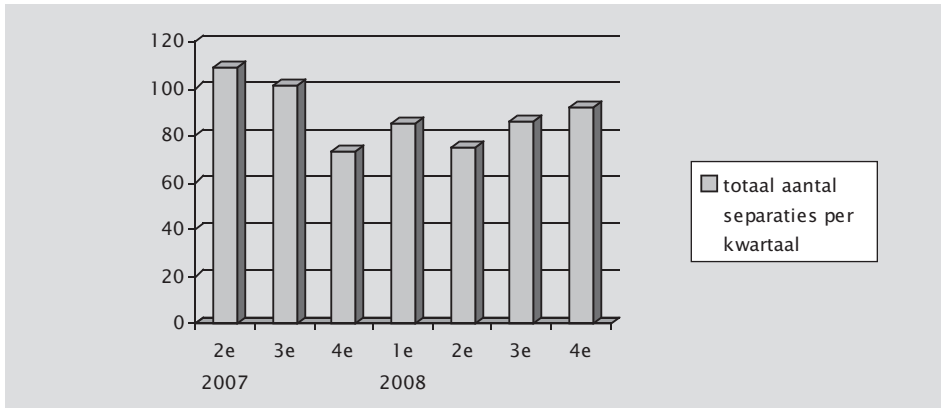
Resultaten

Gedurende de looptijd van het project is er een registratie bijgehouden van de ingezette vrijheidsbeperkende interventies. Dit is een verplichting vanuit GGZ Nederland en maakt dat de inzet van vrijheidsbeperkende interventies beter te vergelijken is tussen afdelingen en instellingen (Projectgroep Argus, 2008a, b). Een aantal van deze gegevens wordt ook opgenomen als prestatie-indicator. Bij GGZ inGeest is er vanaf april 2007 dataverzameling van de ingezette vrijheidsbeperkende interventies (voornamelijk separaties). Een separatie wordt gedefinieerd als alle opgetelde episodes die iemand in de separeer verblijft totdat diegene er 24 uur uit is gebleven.

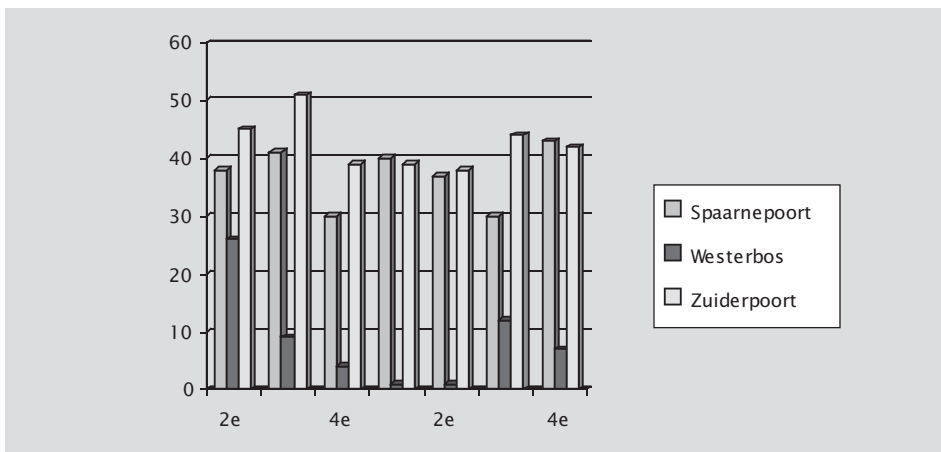
Bij registratie kunnen er twee soorten fouten optreden. Fouten gemaakt door verpleegkundigen bij het invullen van de formulieren (verkeerde datumaanduidingen, dubbele registraties, vergeten registraties) en fouten bij het verwerken van de formulieren. Er is daarom gecontroleerd op gegevens die aantoonbaar fout zijn (datumaanduidingen buiten registratieperiode, overlap in tijden verschillende interventies, enzovoorts) en er is gekeken naar 'onlogische' data. Separaties die starten of eindigen op middernacht. Dit kan natuurlijk waarheidsgetrouw zijn, maar kan toch vooral duiden op het ontbreken van registraties (er wordt per etmaal een formulier ingevuld). In de rapportages is gekeken of de registratie dan onvolledig is of dat de cijfers toch overeenkomen met de werkelijkheid. Door te controleren op deze twee foutmogelijkheden is getracht de betrouwbaarheid van de cijfers zoveel mogelijk te garanderen. Gezegd moet worden dat de registratie van opnamekliniek Westerbos aantoonbaar te wensen overlaat. Deze gegevens moeten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Wanneer na een jaar onderzocht wordt hoe het er met de doelstellingen voor staat, blijkt dat bij vergelijking van het tweede kwartaal van 2007 met het laatste kwartaal van 2008 er in aantal separaties een daling zichtbaar is van 16 % (*figuur 1 en 2*). De duur van separaties is in diezelfde periode met 51 % gedaald (*figuur 3 en 4*). Duurde een separatie in het tweede kwartaal van 2007 gemiddeld 66 uur, in het vierde kwartaal van 2008 is dat teruggebracht naar 47 uur, een daling van 29 %.

Figuur 1: totaal aantal separaties per kwartaal

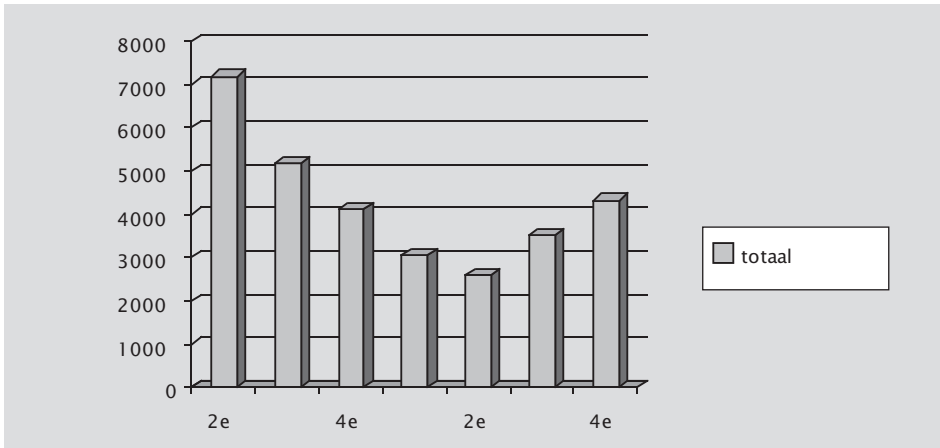


Figuur 2: totaal aantal separaties per kwartaal, opgesplitst naar afdeling

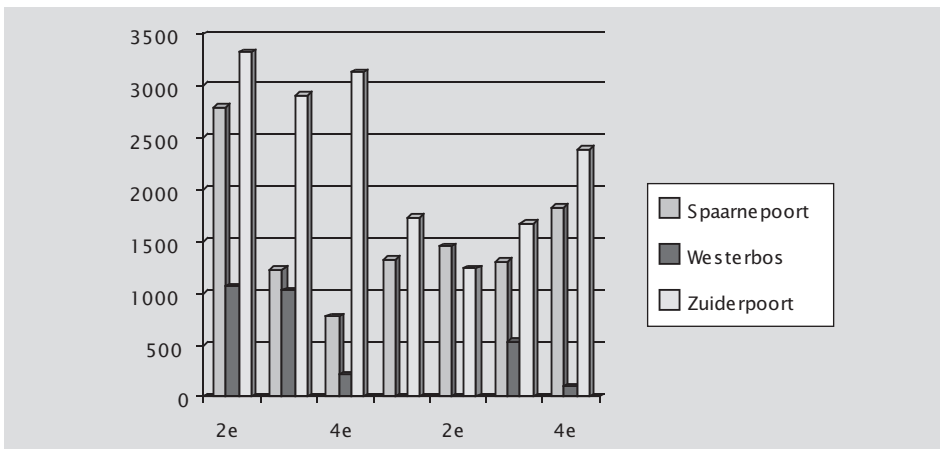


Een aanzienlijk deel van de daling in aantallen separaties kan worden toegeschreven aan het feit dat er op Westerbos, ondanks de matige kwaliteit van de registraties, nog maar sporadisch gesepareerd wordt. Op de twee gesloten afdelingen blijft het lastiger om separaties daadwerkelijk te voorkomen, maar ook daar is sprake van een (geringe) daling. De daling in de duur van separaties laat zien dat er veel eerder gedesepareerd wordt, dit wil zeggen dat cliënten eerder weer terug kunnen naar de afdeling. Ook hier zijn op afdelingsniveau fluctuaties te zien.

Figuur 3: totaal aantal uren separaties per kwartaal



Figuur 4: totaal aantal uren separatie per kwartaal, opgesplitst naar afdeling



Uiteindelijk kan gesteld worden dat we de doelstelling in daling van aantal separaties niet gehaald hebben. De doelstelling in het terugbrengen van de duur van separaties is daarentegen wel gehaald.

Cijfers alleen zeggen natuurlijk niet alles.

Binnen de doelstelling hebben we ook gesteld dat we er naar streven dat deze vermindering niet wordt verruild met andere, even schadelijke, interventies.

Gezien het feit dat de BOPZ-registratie over 2007 slecht voorhanden is, is het moeilijk om inzicht te krijgen in eventuele verschuivingen naar bijvoorbeeld een toename van dwangmedicatie. Er lijkt echter weinig reden om aan te nemen dat

dit het geval zou zijn. Signalen die hierop zouden wijzen, zouden ook los van de BOPZ-registratie bekend moeten zijn bij behandelaars en/of teamleiders.

Discussie en conclusie

Er is veel gewonnen sinds de start van het project. De bewustwording bij de deelnemende teams dat er anders moet en kan worden omgegaan met dwang-toepassingen is enorm toegenomen. De veranderde werkwijzen die zijn ingezet aan de hand van de ontwikkelde best practices, de deskundigheidsbevordering die Trifier heeft aangeboden en het werken volgens het crisisontwikkelingsmodel lijken positieve effecten bewerkstelligd te hebben. Deze ingezette interventies hebben gezorgd voor een proactieve houding ten aanzien van oplopende spanningen en mogelijk escalerend gedrag. Veel is geïnvesteerd in preventie van escalaties en dit lijkt voorzichtig zijn vruchten af te werpen. Een directe oorzaak-en-gevolgrelatie is echter moeilijk aan te tonen.

Kwalitatieve evaluaties van de veranderde werkwijzen zullen inzicht moeten geven in de ervaringen van cliënten. Ook onder hulpverleners zullen komend jaar de werkwijzen geëvalueerd worden. Op basis van deze evaluaties zullen de best practices eventueel worden bijgesteld, voordat zij definitief in de kwaliteits-handboeken kunnen worden opgenomen.

Naast alle positieve resultaten liggen er ook nog voldoende uitdagingen op ons te wachten. Een aantal van de best practices zijn weliswaar beschreven, maar zullen nog verder geïmplementeerd moeten worden op de afdeling.

De fluctuaties in de registraties laten zien dat de behaalde resultaten nog beïnvloed worden door veel verschillende factoren zoals beschikbaarheid van (vast en gekwalificeerd) personeel, wisselingen in cliëntenpopulatie, tijd en aandacht van voortrekkers. Het volledig inslijpen van nieuwe werkwijzen bij alle betrokkenen kost gewoonlijk meer tijd dan het bedenken ervan. Er zal blijvende energie en aandacht nodig zijn om de behaalde resultaten vast te houden en uit te breiden.

Het belang dat gehecht kan worden aan de cijfers die worden verzameld met behulp van de ARGUS-registratie is gebaat bij een grote zorgvuldigheid in die registratie. Ook dit vraagt blijvende aandacht. De directe terugkoppeling van de kwartaalcijfers naar de deelnemende multidisciplinaire teams en de bijbehorende analyse van die cijfers maakt dat er een continue leercirkel mogelijk is. Deze leercirkel kan echter nog verder geoptimaliseerd worden.

Vervolg

De reikwijdte van het project zal in het vervolg van dit project worden uitgebreid. Met de politie in de regio zijn intenties uitgesproken om als testregio te fungeren voor een door de Politieacademie ontwikkeld lesprogramma over het

omgaan met agressie voortkomend uit psychiatrische problemen. Voor de ambulanceverpleegkundigen uit de regio Kennemerland start in april 2009 bijscholing op dit gebied.

Met de Amsterdamse opnameklinieken van GGZ inGeest gaat komend jaar gekeken worden welke interventies we wederzijds van elkaar over kunnen nemen en hoe de projecten te integreren zijn tot een samenhangend geheel van beleid en werkafspraken met betrekking tot dwangtoepassingen. Het jaar 2009 zal voor de opnameklinieken in Hoofddorp, Bennebroek en Haarlem in het teken staan van het verder implementeren en borgen van de gewijzigde werkwijzen die in de best practices vastliggen. Verder zijn de twee gesloten opnameafdelingen op zoek naar financiën om op elke afdeling twee separeercellen te kunnen sluiten en te vervangen door een intensive care-unit.

Alles overziende moet de eindconclusie zijn dat er afgelopen twee jaar veel geïnvesteerd is in het uitwerken van de visie op 'de eerste vijf minuten' en de daaruit voortvloeiende best practices. Na een aanvankelijke sterke daling in aantal en duur van separaties, is het lastig gebleken om deze trend vast te houden. Komend jaar zal moeten uitwijzen of we de veranderde werkwijzen zodanig kunnen integreren in onze dagelijkse praktijk dat deze minder beïnvloed wordt door wisselingen in personeel en cliëntenpopulatie.

Dankwoord

Rest mij niets anders dan op deze plaats nog een aantal van de 'pioniers' te bedanken. In de eerste plaats wil ik alle medewerkers van de deelnemende afdelingen bedanken voor hun inzet en voor hun bereidheid hun vertrouwde werkwijze en denkbeelden ter heroverwegen en zich hierin kwetsbaar op te stellen. Het is een gezamenlijke zoektocht geweest naar andere werkwijzen en een andere houding, maar gaandeweg het project kreeg ik steeds meer geluiden terug dat het weliswaar veel energie kost om op een andere manier naar je werk en handelen te kijken, maar dat het uiteindelijk meer positieve energie oplevert. De zoektocht is nog lang niet teneinde, maar het vertrouwen dat het anders kan en moet is groot.

Een project kan niet zonder voortrekkers en ik wil er hier dan ook een paar bij naam noemen.

Allereerst de projectmedewerkers en verpleegkundigen: Janneke Kleve, die halverwege het stokje heeft overgedragen aan Paul Keppel; Remy Welleman die werd voorgegaan door Guy Geerits; en Els Berkheij. Vervolgens de ervaringsdeskundigen Mieke Mostermans en Tim Kreuger, die met hun creatieve en opbouwende inbreng menig projectgroep lid en hulpverlener de ogen hebben geopend. Ook Heleen Vissers en Elsbeth de Ruyter, respectievelijk directeur algemene zaken en directeur behandelenzaken, wil ik graag bedanken voor hun steun en enthousiasme om op het juiste moment de juiste mensen te benaderen binnen de organisatie. Als laatste wil ik graag Sander Overdevest bedanken voor alle energie die hij heeft gestopt in het gepuzzel met de ARGUS-data. Altijd goed om te merken dat er mensen zijn die dit erg goed kunnen en nog leuk vinden ook! Voor mij was dit het meest leerzame en inspirerende project dat ik tot nu toe heb mogen begeleiden. Ik heb veel van eenieder geleerd, dank hiervoor!

Barbara Stringer, projectleider

Referenties

Anonymus (1974). Isolatiecel. *Gekkenkrant*, 1 (3), 11.

Bijma M & Hutschemaekers G (2007). Samenwerken voor minder dwang. Een onderzoek naar de bijdrage van familie- en systeemleden aan het verminderen van dwangtoepassing. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 62 (9), 734-743.

Clëntenorganisatie GGzE (2007). *Open Deuren*. Eindhoven: Uitgeverij De Hoven BV.

Colton D (2004). *Checklist for assessing your organization's readiness for reducing seclusion and restraint*.

IGZ (2008). *Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg*. Den Haag, Inspectie voor Gezondheidszorg.

Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British journal of psychiatry* 191, 298-303.

McAllister M, Matarasso B, Dixon B, Shepperd C (2004). Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11, 575-582.

Projectgroep Argus (2008a). *Argus. Registratie vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ, versie 1.2*. Amersfoort: GGZ Nederland, interne uitgave.

Projectgroep Argus (2008b). *Argus. Implementatieprocesbeschrijving*. Amersfoort: GGZ Nederland, interne uitgave.

Stolker JJ, Nijman H & Zwanikken P (2004). Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 193-204.

Veldhoen L & Ree F van (1980). *Eenzame opsluiting: een aanklacht tegen de machtigen in politiek, wetenschap en maatschappij*. De Meern: Spectrum.

Werf B van der (2002). *Reflections on the Trondheim meeting*. Privé-uitgave.