

Intensive Care in de GGZ

Op weg naar veldnormen

11 maart 2010

GGZ Nederland
Amersfoort

Dit rapport is opgemaakt in opdracht van GGZ Nederland door drs. H.E. (Els) Borgesius,
Van de Bunt, adviseurs voor organisatie en beleid.

VOORWOORD

In dit rapport ontwikkelt GGZ Nederland haar visie op Intensive Care in de GGZ, voortbouwend op de brief van 19 mei 2009 van Minister Klink over ‘Beleidsvoornemens terugdringen Dwang en Drang’.

Dit rapport is een tussenstap. Een expertgroep van 25 psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, stafmedewerkers en managers, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Landelijk Platform cliënten familieorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg (LPGGz) heeft intensief en snel gewerkt. De focusgroepen van patiënten, familieleden en professionals hebben een schat aan kennis opgeleverd.

In de expertgroep verschoof de focus van normen voor dwang en drang naar normen voor een professionele uitvoering van zorg en behandeling op een IC, waarbij het gebruik van separatie en andere vormen van dwang zoveel mogelijk voorkomen wordt. Duidelijk werd dat IC onderdeel moet zijn van een keten met ambulante voorzieningen en opnameafdelingen. Dat maakt ‘stepped care’ mogelijk en continuïteit van hulpverleningscontacten. Vanuit die benadering en regionale behoeften kunnen instellingen tot verschillende keuzen komen, zoals het oprichten van een aparte IC of het inrichten van opname afdelingen met een IC-functie.

Een dergelijk flexibel concept doet recht aan de stand van zaken, waar het wiel nog niet definitief is uitgevonden, maar waar op vele plaatsen actief wordt gepoogd de zorg te verbeteren. Een dergelijk flexibel concept maakt het mogelijk om kwaliteitsnormen voor IC én de opnameafdelingen tegelijkertijd te formuleren. Echter, tevens kan in deze fase nog niet worden gesproken van vaststaande veldnormen. Dat bleek ook uit een reactie van het LPGGz, die haar fiat niet kon geven aan dit rapport wanneer het beschouwd zou worden als een vastlegging van veldnormen.

De veldnormen vragen onder andere om aanvulling van een multidisciplinaire richtlijn (MDR) drang en dwang. Daarin zal nog verder gezocht moeten worden naar consensus van (ex)patiënten, professionals en familieleden en juristen. Dat vergt een langer en breder traject. Onlangs heeft het Trimbos Instituut hierover geadviseerd.

‘Op weg naar veldnormen voor een IC functie’ weerspiegelt een snelle en productieve ontwikkeling in de ggz. In tien jaar tijd zijn ideeën over IC, een op een begeleiding, comfortrooms en het terugdringen van separaties nu gemeengoed, evenals de term gastvrijheid’ en de transmurale aanpak. Die recente inzichten krijgen extra dimensie doordat ze op vele plaatsen ontstaan vanuit samenwerking tussen professionals, ervaringsdeskundigen, patiënten- en familieorganisaties en andere deskundigen, met een gemeenschappelijke drive voor een humaner klimaat in de ggz.

Dit document moet beschouwd worden als een groeidocument, waarin al een flinke aanzet is gedaan. Daarmee kunnen de instellingen aan de slag om hun IC functie vorm te gaan geven. Op basis van de ervaringen die met de implementatie ervan worden opgedaan, kan verder worden gewerkt aan veldnormen. Dat past goed naast een gelijktijdig MDR traject. Wanneer de IC aanpak meer is uitgekristalliseerd, zal een businesscase meer duidelijkheid kunnen verschaffen over de benodigde faciliteiten, menskracht en kosten van de IC functie.

Wij danken alle betrokkenen die mee hebben gewerkt aan deze concrete stap op weg naar een betere geestelijke gezondheidszorg voor mensen die op een uiterst kritiek punt van hun leven worden geconfronteerd met interventies die een grote impact kunnen hebben.

drs. M.A.M. (Marleen) Barth
Voorzitter GGZ Nederland

Inhoudsopgave

1. SAMENVATTING	1
2. VISIE OP INTENSIVE CARE	5
2.1. IC op opnameafdelingen	5
2.2. Doelgroep.....	6
2.3. Indiciestelling, diagnostiek en behandeling	7
2.4. Ketenkwaliteit is voorwaarde.....	8
2.5. Oplopende intensiteit.....	10
2.6. Multidisciplinair werken	11
2.7. Rol van de naastbetrokkenen.....	11
2.8. Betrokken en competente professionals.....	12
2.9. Borging, beleid en management.....	13
2.10. Relatie met dwang en drang	13
2.11. Practice based interventies	15
2.12. Formatie	15
2.13. Financiering.....	15
3. VELDNORMEN	17
3.1. Inleiding	17
3.2. Afstemming met overige kwaliteitscriteria.....	18
3.3. Competenties professionals.....	19
3.4. Bejegening.....	22
3.5. Diagnostiek, behandeling en structuur	24
3.6. Scholing, intervisie en trainingen.....	25
3.7. Teamsamenwerking	25
3.8. Teamsamenstelling en formatie	26
3.9. Deskundigheid, methodisch en geprotocolleerd werken.....	27
3.10. Deskundigheidsniveau teamleden.....	29
3.11. Naastbetrokkenen	29
3.12. Transmurale (keten)zorg	30
3.13. Veiligheid.....	31
3.14. Beleid en management	33
3.15. Ruimtelijke vormgeving.....	33

1. **SAMENVATTING**

GGZ Nederland kiest voor de term Intensive Care (IC) in de ggz, gezien de overeenkomst met de functie van de IC in de somatische zorg. Daar is sprake van 24-uurs monitoring en geavanceerde interventies bij ernstig zieke mensen. Intensive Care in de ggz is 7 x 24-uurs klinische zorg voor ernstig zieke patiënten die voor hun veiligheid en/of vanwege ernstige symptomen of functiestoornissen en/of een hoge mate van verlies van zelfcontrole niet op een reguliere opnameafdeling kunnen verblijven. Zij hebben zeer intensieve behandeling nodig en soms een op een begeleiding, waarbij een intensieve multidisciplinaire werkwijze nodig is om schade te voorkomen en herstel te bewerkstelligen. Deze zorg dient plaats te vinden onder veilige omstandigheden, waar gespecialiseerde professionals snel beschikbaar zijn (M. Dominic Beer e.a., 2008, Pereira & Clinton, 2008).

De doelgroep voor IC op een opnameafdeling betreft ernstig zieke patiënten, die een aanzienlijk risico lopen op ernstige schade en/of verder achteruit dreigen te gaan. Symptomen kunnen zijn: ernstig verward, ernstig suïcidaal, extreem angstig, zelfdestructief, agressief en/of ander moeilijk te hanteren onvoorspelbaar gedrag. De symptomen kunnen naast een psychiatrische stoornis ook veroorzaakt worden door alcohol- en drugsgebruik. IC wordt gegeven aan patiënten van alle leeftijden: jeugd, volwassenen, ouderen binnen de voor die leeftijdscategorie bestemde voorzieningen. De ernst van de situatie kan alleen worden afgewend door acuut zeer intensieve zorg te leveren, waarbij de patiënt continu in het oog wordt gehouden en een op een zorg wordt verleend. In veel gevallen zal het gaan om patiënten die in een situatie verkeren waar verplichte zorg dreigt of waar verplichte zorg reeds wordt geboden. Maar ook zonder dreiging van verplichte zorg kan in bepaalde gevallen IC geïndiceerd zijn.

IC betekent een gestructureerde, kortdurende, zeer intensieve zorg die tot doel heeft het acute gevaar weg te nemen, de gezondheid en het welbevinden van de patiënt te bevorderen en de vastgelopen communicatie tussen de patiënt en de omgeving te herstellen.

De indicatie voor IC wordt gesteld door de verwijzende psychiater. De beslissing wordt genomen door de psychiater die verantwoordelijk is voor de IC, in samenspraak met de verwijzer. Deze samenwerking garandeert een snelle beëindiging van de IC. Diagnostiek van hoog niveau, ook op het gebied van somatische comorbiditeit, verslaving en verstandelijke handicaps is noodzakelijk. Voor de somatische comorbiditeit kan consult van een internist of neuroloog worden ingeroepen. Voor comorbiditeit met verstandelijke handicaps kan een orthopedagoog geconsulteerd worden. Gezien de ernst van de ziekte en de acute situatie, zal de behandeling veelal bestaan uit medicatie en het bieden van structuur en veiligheid, met voldoende aandacht en activiteiten.

GGZ Nederland plaatst de inzet van IC in een reeks interventies met een toenemende intensiteit. Daarom kan IC het beste plaatsvinden op een goed uitgeruste opnameafdeling, waar alle middelen ingezet kunnen worden om dwang en drang te vermijden. Dit sluit aan op de aanbevelingen van het Inspectierapport 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg'¹. De opnameafdeling moet crises kunnen hanteren, oplopende spanningen kunnen de-escaleren en kunnen opschalen naar meer personeel.

IC is slechts van toegevoegde waarde als voldaan wordt aan de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de reguliere klinische en ambulante zorg. IC moet ingebed zijn in een keten, waarin de ambulante, outreachende teams voor lang- en kortdurende zorg samenwerken. Er is sprake van transmurale zorg, waarbij de verwijzer betrokken wordt bij de indicatiestelling en de behandeling. Voorwaarde voor een zo kort mogelijke duur van de opname is medeverantwoordelijkheid van de verwijzer voor het vervolg. Het moet mogelijk zijn om IC professionals in consult te vragen bij een patiënt in de keten voor advies bij dreigend vastlopen van de behandeling.

Multidisciplinair werken is een noodzakelijke voorwaarde om goede IC te kunnen leveren; een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling met een beslissende stem voor de psychiater is daarbij het uitgangspunt. In het team nemen deel: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sfp-ers, activiteitenbegeleiders en ervaringsdeskundigen. In de

¹ 'Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg'. Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGz Instellingen, Den Haag, december 2008.

kinder- en jeugdpsychiatrie kan een ervaren ouder als ervaringsdeskundige worden beschouwd. Vaktherapeuten, somatisch deskundigen (neuroloog en internist), juridisch consulent en maatschappelijk werkenden dienen op afroep beschikbaar te zijn.

De zorg en behandeling vinden altijd plaats in nauwe samenwerking met naastbetrokkenen, tenzij dit op grond van goed hulpverlenerschap niet mogelijk is. Door intensief contact met de naastbetrokkenen kan met hun kennis en ervaring de geleverde zorg sterk verbeterd worden.

De opnameafdeling met IC vereist specifieke en aantoonbare competenties van professionals. Het uitgangspunt hierbij is het bieden van een veilige omgeving voor de cliënt. Dit vereist dat professionals samenwerken en met een gelijkwaardige, gastvrije houding toekomstgericht contact maken met de cliënt. Het werk op een opnameafdeling met IC vergt grote stressbestendigheid en beslisvaardigheid, naast competenties op terreinen als onderhandeling, de-escalatie, klinische vaardigheden en psychofarmaca. Een IC opleiding voor verpleegkundigen zal er toe moeten leiden dat gespecialiseerde zorg geleverd kan worden.

IC stelt specifieke eisen aan de ruimtelijke voorzieningen, zoals eenpersoonskamers, een comfortroom en een aparte IC unit. Verder moet men kunnen opschalen naar meer personeel, als de crisis van patiënten en het daaruit voortvloeiende gedrag dat vraagt, opdat een op een begeleiding kan worden gegeven. Plaatsing in een aparte separeerruimte soms onvermijdelijk zijn, onder duidelijke voorwaarden en normen. Er moeten mogelijkheden zijn voor bloedafname, ECG en een snelle analyse van deze aanvullende onderzoeken.

Het bestuur en het management moeten een expliciete keuze maken voor een opnameafdeling met IC en deze voorzien van voldoende personeel en middelen, conform de (nog verder te ontwikkelen) veldnormen, waarvoor in deze rapportage een aanzet wordt gegeven.

De financiering van IC mag niet ten koste gaan van de reguliere zorg. In het vervolgtraject op deze veldnormen zal GGZ N met behulp van een 'business case' een

berekening maken van de omvang, de kosten en de opbrengsten van IC. Bekostiging via een DBC IC zal daarin worden meegenomen.

2. **VISIE OP INTENSIVE CARE**

2.1. **IC op opnameafdelingen**

IC wordt geleverd op opnameafdelingen en is daarmee een functie van een opnameafdeling. Voorwaarde is dat deze opnameafdelingen hoge kwaliteit leveren om zorg van oplopende intensiteit te kunnen bieden. Een patiënt is bij opname niet altijd voor IC geïndiceerd, maar kan dat wel worden. Een geleidelijke overgang naar een meer intensieve vorm van zorg is dan voorhanden, bij voorkeur op die opnameafdeling zelf. Immers, continuïteit van plaats, team (behandelaar) en eenzelfde visie en aanpak bevordert in hoge mate de-escalatie van de problematiek. Aangezien niet elke opnameafdeling een IC functie zal vervullen, zal overplaatsing naar een afdeling met IC functie niet altijd te vermijden zijn. Daarom is een goede interne ketensamenwerking tussen het insturende en het opnemende team van groot belang.

IC wordt hier afgebakend tot een klinische vorm van zorg. Dat laat onverlet dat in het gehele zorgproces, zowel voor als na opname, vormen van ambulante Intensive Care interventies ingezet kunnen en ook moeten worden om zoveel mogelijk een klinische opname met IC te voorkomen.

De doelstelling van opnameafdelingen met IC is:

- acuut gevaar wegnemen;
- het behandelen van de stoornis;
- het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van de patiënt;
- het creëren van perspectieven voor de patiënt, zodat herstel mogelijk wordt;
- het terugdringen van suïcides;
- de vastgelopen communicatie tussen patiënt en omgeving weer in beweging brengen;
- het voorkomen van alle dwang, in het bijzonder van separeren.

IC mag niet te kort duren, maar ook niet te lang, omdat juist een kortdurende interventie de patiënt in zijn vastgelopen context weer effectief in beweging kan brengen. De duur van IC kan variëren van een uur tot maximaal drie weken. Het gaat er om dat in die periode een (vertrouwens)relatie met de patiënt wordt opgebouwd om de patiënt de regie

over het eigen functioneren terug te geven, zodat herstel kan plaatsvinden. De maximum termijn van drie weken maakt het mogelijk om het insturende team alert en betrokken te houden bij de behandeling van de patiënt, zodat het in staat is deze snel weer over te nemen. Bovendien is drie weken een goede termijn om het effect van psychofarmaca zichtbaar te laten worden en deze eventueel bij te stellen.

2.2. Doelgroep

Patiënten komen voor IC in aanmerking als zij ernstig ziek zijn, een aanzienlijk risico lopen op ernstige schade, en/of verder dreigen te decompenseren. Symptomen kunnen zijn: ernstig verward, ernstig suïcidaal, extreem angstig, zelfdestructief, agressief en/of ander moeilijk te hanteren onvoorspelbaar gedrag, soms ook door alcohol- en drugsgebruik. IC wordt gegeven aan patiënten van alle leeftijden: jeugd, volwassenen en ouderen binnen voor die leeftijdscategorie bestemde voorzieningen.

De ernst van de situatie kan alleen worden afgewend door acuut zeer intensieve zorg te leveren, waarbij de patiënt continu in het oog wordt gehouden en een op een zorg wordt verleend. In veel gevallen zal het gaan om patiënten die in een situatie verkeren waar verplichte zorg dreigt of waar verplichte zorg reeds wordt geboden. Maar ook zonder dreiging van verplichte zorg kan in bepaalde gevallen IC geïndiceerd zijn.

Om voor IC in aanmerking te komen, dient de stoornis primair individugebonden te zijn, dat wil zeggen dat deze in de patiënt zelf ligt. Daarnaast is deze vaak ook contextgebonden, dat wil zeggen dat de patiënt, als gevolg van zijn stoornis, in de interactie met zijn omgeving is vastgelopen. Die omgeving kan de thuissituatie zijn, maar ook medepatiënten en hulpverleners van een reguliere (behandel)afdeling van de ggz instelling. Nadat vaak al van alles is geprobeerd, is deze omgeving ernstig ontwricht en overbelast geraakt.

De problematiek van de IC patiënt is niet aan een diagnose gebonden. Het gaat om het bestrijden en behandelen van de symptomen van de ziekte en het daaruit voortvloeiende gedrag, ongeacht de diagnose. Voor IC komen zowel 'nieuwe' patiënten als 'oude bekenden' van de psychiatrie in aanmerking. Het gaat om zowel ambulante als reeds opgenomen patiënten, die in een ernstige crisis zijn geraakt.

2.3. **Indicatiestelling, diagnostiek en behandeling**

De indicatie voor IC wordt gesteld door de insturende psychiater; de beslissing wordt genomen door de psychiater van de IC in nauwe samenspraak met de insturende behandelaar. Zo wordt optimaal commitment gerealiseerd van het insturende team voor beëindiging van de opname. De psychiater van de opnameafdeling met IC is eindverantwoordelijk voor het behandelbeleid aldaar.

Diagnostiek van hoog niveau, ook op het gebied van comorbiditeit, als het gaat om verstandelijke handicaps, somatische problematiek en verslavingsproblematiek is noodzakelijk. Gedragsstoornissen, zeker acute, kunnen te maken hebben met somatische problemen, maar ook met een verstandelijke handicap. Daarom is het op een IC noodzakelijk te beoordelen of de problemen mede veroorzaakt worden door somatische comorbiditeit of een combinatie met een verstandelijke handicap. Bijwerkingen van medicijnen kunnen acute gedragsproblemen geven. Delirante symptomen worden meestal veroorzaakt door onderliggend somatisch lijden. Ook een hersentumor kan ernstige gedragsveranderingen geven. Een arts zal medisch onderzoek moeten doen en moet kunnen terugvallen op consult van collega specialisten van een andere discipline, zoals een internist, neuroloog of orthopedagoog. De kennis van diagnostiek en behandeling op het gebied van verslavingsproblematiek (dubbele diagnose) is in de IC zelf aanwezig.

Gezien de ernst van de ziekte en de acute situatie, zal de behandeling veelal bestaan uit medicatie en het bieden van structuur en veiligheid, met voldoende aandacht en een ruim aanbod aan activiteiten, die dagelijks kunnen worden gevolgd. Er wordt een op het individu toegesneden aanbod gedaan, een groepsaanbod is voor deze doelgroep niet geëigend. Vooral beweging is een belangrijk onderdeel om spanning te reguleren. Daarvoor zal zowel binnen als buiten een afgeschermd ruimte beschikbaar moeten zijn. Er zijn mogelijkheden voor non-verbale therapieën, zoals creatieve, psychomotorische en muziektherapie, sport en spel (kinderen jeugdpsychiatrie). Aangezien het om een kortdurende interventie gaat, is het starten van een uitgebreid therapeutisch programma niet wenselijk. De genoemde therapieën kunnen hooguit bijdragen aan een dagprogramma waarin de patiënt zijn spanningen en emoties beter kan reguleren.

Relatie met zorgprogramma's

De meeste ggz instellingen hebben diagnosegerelateerde zorgprogramma's ontwikkeld, of zijn daarmee bezig. IC is daarentegen niet diagnose gerelateerd en is gericht op alle patiënten met een zeer intensieve zorgvraag waarbij het risico voor verplichte zorg dreigt.

Langdurende IC

Er bestaat een groep patiënten voor wie langdurende, zeer intensieve zorg nodig is. Een aantal instellingen heeft daar voorzieningen voor opgezet en ervaring mee opgedaan. In de nabije toekomst zal daar meer aandacht voor moeten komen, aangezien de praktijk al heeft laten zien dat deze vorm van langdurende intensieve zorg en behandeling effectief is. In deze visie beperken we ons echter tot de kortdurende vorm van IC op opnameafdelingen.

2.4. **Ketenkwaliteit is voorwaarde**

IC op opnameafdelingen staat niet op zichzelf, ook alle andere facetten van het zorgproces moeten van goede kwaliteit zijn; alleen dan kan de toegevoegde waarde van IC verzilverd worden. Daarom hecht GGZ Nederland veel waarde aan de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de reguliere klinische en ambulante zorg en aan de ketenafspraken die gemaakt worden tussen ambulant en klinisch. Door kwaliteitseisen te stellen aan alle opnameafdelingen, wordt het risico dat IC met een opstuwend effect te maken krijgt, beperkt.

Consultatieteams IC

Als de contextgebonden problematiek overheerst, of het nu gaat om de thuissituatie of een afdeling, is het raadzaam om eerst consultatie vanuit de IC in te roepen om de vastgelopen communicatie weer in beweging te brengen, voordat tot opname met IC wordt overgegaan. Een consultatieteam waar IC professionals deel van uitmaken, gaat samen met het team van de betreffende afdeling na welke interventies er zijn gehanteerd en welke nog mogelijk zijn. Een team van buiten kan met een frisse blik de situatie opnieuw bezien en creatieve oplossingen aanreiken.

Transmurale zorg

IC op opnameafdelingen stelt eisen aan het gehele zorgproces. Er moet dus ook veel aandacht zijn voor het voortraject en de nazorg. IC maakt onderdeel uit van de stappen die een cliënt kan doorlopen binnen de ggz. Deze ‘trap’ doorkruist én verbindt het ambulante- en het klinische werkveld, en gaat uit van de stepped-care gedachte. De reguliere zorg in de ggz is, afhankelijk van de situatie en de zorgvraag, het startpunt van het continuüm waarop de zorg indien nodig opgeschaald kan worden. Het doel is vervolgens altijd om de cliënt zo snel mogelijk te begeleiden naar minder intensieve zorgvormen, bij voorkeur in de eigen omgeving van de cliënt.

De relatie tussen outreachende teams voor intensieve zorg thuis enerzijds en klinische zorg anderzijds behoeft hier nadrukkelijk aandacht: wat is eraan voorafgegaan, wat heeft geleid tot deze crisissituatie en hoe moet het verder als de patiënt met ontslag gaat? Het aantal outreachende teams die intensieve zorg verlenen zijn de laatste jaren in Nederland flink gegroeid en zijn een bewezen effectieve interventie voor chronisch psychiatrische patiënten die, naast begeleiding en support om hun eigen leven (weer) vorm te geven, ook behandeling nodig hebben. Door de wisselende intensiteit aan zorg die bijvoorbeeld de (F)ACT teams bieden, is het mogelijk om op tijd te signaleren wanneer een patiënt in een crisis raakt, en kan vaak een opname, maar ook dwang en drang voorkomen worden. Als opname dan toch nodig blijkt, dan vindt deze zo min mogelijk crisisgedreven plaats, zodat politie en crisisdienst niet nodig zijn.

Centraal staat steeds de vraag welke stappen er eerder genomen kunnen worden om een opname te voorkomen. Want hoe eerder je signaleert, hoe groter de kans op herstel. Om dat te kunnen realiseren, vormt transmuraal werken een kritische succesfactor voor opname en IC. Aansturen op ketenzorg vormt daarbij een belangrijk aspect; omdat continu verbinding moet worden gezocht met andere partijen. Dit vereist samenwerkingsafspraken in de keten, bijvoorbeeld met verslavingszorg, de VG sector, de politie en het OM, afhankelijk van de lokale situatie. Bij verslaafde patiënten wordt een geïntegreerde dubbele diagnose behandeling gegeven.

2.5. **Oplopende intensiteit**

Zorg van oplopende intensiteit wordt mogelijk bij goede ketenafspraken en transmurale zorg, maar als eenmaal de indicatie voor klinische IC is gesteld, dan is het van essentieel belang dat de opnameafdelingen met functie IC beschikken over een fysieke omgeving, waarin het mogelijk is om ook zorg van oplopende intensiteit te bieden. Een fysieke omgeving om de patiënt in verschillende stadia van zijn crisis tot rust kan laten komen en prikkels kan vermijden, is een vereiste. *Eenpersoonskamers*, zodat de patiënt zich kan terugtrekken, maar ook een *comfortroom* is nodig.

Een comfortroom is een ruimte met een vriendelijk karakter, de kamer is gezellig ingericht met sfeerverlichting. Er is aandacht besteed aan het meubilair en de kleuren. Patiënten kunnen zelf aangeven dat ze er gebruik van willen maken, maar ze kunnen er ook door het team op worden geattendeerd. Het idee achter de comfortroom is in de eerste plaats het terugdringen van het aantal separaties en dwangtoepassingen.

De comfortroom is niet geschikt voor patiënten met *acting out* gedrag en moet dan ook niet verward worden met een aparte, meer crisisbestendige ruimte, zoals de '*IC unit*'. De IC unit kan gezien worden als een humaan en haalbaar alternatief voor separatie. De ruimte is sober ingericht en er is gewerkt met warme kleuren. De IC unit bestaat uit een slaapkamer met eigen douche en toilet, met daaraan gekoppeld een ruime (huis)kamer met onbreekbaar meubilair. Het verblijf duurt zo kort mogelijk. In deze unit wordt de patiënt continu in de gaten gehouden en er wordt een op een begeleiding gegeven. De deur is niet op slot.

Zorg met oplopende intensiteit impliceert tevens de mogelijkheid *op te schalen naar meer personeel*, als de crisis van patiënten en het daaruit voortvloeiende gedrag dat vraagt, opdat een op een begeleiding kan worden gegeven. Een *aparte IC unit* dient gekoppeld te zijn aan de opnameafdeling of binnen loopafstand ervan beschikbaar te zijn. Dit laatste is van belang als niet op iedere opnameafdeling een IC unit beschikbaar is. Meerdere opnameafdelingen kunnen zo van een IC-unit gebruik maken. Het aantal benodigde IC units op het aantal opnames en de kosten ervan, zal GGZ Nederland in een business case uitwerken.

2.6. **Multidisciplinair werken**

Multidisciplinair samenwerken vanuit een gedeelde visie op IC is een absolute noodzaak om goede zorg te kunnen leveren. Alle professionals hebben in dit multidisciplinair verband een belangrijke rol in het creëren van perspectieven voor de cliënten en het voorkomen van dwang en drang. Goede kwaliteit van zorg vereist de inzet van meer disciplines dan alleen de psychiater en de verpleegkundigen. De volgende disciplines zijn nodig: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, sph-ers, activiteitenbegeleiders en ervaringsdeskundigen. In de kinder- en jeugdpsychiatrie kan een ervaren ouder als ervaringsdeskundige worden beschouwd. Vaktherapeuten, somatisch deskundigen (neuroloog en internist), en een deskundige op het gebied van verstandelijke handicaps, een juridisch consulent en maatschappelijk werkenden dienen op afroep beschikbaar te zijn.

Naast het medisch model is het agogisch model aanvullend, maar staat niet voorop. Het gaat hier om ernstig zieke patiënten, waarvoor een kortdurende individuele behandeling hoge prioriteit heeft evenals een veilig afdelingsklimaat. Binnen IC is multidisciplinaire besluitvorming het uitgangspunt, maar na het horen van het multidisciplinaire team beslist de afdelingspsychiater als eindverantwoordelijke behandelaar.

2.7. **Rol van de naastbetrokkenen**

Hoe intensiever de zorg, hoe groter de noodzaak van het betrekken van de naasten van de patiënt. De zorg en behandeling vinden dus altijd plaats in nauwe samenwerking met naastbetrokkenen, tenzij dit op grond van goed hulpverlenerschap niet mogelijk is. Het kan zijn dat de patiënt dit weigert, maar de ervaring leert dat meestal toestemming gegeven wordt als daarvoor de juiste toon en uitleg wordt gekozen. Door intensief contact met de naastbetrokkenen kan met hun kennis en ervaring de geleverde zorg sterk verbeterd worden. Bij evaluaties of bij behandelplanbesprekingen worden ook familie en belangrijke andere leden van het netwerk betrokken (volgens het triade model). Van belang is dat de ggz instelling - en dus alle professionals - de 'Modelregeling betrokken omgeving' kennen en daar ook naar handelen. Rooming-in van naastbetrokkenen is een optie als daardoor de IC duur kan worden bekort.

2.8. **Betrokken en competente professionals**

Het specifieke karakter van een opnameafdeling met IC vereist specifieke en aantoonbare competenties van professionals die hier bewust voor kiezen. De dynamiek van een dergelijke afdeling moet passen bij de professional, temeer omdat het hier gaat om cliënten die vaak niet vrijwillig behandeld worden. Het uitgangspunt hierbij is het bieden van een veilige omgeving voor de cliënt. Dit vereist dat professionals die in staat zijn om op het juiste moment en tijdig de beschikbare risicotaxatie-instrumenten te hanteren, goed kunnen samenwerken en met een gelijkwaardige, gastvrije houding toekomstgericht contact kunnen maken met de cliënt.

Het werk op een opnameafdeling doet een appél op de stressbestendigheid en besluitvaardigheid van de betrokken professionals. Een louter op beheersing van macht gebaseerde houding is ongewenst. Andere benodigde competenties, die overigens niet specifiek zijn voor IC, zijn bijvoorbeeld onderhandelingsvaardigheden, de-escalatievaardigheden, klinische vaardigheden kennis van (toepassing van) psychofarmaca en de bijwerkingen, en kennis van ontwikkelingen in de zorg.

Om inzichtelijk te maken aan welke eisen de professionals op een opnameafdeling met IC moeten voldoen, wordt door de betrokken beroepsgroepen een competentieprofiel ontwikkeld. De vraag is of deze competenties voldoende aangeleerd worden binnen de huidige scholing. De ervaring leert dat de basis net voldoende is om je te kunnen redden binnen de psychiatrie. Juist deze specialistische zorg (IC) vereist specialistisch opgeleide, ervaren professionals. En aangezien dit bij de reguliere opleidingen nog niet behoort tot het standaard aanbod, is een specifiek opleidingsprogramma nodig. Dat zal er per beroepsgroep anders uitzien. Vanwege hun 7 x 24-uurs aanwezigheid is een IC opleiding voor ggz verpleegkundigen in ieder geval een vereiste. Wetenschappelijk onderzoek kan sturing geven aan de ontwikkeling van dit opleidingsprogramma, maar ook best practices en de input van cliënten en familie is hiervoor zeer waardevol.

2.9. **Borging, beleid en management**

Het bestuur en het management moeten een expliciete keuze maken voor een hoge kwaliteit opnameafdelingen met een IC functie en deze voorzien van middelen en personeel conform de veldnormen, waarvoor in deze rapportage een aanzet wordt gegeven. Externe eisen en een bijbehorende kostenstructuur zijn daarin beslissend.

Het aansturen van hooggekwalificeerde opnameteams vereist specifieke competenties, zoals het flexibel inzetten van personeel, op geleide van het uitgangspunt dat een op een begeleiding te allen tijde mogelijk moet zijn. Om het intensieve karakter van de zorg te waarborgen, moet de leidinggevende ervoor zorgen dat medewerkers zich kunnen focussen op het werk met patiënten, en niet overbelast raken met te veel nevenactiviteiten.

Het risico op burn-out voor medewerkers is hoog. Daarom dient er ook aandacht te zijn voor voldoende intervisie en werkbegeleiding om de spanningen dat het werk met deze complexe doelgroep met zich meebrengt samen te kunnen blijven dragen.

De leidinggevende is, evenals zijn medewerkers, niet gericht op beheersing, maar op motiveren en stimuleren en het benutten van de potentie van het team om creatief om te gaan met complexe problematiek en het voorkomen van dwang en drang. Dit vraagt om een stijl van leidinggeven waarin gecalculeerde risico's met patiënten genomen worden en waarin medewerkers mogen leren van fouten. Leidinggevendens zijn zich er dan ook van bewust dat zij cultuurdragers zijn. Klinisch leiderschap is effectiever dan een grote pool van verschillende behandelaren. Het brengt de klinisch besluitvorming op een hoger niveau (Ingle, 2008).

2.10. **Relatie met dwang en drang**

Er dient een relatie te zijn tussen IC en de projecten die ggz instellingen de afgelopen jaren op het gebied van dwang en drang hebben ontplooid en ook de komende jaren nog verder zullen doorvoeren. Het terugdringen van separaties, zowel in duur als in aantal, is de ambitie van de ggz in de komende jaren. Een aantal instellingen heeft de ambitie om in 2012 het separeren terug te brengen tot nul. De ambitie om dwang en drang terug te

dringen en niet meer toe te passen geldt zeker voor de teams van opnameafdelingen met een IC functie. Alle tot nu toe ontwikkelde interventies om geen dwang te hoeven gebruiken staan hen ter beschikking.

Er worden eisen gesteld aan de competenties van professionals, zoals de bejegening, openheid, het nakomen van afspraken, het bieden van veiligheid en andere zaken, die de afgelopen jaren succesvol zijn gebleken bij het terugdringen van dwang en drang. Het terugdringen van dwang en drang kan in essentie teruggevoerd worden op 'het in contact blijven met de patiënt', waar voorheen door middel van separeren het contact met de patiënt werd verbroken. Daarom wordt alleen bij hoge uitzondering gesepareerd.

GGZ Nederland is van mening dat dwangmedicatie in sommige situaties onvermijdelijk is; bovendien kan dat het verblijf op een afdeling aanzienlijk bekorten. Natuurlijk moet het op een zorgvuldige wijze plaatsvinden en daarvoor is ook de richtlijn 'Besluitvorming dwang, opname en behandeling' opgenomen in de veldnormen. De behandelaar en de verpleegkundigen hebben uitgebreide kennis van de werking en bijwerkingen van de medicatie en bespreken die met de patiënt. Ze kennen ook de methoden om medicatietrouw te bevorderen. Noodmedicatie dient zo weinig mogelijk te worden toegepast. Er wordt voor gewaakt dat medicatie in de vorm van noodmedicatie en dwangmedicatie niet de rol van de separeer gaat overnemen (chemisch separeren). Goed geregelde second opinions en casuïstiekbesprekingen kunnen de redenen voor het geven van (dwang)medicatie onderbouwen.

Dwangreductie is niet alleen een kwestie van deskundigheidsbevordering en het toepassen van nieuwe instrumenten. Dwangreductie impliceert een verandering van cultuur (denken), structuur (organisatie) en werkrouines. Dwang kan alleen voorkomen worden als IC is ingebed in een brede cultuurverandering waarbij beheersing heeft plaatsgemaakt voor contact en onderhandeling. Overigens blijkt uit buitenlands onderzoek dat het lastig is om met deze geagiteerde groep patiënten experimenten op het gebied van medicatie aan te gaan. Men benadrukt het belang van het frequent herbeoordelen van het toestandsbeeld om tijdig de overstap te kunnen maken naar een verfijndere behandeling waarbij herstel en terugvalpreventie expliciet in het vizier gehouden wordt (Pereirra e.a., 2006).

2.11. **Practice based interventies**

De ggz heeft een aantal ‘practice based’ interventies ontwikkeld om dwang en drang terug te dringen. Deze zijn voor een opnameafdeling met IC functie onmisbaar. De top tien wordt hieronder nog even kort genoemd:

- comfortrooms/chillruimtes;
- een IC unit/eenpersoonsappartement;
- risicotaxatie instrumenten;
- crisissignaleringsplannen/crisiskaart;
- nabespreking crisissituaties: hoe had het anders of beter gekund?;
- de-escalatie technieken en vaardigheden;
- 100% aanwezigheid op de groep, bij voorkeur geen verpleegposten meer;
- eerste vijf minuten protocol;
- cliënt- en familiebetrokkenheid;
- gebruik en terugkoppeling gegevens ARGUS.

2.12. **Formatie**

Een opnameafdeling met IC functie beschikt over minimaal drie verpleegkundigen per (dag)dienst op negen patiënten. Dat is een formatie-eenheid meer dan nu veelal het geval is. In principe wordt er op een dergelijke opnameafdeling niet gesepareerd; alleen bij hoge uitzondering, onder duidelijke voorwaarden en normen. Een separeerruimte is aanwezig in of bij een gesloten opnameafdeling.

2.13. **Financiering**

Beschikbare financiële middelen zijn cruciaal als we opnameafdelingen van hoogwaardige kwaliteit nastreven. De kwaliteit en de toegevoegde waarde van deze afdelingen moet volstrekt helder zijn om de financieringsmogelijkheden met de financier te verkennen. IC is een gespecialiseerde vorm van zorg, heeft een hogere/intensievere zorgwaarde en is dus per definitie duur. Het gaat om klinische zorg, maar gezien het transmurale karakter van de zorg moet er ook aandacht zijn voor financiering voor andere

onderdelen van het zorgproces. Ter illustratie: een ambulante begeleider die contact met de cliënt onderhoud door hem op de afdeling te bezoeken moet wel betaald worden.

In het vervolgtraject op deze veldnormen zal GGZ N met behulp van een 'business case' een berekening maken van de omvang, de kosten en de opbrengsten van IC. Tegenover investeringen staan ook de verwachte opbrengsten: kortere opnameduur, minder - duur - separeergebruik, enz. In de 'business case' zal ook de ontwikkeling van een IC-DBC worden meegenomen. In de tussentijd worden aparte afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.

Het vrijmaken van gelden voor IC mag niet ten koste gaan van het huidige instellingsbudget. Dat zou neerkomen op een interne herverdeling, waarbij het risico bestaat dat de kwaliteit van zorg elders in de organisatie verslechterd. Dit is ook voor IC onwenselijk, aangezien gesteld is dat kwalitatief goede basiszorg in het gehele zorgproces essentieel is voor de toegevoegde waarde van IC. Bovendien heeft de ggz te maken met ernstige tariefkortingen en bezuinigingsoperaties, waardoor substitutie vaak niet tot de mogelijkheden behoort. Externe eisen met bijbehorende kostenstructuur dienen leidend te zijn voor IC.

3. **VELDNORMEN**

3.1. **Inleiding**

Veldnormen, het woord zegt het al, worden door het veld geformuleerd en kunnen gezien worden als de door professionals, cliënten en andere betrokkenen gewenste kwaliteit van zorg. Dit kan betrekking hebben op de hele zorg, de hele ggz of onderdelen daarvan, zoals in dit geval de opnameafdelingen met IC. Veldnormen kunnen over algemene en specifieke terreinen gaan; in het laatste geval lijken ze soms meer op richtlijnen. Zo zijn veldnormen gedefinieerd voor de vaccinatie van hepatitis B, de sterilisatie van hulpmiddelen, voor de tijdigheid van de acute zorg (ambulance), maar ook voor de kwaliteit van gebouwen. Er is kennelijk geen norm voor hoe algemeen of specifiek een veldnorm dient te zijn. Veldnormen bieden zorgaanbieders, maar ook andere partijen in het veld, inzicht in het vereiste kwaliteitsniveau en de criteria die minimaal vereist zijn voor bestaande en nieuwe vormen van zorg. Daarnaast kunnen ze als katalysator dienen om deze nieuwe ontwikkelingen in meer organisaties gestalte te geven. Veldnormen wijken qua karakter en inhoud af van prestatie-indicatoren in de ggz, maar kunnen uiteindelijk wel leiden tot prestatie-indicatoren.

In de visie is gesteld dat IC alleen kan bestaan op voorwaarde dat de basiszorg van goede kwaliteit is. Deze kwaliteit valt of staat met het ggz breed op een verantwoorde manier terugdringen van dwang en drang. Wat dat betreft is er al veel in gang gezet en dat moet de komende jaren doorgaan. Daarnaast wordt op de naleving van de kwaliteit toegezien door onder andere de inspectie, die ggz instellingen stimuleert om de kwaliteit op alle afdelingen te verbeteren. Ze zal, mits de veldnormen concrete, toetsbare criteria bevatten, met haar toetsingen een bijdrage leveren aan de implementatie van die normen. De indelingen en mate van detaillering van de veldnormen verschillen en zullen in de komende jaren verder worden afgestemd. In de veldnormen geven we met een kleur aan welke betrekking hebben op alle opnameafdelingen (lichtgrijs) en welke specifiek voor IC bedoeld zijn (donkergrijs).

De veldnormen hebben betrekking op:

- competenties van professionals;
- bejegening;
- diagnostiek, behandeling en structuur;
- scholing, intervisie en training;
- teamsamenwerking en formatie;
- deskundigheid, methodisch en geprotocolleerd werken;
- deskundigheidsniveau teamleden;
- naastbetrokkenen;
- transmurale ketenzorg;
- veiligheid;
- beleid en management;
- ruimtelijke vormgeving.

3.2. **Afstemming met overige kwaliteitscriteria**

De veldnormen voor de opnameafdelingen met IC functie moeten aansluiten bij de andere kwaliteitsnormen van de ggz. Het certificatieschema voor de ggz geeft onder andere aanwijzingen voor de uitvoering van de hulpverlening, de bejegening en de fysieke omgeving. De normen zijn echter te algemeen voor de opnameafdelingen. De prestatie-indicatoren voor de ggz en de verslavingszorg 2009 - 2010 zijn daar al meer op toegesneden. Deze prestatie-indicatoren² zijn ontwikkeld als vervolg op het HKZ certificatieschema en zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg continu te monitoren en te verbeteren. In het vernieuwde HKZ schema wordt ook nadrukkelijk een relatie gelegd met de basisset prestatie-indicatoren. In hoofdstuk 2 van deze basisset, 'Veiligheid: insluiting en dwangmedicatie', zijn prestatie-indicatoren geformuleerd op het gebied van insluiting en dwang. Het gaat dan om het aantal insluitingen, het aantal uren/dagen in de separeerruimte, het aantal dagen dwangmedicatie, enz. Daarin staat niet aangegeven waaraan de zorg moet voldoen om niet tot separatie te hoeven overgaan. Intensive care wordt hierin niet apart benoemd, maar voorstelbaar is dat in de toekomst de veldnormen zowel in het HKZ schema als in de basisset een plaats zullen krijgen. We doen er dus goed aan om bij het formuleren van veldnormen rekening te houden met de inbouw in de basisset.

² Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ, maart 2009.

De kwaliteitscriteria dwang en drang laten wel zien aan welke eisen hulpverleners moeten voldoen om op een zorgvuldige manier met dwang en drang om te gaan³. Ze geven als het ware aanbevelingen en adviezen, met als doel de professionals te helpen om dwang en drang te vermijden en daarin de juiste keuzes te maken. Ze omvatten echter nog niet het hele scala aan voorwaarden waaraan intensive care zou moeten voldoen. Niet alleen de veldnormen geven richting aan de IC ontwikkeling waardoor het belang wordt benadrukt; ook evidence based onderzoek waar cliënten actief bij betrokken worden draagt bij aan de inhoudelijke argumentatie voor IC⁴.

Onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van Intensive Care in Nederland staat nog in de kinderschoenen. Daarentegen is er wel buitenlands, met name Brits onderzoek uitgevoerd, o.a. naar de bevorderende factoren voor het ontwikkelen van ‘good practice’ in de IC psychiatrie (Pereira & Woollaston, 2007). De belangrijkste factoren zijn:

1. respect en empowerment;
2. actieve beschikbaarheid van personeel;
3. gerichte observatie vanuit betrokkenheid met patiënten;
4. goede teamsamenwerking;
5. nazorg voor ontslagen patiënten;
6. veranderingsbereidheid van het team;
7. een ondersteunende omgeving;
8. een dynamische afdelingscultuur.

3.3. **Competenties professionals**

Naast algemene psychiatrische kennis, moet in het team voldoende kennis van somatiek en somatische zorg aanwezig zijn (denk aan tentamen suïcide, maar ook aan somatische ziekten in combinatie met bepaalde psychofarmaca en de bijwerkingen die dat geeft). Ook is kennis van dubbele diagnoseproblematiek (verslavingsproblematiek) noodzakelijk, aangezien psychiatrie in combinatie met drugs zeer heftig gedrag

³ Kwaliteitscriteria Dwang en Drang, GGZ Nederland, 2001.

⁴ Zie presentatie Eric Noorthoorn, Gelderse Roos: ‘Casusregister recente ontwikkelingen best practices dwang en drang’, op platform projectleiders Dwang en Drang, 7 oktober 2009.

veroorzaakt en behandelingen niet aanslaan bij drugsverslaving. Over het algemeen lopen 's avonds bij patiënten gevoelens van angst, agitatie en somberheid op. Voor de avond is het dan ook essentieel dat voldoende rust, overzicht en ontspanning geboden kan worden.

Het vraagt een apart traject om de competenties van IC professionals te beschrijven in een competentieprofiel. Dit dient een erkend profiel te zijn en certificering is nodig om in deze specifieke tak van ggz te kunnen werken. Wij stellen voor om het competentieprofiel door de beroepsverenigingen te laten ontwikkelen. Hieronder noemen wij competenties die in ieder geval in een dergelijk competentieprofiel dienen te worden opgenomen. Ze vormen voor alle professionals die werkzaam zijn op opnameafdelingen noodzakelijke bagage. Het onderscheid met de competenties voor IC zit vooral in de mate en de uitgebreidheid van kennis en handelingsrepertoire.

Kennis

- uitgebreide kennis van (de behandeling van) de psychopathologie, trauma's, alcohol- en drugsgebruik en de gevolgen daarvan;
- wetkennis, kennis van patiëntenrechten en het adequaat toepassen van die kennis;
- kennis van de-escalatie en onderhandelingsmethoden;
- kennis van observatietechnieken en -methodieken en deze kunnen hanteren;
- kroegsignalering.

Vaardigheden

- contact leggen en houden met zeer verwarde en geagiteerde patiënten;
- beschikken over creativiteit en buiten kaders kunnen denken om de relatie met de patiënt positief te beïnvloeden;
- goed en snel kunnen wisselen tussen grenzen stellen en met de patiënt meebewegen;
- hanteren groepsmilieu dat sterk onder druk staat en aan grote schommelingen onderhevig is;
- angst bij de patiënt aanvoelen en er op kunnen reageren;
- agressie signaleren en daarop anticiperen (de-escalatietechnieken);
- gespreksvaardigheden;
- voorlichting kunnen geven op uiteenlopende niveaus;
- multidisciplinair kunnen werken, en dus ook multidisciplinair kunnen vormgeven van het behandelplan.

Attitude

- geduld en zelfbeheersing;
- zelfkennis (voortdurend bewust van effect van eigen gedrag);
- spanningsverminderend kunnen werken: het kunnen bieden van troost, gebruik kunnen maken van humor, ontspannende activiteiten kunnen aanbieden;
- besef van culturele verschillen in de bejegening van patiënten.

Deze competenties dienen aantoonbaar aanwezig te zijn bij alle professionals, maar in het bijzonder bij de behandelaren en de verpleegkundigen, die 7 x 24-uurszorg leveren.

Hieronder worden enkele competenties voor specifieke beroepsgroepen genoemd:

Competentie psychiater

Breed georiënteerd, kennis van farmacotherapie, comorbiditeit met somatiek en verslaving, met systemen en groepen kunnen werken, team goed kunnen begeleiden/superviseren. Op een IC dienen opleidingsplaatsen voor Aios te zijn, zodat zij ervaring op kunnen doen met het werken op een IC. Ze werken onder verantwoordelijkheid van een psychiater. In staat zijn om algemeen IC beleid te ontwikkelen en daar leiding aan te geven.

Ervaringsdeskundige patiënten

Er is altijd een ervaringsdeskundige beschikbaar op de IC, behalve in de Kinder en Jeugd Psychiatrie. In die setting kunnen ervaringen van ouders wel een belangrijke rol spelen. Door hun eigen ervaringen met crises, begrijpen ervaringsdeskundigen de patiënt en kunnen zij de - vaak angstige - belevingen van de patiënt invoelen. Ze kunnen ook een rol spelen in het helpen verwerken van eerdere - traumatische - separeerervaringen. Ervaringsdeskundigen zijn gescreend op een aantal kwaliteitscriteria. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen 'ervaringen hebben', 'ervaringskennis' en 'ervaringsdeskundigheid'. Ervaringsdeskundigheid impliceert onder andere dat men voldoende afstand heeft ten aanzien van de eigen problematiek en de eigen ervaringen met de psychiatrie, zich goed kan inleven in anderen. Ook gaat het erom de oplossingen die patiënten zelf aandragen te ondersteunen (empowerment). In die zin zijn ervaringsdeskundigen ook professionals en gelden de onderstaande veldnormen dus ook

voor hen. Alleen doen ervaringsdeskundigen dat vanuit hun eigen ‘vakgebied’. Het opleidingsniveau van ervaringsdeskundigen ligt minimaal op MBO-4.

- 1 Alle professionals zijn opgeleid in het werken op een IC en maken deel uit van het team.
- 2 Alle professionals voldoen aan een (nog door de beroepsorganisaties te ontwikkelen) competentieprofiel, toegespitst op IC. Daarin zijn in ieder geval competenties op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude voor IC beschreven. Het competentieprofiel dient zich duidelijk te onderscheiden van het profiel voor Medium Care.
- 3 Alle professionals zijn in staat om met de patiënt de dialoog aan te gaan over het innemen van medicatie en beschikken daarbij over onderhandelingsvaardigheden waarbij recht gedaan wordt aan de eigenheid van de patiënt.
- 4 Alle professionals zijn in staat om te gaan met traumatische ervaringen van patiënten en de gevolgen hiervan.
- 5 Alle professionals zijn vaardig in het toepassen van de-escalerende technieken.
- 6 Alle professionals zijn in staat om multidisciplinair te reflecteren op het eigen handelen, het handelen van elkaar waarbij een open aanspreekcultuur aanwezig is.
- 7 Alle professionals zijn deskundig in het betrekken van naasten en familieleden van de patiënt.
- 8 Alle professionals beschikken over suïcidepreventiemethoden en zijn bekwaam in het voeren van suïcide risicotaxatiegesprekken.
- 9 Alle professionals kennen de kwaliteitscriteria dwang en drang⁵, handelen ernaar en worden er in geschoold.
- 10 Alle professionals zijn in staat om het netwerk adequaat te betrekken.

3.4. Bejegening

Het uitgangspunt van bejegening is gelijkwaardigheid. De hulpverlener is in staat onderscheid te maken tussen de patiënt als mens en het soms zeer afwijkende gedrag dat hij vertoont als gevolg van zijn ziekte. Bij al het handelen staat de vraag voorop hoe de patiënt weer autonomie of zeggenschap over zijn functioneren kan krijgen. Dat vraagt uitzonderlijke vaardigheden van de professional om die bejegening, vooral als er sprake is van (het vermijden van) dwang, vorm te geven. De principes subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit staan bij het verlenen van zorg hoog in het vaandel.

⁵ Kwaliteitscriteria dwang en drang, GGZ Nederland, 2001

Dwang en drang wordt zoveel mogelijk te vermeden; contact houden met de patiënt staat voorop. Separatie betekent over het algemeen dat het contact met de patiënt verbroken wordt, tenzij men besluit een verpleegkundige bij de patiënt in de separeer te laten. Daarom zal in een IC alleen bij hoge uitzondering worden gesepareerd en in ieder geval volgens de daarvoor geldende kwaliteitseisen.

Professionals gaan met patiënten een respectvolle behandelrelatie aan die vooral gebaseerd is op gastvrijheid, met aandacht voor de mens achter het ziektebeeld. Het vormgeven van een dergelijke behandelrelatie vraagt erkenning van de kwetsbaarheid van een patiënt in crisis, die gevoelens van angst, onzekerheid, teleurstelling, verlies en rouw ervaart. Ook al is de patiënt nog zo ernstig ziek, voortdurend wordt gekeken hoe elementen van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid benut kunnen worden bij het tot stand komen van de behandelrelatie en het verminderen van dwang en drang in het bijzonder.

Authentiek optreden naar de patiënt is erg belangrijk. Dat impliceert gevoelens van angst en onveiligheid kunnen uiten naar de cliënt, maar alleen op een professionele manier, wanneer het de patiënt-hulpverlener-relatie ten goede komt. Veel gedrag ontstaat uit een gevoel van onveiligheid, dus daar moet op geanticipeerd worden.

Een gastvrije opstelling begint al meteen bij opname. Hierbij valt te denken aan het aanbieden van koffie of een maaltijd bij binnenkomst, voordat gesprekken gevoerd worden. Of het verwijderen van de handboeien voordat de cliënt de afdeling op komt. Ook valt te denken aan een aparte ingang voor een patiënt die door de politie wordt binnengebracht. Professionals hanteren hierbij het eerste vijf minuten protocol.

- 1 Er is een gastvrije en respectvolle opstelling, zowel naar de patiënt als diens familie/sociale netwerk.
- 2 Het gastvrijheidsconcept staat op schrift en is verankerd in het IC beleid.
- 3 De patiënt en zijn sociale netwerk worden ontvangen in een prettige, klantvriendelijke ruimte en krijgen uitleg over wat er komen gaat.
- 4 De patiënt en diens familie krijgen gedoseerd informatie over de behandeling. Deze informatie wordt regelmatig herhaald.
- 5 Er is aandacht voor en betrokkenheid bij de patiënt. Dat houdt in dat de patiënt voldoende nabijheid of privacy ervaart, afhankelijk van zijn behoefte en wensen.
- 6 Met de patiënt vindt na afloop van IC en na elke dwangtoepassing/maatregel een evaluatie plaats.

3.5. Diagnostiek, behandeling en structuur

Het eerste dat IC patiënten nodig hebben op basis van de IC-indicatie is aanvullende diagnostiek en acute interventies. Een hetero anamnese wordt afgenomen en algemeen medisch onderzoek vindt standaard plaats, eventueel hulponderzoek en medebehandeling wordt gedaan door andere specialisten. Somatisch ingrijpen na een suïcidepoging wordt uitgevoerd. Risicotaxaties op het gebied van veiligheid en suïcide dienen meteen na opname te worden uitgevoerd. Van essentieel belang is de tijdigheid van dit medisch handelen. Uiterlijk een uur na opname binnen de IC moet de eerste diagnostiek zijn uitgemond in een met naastbetrokkenen en zo mogelijk patiënt besproken eerste behandelplan.

IC patiënten volgen, wanneer hun psychische toestand dat toelaat, zoveel mogelijk een op het individu toegesneden dagprogramma, dat ook in het weekend beschikbaar is. Het dagprogramma bestaat uit voldoende variatie en keuzemogelijkheden. Om de energie kwijt te kunnen is bewegen erg belangrijk, hiervoor is een buitentuin en een fitnessruimte of de beschikking over fitness apparatuur en daarnaast activiteitentherapie nodig. Ook creatieve programmaonderdelen behoren tot het standaardaanbod (schilderen en muziek). Onderscheidend van andere afdelingen is dat het dagprogramma op maat, op het individu is toegesneden. Groepsactiviteiten zijn voor deze patiënten meestal niet geëigend.

- 1 Uiterlijk een uur na opname op de IC is de eerste diagnostiek uitgesteld in een met naastbetrokkenen en zo mogelijk patiënt besproken (voorlopig) behandelplan.
- 2 De patiënt volgt een individueel, op de hem/haar toegesneden programma.
- 3 Er is een dagelijks aanbod (dus ook in het weekend) waar de patiënt gebruik van kan maken.
- 4 Het dagprogramma bestaat uit voldoende variatie en keuzemogelijkheden. Bewegen en creatieve activiteiten behoren minimaal tot de mogelijkheden.
- 5 Het dagprogramma wordt samen met de patiënt opgesteld.
- 6 Wanneer het dagprogramma niet buiten de afdeling kan plaatsvinden, worden de activiteiten binnen of nabij de afdeling gerealiseerd.

3.6. Scholing, intervisie en trainingen

Werken op een IC unit stelt eisen aan de competenties van professionals en daarom is voortdurende scholing op het gebied van vaardigheden en kennis op het gebied van (evidence based) methoden een noodzaak. Het vermogen om te reflecteren op het eigen handelen, om voldoende ‘volwassen’ te zijn, is een belangrijk professioneel aspect. Dat laatste kan alleen maar bereikt worden door intervisie structureel een onderdeel te maken van het beleid van de afdeling.

- 1 Minimaal een keer per jaar verplichte bij- of nascholing op het gebied van evidence en practice based methoden IC en methoden in het voorkomen van dwang en drang.
- 2 Verplicht bijwonen van wekelijkse multidisciplinaire intervisie.
- 3 Audits voor IC teams zijn vast onderdeel van de kwaliteitscyclus. Daardoor blijft het team scherp op haar mogelijkheden te vernieuwen en te verbeteren.
- 4 Het management stimuleert en faciliteert deze professionalisering en stelt daarvoor budget ter beschikking.
- 5 Het management beoordeelt medewerkers op de vereiste competenties.

3.7. Teamsamenwerking

Multidisciplinair samenwerken vanuit een gedeelde visie is meer dan op andere afdelingen noodzakelijk. Het team als geheel heeft een belangrijke rol in het zoeken naar creatieve oplossingen om dwang en drang te vermijden. Het is ook belangrijk om een gedeelde opvatting te hebben over wat onacceptabel gedrag is. Dat maakt het veiliger

voor zowel patiënten als het team. Dan is duidelijk waar men met elkaar aan toe is en waar de grenzen liggen.

- 1 De visie op IC is vastgelegd en wordt gedeeld door het IC team, de afdeling en de instelling.
- 2 Op de afdeling waar IC wordt geleverd werkt een vast team; er worden geen externe uitzendkrachten ingezet.
- 3 De professionals van deze afdeling hebben bewust gekozen voor IC.
- 4 Er is een specifiek wervings-en selectiebeleid voor IC personeel.
- 5 De werkwijze van het multidisciplinair werken is schriftelijk vastgelegd.
- 6 Er wordt gewerkt met de (nog in ontwikkeling zijnde) multidisciplinaire richtlijn dwang en drang.
- 7 Het team heeft een pakket aan mogelijkheden ter beschikking om dwang en drang te vermijden. Een 'toolkit' en 'checklist' zijn aanwezig.

3.8. Teamsamenstelling en formatie

De psychiater hoeft niet uitsluitend verbonden te zijn aan het IC team, maar wel voor een groot deel. Hij/zij moet snel bereikbaar en beschikbaar zijn voor teamleden, regelmatig op de afdeling zijn, elke dag fysiek aanwezig zijn en contact hebben met de IC patiënten. 24-uurs aanwezigheid is niet nodig. Gewone diensten zijn voldoende met een 's nachts snel oproepbare achterwacht. Bij crisissituaties komt de psychiater zelf.

Al eerder is gesteld dat het medisch model in IC het primaat heeft en dat het agogisch/pedagogisch model aanvullend is hierop. Gezien de heftige psychiatrische problematiek bij IC, is het noodzakelijk dat de verpleegkundige discipline in vergelijking met agogische medewerkers (SPH) de meerderheid van het team vormt. Kennis van de symptomen van de stoornis en het kunnen verrichten van verpleegkundige handelingen zijn immers een wezenlijk onderdeel van IC.

Aangezien vaak sprake is van gedragsproblematiek, is daarnaast de aanwezigheid van een gedragswetenschapper, zoals een klinisch psycholoog, van belang. Deze kan het team instrueren en ondersteunen bij de omgang met moeilijk gedrag. Gebleken is dat 100% aanwezigheid op de groep in belangrijke mate bijdraagt om escalaties in het gedrag van een cliënt en tussen cliënten te voorkomen. De 100% beschikbaarheid vraagt in

sommige gevallen, bij een krappe bezetting, een behoorlijke dosis creativiteit. Toch is deze maatregel van belang om dwang en drang te vermijden. De wijze waarop men dit wil regelen kan per afdeling verschillen: de verpleegpost sluiten, met de laptop in de huiskamer gaan zitten, de deuren van het kantoor openzetten, enz.

- 1 Er is een vaste psychiater verbonden aan de IC die het opnameproces begeleidt en verantwoordelijk is voor de diagnose en behandeling.
- 2 De psychiater is elke dag een aantal uren fysiek aanwezig op de afdeling waar IC wordt verleend. Norm: dagelijks contact met de IC patiënt.
- 3 De psychiater is onderdeel van het team en is gemakkelijk en snel bereikbaar voor de overige professionals.
- 4 Het IC team bestaat vast uit:
 - Psychiater, aangevuld met een aios;
 - IC Verpleegkundigen;
 - Verpleegkundig specialist;
 - Klinisch psycholoog/psychotherapeut;
 - Ervaringsdeskundige;
- 5 Bij het IC aanbod hoort (niet vast):
 - maatschappelijk werkende, tolk, geestelijke verzorging, activiteitenbegeleider (creatief en beweging), juridisch consulent, pvp-er, somatisch specialist, orthopedagoog.
- 6 De verpleegkundige discipline is in de meerderheid vergeleken bij de agogische discipline.
- 7 De formatie is drie fte op negen patiënten.
Indien nodig kan onmiddellijk, 24 uur per dag, een op een begeleiding worden gegeven.
- 8 100% aanwezigheid op de groep is gegarandeerd.
- 9 Het team is divers samengesteld qua sekse, cultuur en leeftijd.

3.9. Deskundigheid, methodisch en geprotocolleerd werken

Bij IC worden de nieuwste inzichten en methoden voor IC behandeling toegepast. Ook wordt de 'state of the art' zorg op het gebied van en preventie van dwang en drang gehanteerd. Professionals bewaken de grenzen van ontoelaatbaar en gevaarlijk gedrag en voorkomen het uitoefenen van macht. Door zo professioneel mogelijk te werk te gaan blijven ze met de patiënt in contact en in onderhandeling. Professioneel werken

impliceert methodisch en geprotocolleerd werken, evidence based, volgens richtlijnen die betrekking hebben op de specifieke problematiek. Daarnaast zal, zeker nu IC nog in ontwikkeling is, gebruik gemaakt worden van practice based methoden en best practices. Het spreekt vanzelf dat alle interventies (zowel farmaceutisch als anderszins) en de effecten daarvan worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier.

De afdeling waar IC wordt uitgevoerd werkt met een ‘klinisch pad dwang en drang’. Het klinisch pad beschrijft de aandachtspunten in de multidisciplinaire werkwijze bij het voorkomen en toepassen van dwangmaatregelen. Het betreft het moment van aanmelding tot en met overplaatsing naar een ander behandelprogramma of ontslag.

- 1 Het team werkt met evidence based IC methoden en wanneer dat nog niet mogelijk is, practice based IC.
- 2 In het team is uitgebreide kennis aanwezig van somatiek en dubbele diagnose problematiek (verslavingsproblematiek). Patiënten worden systematisch op comorbiditeit gescreend.
- 3 Het team beoordeelt door middel van dagelijkse evaluatie van de toestand van de patiënt of IC nog nodig is (max. duur drie weken). Het team maakt daarbij gebruik van inzichtelijke en toetsbare criteria.
- 4 Het team werkt consequent conform richtlijnen en zorgprogramma's voor specifieke aandoeningen.
- 5 In het team is voldoende kennis aanwezig over (het verstrekken van) psychofarmaca en de bijwerkingen ervan.
- 6 Het team is geschoold in en werkt met risicotaxatie instrumenten en/of instrumenten voor vroegsignalering.
- 7 De opnameafdeling werkt met een ‘klinisch pad dwang en drang’.
- 8 Het team werkt met de protocollen die specifiek zijn ontwikkeld om dwang en drang te vermijden, bijvoorbeeld het ‘eerste vijf minuten protocol’, de crisiskaart, een familiekaart, een zelfbindingsverklaring.
- 9 Het team werkt volgens de richtlijn ‘Besluitvorming dwang: opname en behandeling’.
- 10 Het team werkt volgens het protocol ‘Veilig separeren’ van GGZ N (in ontwikkeling).
- 11 Het team monitort nauwkeurig de werking en bijwerking van de psychofarmaca op de patiënt, bespreekt ze met hem/haar en stelt tijdig het type medicatie en de dosering bij.
- 12 De vereiste kennis is aantoonbaar aanwezig.

3.10. Deskundigheidsniveau teamleden

Om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden, dient minimaal een verpleegkundige/agogisch medewerker per dienst HBO-opgeleid te zijn. Het is mogelijk om ook MBO-opgeleide verpleegkundigen van het team deel te laten uitmaken; zij dienen aantoonbaar te kunnen presteren in IC, en werken altijd samen met een HBO opgeleide verpleegkundige. Vanwege de complexiteit en het verhoogde risico op onveilige situaties is er voor stagiairs en leerlingen op een IC geen plaats. Er dient een IC opleiding op HBO en MBO niveau te komen voor zowel verpleegkundigen als agogen. In het opleidingsprogramma tot psychiater dient een aparte module IC opgenomen te worden. Voor alle teamleden geldt, dat zij minstens twee jaar ervaring hebben opgedaan in de acute psychiatrie en affiniteit hebben met deze vorm van zeer intensieve zorg.

- 1 Minimaal een van de verpleegkundigen/agogisch medewerkers per dienst is HBO (HBO-V of SPH) opgeleid, vanaf niveau 4 of een verpleegkundig specialist.
- 2 MBO-opgeleiden vanaf niveau 4 onder verantwoordelijkheid van een HBO-opgeleide.
- 3 Een aios werkt onder verantwoordelijkheid van een psychiater.
- 4 HBO-en MBO-stagiairs en leerlingen kunnen alleen in de laatste fase van hun opleiding werken, maar altijd onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde.
- 5 Er dient een aparte IC opleiding te komen voor HBO en MBO verpleegkundigen en agogen.
- 6 In de opleiding tot psychiater wordt aandacht besteed aan IC en specifieke IC interventies.
- 7 De professionals hebben minstens twee jaar ervaring opgedaan in de acute psychiatrie (inclusief stages en andere werkzaamheden in deze richting).
- 8 Opleidingsniveau ervaringsdeskundigen is minimaal niveau 4.

3.11. Naastbetrokkenen

Juist in crisissituaties is het van belang om oog en oor te hebben voor de zorgen van de familie om de patiënt. Wanneer sprake is van onvrijwillige zorg is dit extra noodzakelijk. De professionals zijn dan ook in staat om goed en helder te communiceren met Naastbetrokkenen, die vaak erg bezorgd zijn, en betrekken hen bij de behandeling. Van hun ervaringen en vertrouwensrelatie met de patiënt wordt dankbaar gebruik gemaakt,

bijvoorbeeld om hem/haar te laten inzien dat vrijwillig een behandeling ondergaan of medicatie in te nemen ook een optie is, of om hem/haar op zijn gemak te stellen. Naastbetrokkenen zijn vaak beter in staat om te vertellen welke aanpak werkt en welke niet, waarbij aandacht moet zijn voor hun belasting en belastbaarheid. Omdat ze de patiënt goed kennen, begrijpen ze de betekenis van het probleemgedrag beter en kunnen de vertaler zijn van dat gedrag in de vorm van een hulpvraag. Het betrekken van naasten impliceert dus dat men van elkaar leert, niet alleen de naasten van de professionals, maar ook andersom. Het is een wederkerig proces en omdat dit niet vanzelf tot stand komt, dient het initiatief om dat leerproces op gang te brengen uit te gaan van de professionals. Naastbetrokkenen worden systematisch betrokken bij de behandeling, tenzij de patiënt daar bezwaren tegen heeft. Ze wordt bij de start van de opname goed geïnformeerd, hun vragen worden beantwoord en ze worden actief uitgenodigd om informatie te geven over de patiënt.

- 1 De professionals hebben een uitnodigende, belangstellende en gastvrije houding jegens de naastbetrokkenen.
- 2 Met naastbetrokkenen vindt minimaal een gesprek bij intake plaats en een gesprek bij het vaststellen van het behandelplan.
- 3 Met naastbetrokkenen vindt minimaal een gesprek plaats bij dwangtoepassing.
- 4 Met naastbetrokkenen vindt na afloop van IC evaluatie plaats.
- 5 Naastbetrokkenen hebben de mogelijkheid om apart te zitten met de patiënt, bij voorkeur in een familiekamer.
- 6 De bezoektijden zijn afgeschaft. Naastbetrokkenen kunnen op het door hen en de patiënt gewenste tijdstip op bezoek komen en worden dan gastvrij ontvangen.
- 7 Rooming-in voor naastbetrokkenen is mogelijk.

3.12. **Transmurale (keten)zorg**

Om ‘stepped care’ in IC waar te kunnen maken is afstemming nodig tussen de behandelaar van het ambulante (kort- of langdurende zorg)team en de hoofdbehandelaar van IC. Ook worden er goede en heldere afspraken gemaakt over de overstap van de patiënt naar reguliere zorg of naar de thuissituatie. Afstemming impliceert afspraken over verantwoordelijkheden: wie heeft wanneer de verantwoordelijkheid voor de behandeling. Het insturende team wordt betrokken bij de afspraken over de behandeling in de IC.

Aangezien IC een tijdelijke vorm van zorg is, wordt in een vroeg stadium een plan gemaakt voor vervolg na IC. Transmurale behandelplannen zorgen ervoor dat er systematisch uitwisseling en samenwerking met ambulante hulpverleners, verwijzende instanties en met de zorgverleners na opname dat het risico van escalaties bij de patiënt verminderen en voorkomen terugval in eerdere problematiek.

- 1 Het IC team werkt met transmurale behandelplannen.
In deze behandelplannen staan de afspraken over de wijze waarop de zorg weer wordt overgenomen door de insturende teams.
- 2 Insturende klinische of ambulante teams nemen deel aan de behandelplanbespreking van de IC patiënt en blijven actief betrokken bij de behandeling. Met hen worden concrete afspraken gemaakt over het structureel gebruiken van een crisiskaart en het opstellen van signaleringsplannen bij patiënten met die regelmatig terugkerende crises.
- 3 Het IC team heeft duidelijke, op schrift gestelde afspraken met klinische en ambulante teams, de politie, het OM en de GGD over de werkwijze.
- 4 De politie, de GGD, ambulante teams en andere verwijzers zijn op de hoogte van de werkwijze van het team (bijvoorbeeld vijf minuten protocol).

3.13. Veiligheid

Veiligheid is breder dan alleen veiligheid ten aanzien van agressie incidenten. Daarom hoort IC ingebed te zijn in een veiligheid management systeem (VMS). Er kunnen allerlei veiligheidsincidenten zijn. De IC medewerkers melden deze incidenten in een Veilig Incidenten Melden (VIM) systeem.

Veiligheid bij het verlenen van IC wordt niet gecreëerd door het instellen van camerabewaking, bolle spiegels en sluisen, maar door een deskundig, goed op elkaar ingespeeld team, waar gevoelens van onveiligheid en angst naar elkaar worden uitgesproken en duidelijke afspraken gemaakt worden over wat te doen bij calamiteiten. In de intervisie is het bespreekbaar maken van deze gevoelens en het zoeken van oplossingen hiervoor een essentieel onderdeel.

Het doel is om als team rust te kunnen uitstralen en patiënten het gevoel te geven dat ze op de IC veilig en geborgen zijn. Veiligheid begint echter niet bij een incident op de IC, maar al voor die tijd. IC is bij uitstek gericht op het voorkomen van die incidenten, en het

op tijd signaleren en weten wat te doen. Veiligheid is ook het -gecalculeerd- nemen van risico's in het kader van herstel en het hervinden van de autonomie van de patiënt. Het creëren van veiligheid in IC heeft alles te maken met het terugdringen van dwang en drang en begint al bij de eerste minuten van de opname. Daarom zal het eerste vijf minuten protocol toegepast worden. Daarin is samenwerking met de GGD (ambulance), politie en familie een essentieel onderdeel.

Iedere IC heeft samenwerkingsafspraken over veiligheid met tenminste de politie, het OM, de ambulance dienst en verwijzende partners. Daarin is opgenomen wat de IC voor de andere partijen doet en ook wat de andere partijen (wanneer in welke situatie) voor de IC doen.

- 1 In de intervisie wordt aandacht gegeven aan gevoelens van (on)veiligheid van teamleden
- 2 In de jaarlijkse training is veiligheid en hoe dit te bewerkstelligen een vast onderdeel
- 3 Voor iedere individuele patiënt worden de risico's vastgesteld ten aanzien van onveiligheid
- 4 Het team hanteert instrumenten om signalen van onveiligheid op de afdeling tijdig te onderkennen.
- 5 In het team wordt het omgaan met dwang en drang, het voorkomen ervan en het -gecalculeerd- nemen van risico's systematisch besproken en geëvalueerd.
- 6 De psychiater/psycholoog en de leidinggevende coachen het team bij het verbeteren van de veiligheid op de afdeling
- 7 Er is een goed werkend alarmsysteem
- 8 Periodiek wordt een systematische risicoanalyse uitgevoerd van de werkprocessen en technische voorzieningen
- 9 Incidenten die de veiligheid van patiënten en medewerkers in gevaar brengen worden systematisch geregistreerd, teruggekoppeld en geanalyseerd op achterliggende systeemorzaken en verbetermogelijkheden. Daartoe is een goed werkend meldingssysteem voorhanden.
- 10 De opname afdeling met functie IC is ingebed in het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) van de instelling. Verbeteringen worden systematisch uitgevoerd en geëvalueerd.
- 11 Ten aanzien van agressie door patiënten worden afspraken gemaakt wat er mee gebeurt (bijvoorbeeld aangifte bij de politie). Dat voorkomt dat agressie een geaccepteerde omgangsvorm wordt.

3.14. **Beleid en management**

Het management is motiverend en stimulerend en gericht op het benutten van de potentie van het team om creatief om te gaan met complexe problemen zonder dwang en drang te gebruiken. Dat vraagt om een stijl van leidinggeven waarin gecalculeerde risico's met patiënten genomen worden en waarin medewerkers mogen leren van fouten.

Leidinggevend en zetten dan ook, samen met het team een cultuur neer waar intervisie en scholing wordt gefaciliteerd. Dat impliceert voldoende budget voor deze activiteiten.

- 1 Het management van de opnameafdeling met IC faciliteert het team bij het zo goed mogelijk leveren van IC en zorgt dat het team zich daar optimaal op kan richten.
- 2 Het management is creatief, stimulerend en motiverend en niet louter op beheersing gericht.
- 3 Het management stuurt actief op het vermijden van dwang en drang.
- 4 Het management helpt het team te leren van fouten en rekent het er niet op af: lerende organisatie. Wel is het professioneel handelen onderdeel van functionerings- en beoordelingsgesprekken.
- 5 Het management zet een cultuur neer waarin scholing en intervisie 'gewoon' zijn. Het is zelf geschoold en zich ervan bewust dat het cultuurdrager is (voorbeeldfunctie).
- 6 Er is voldoende budget voor scholingsmogelijkheden voor alle disciplines naar rato.
- 7 Het management is verantwoordelijk voor een goed ingevoerd elektronisch patiëntendossier en stuurt erop dat het team de voortgang van de patiënt daarin systematisch vastlegt.
- 8 Het management is verantwoordelijk voor een digitale structuur voor het vastleggen van de Argusregistratie en stuurt erop dat het team de toegepaste dwangmiddelen zorgvuldig registreert.

3.15. **Ruimtelijke vormgeving**

IC patiënten zijn extra gevoelig voor prikkels van hun omgeving en voor de al te grote nabijheid van medepatiënten. De afdeling, maar ook het gebouw waarin IC wordt uitgevoerd is daarom ruim van opzet en biedt een goed evenwicht tussen mogelijkheden van privacy en contact.

De 'high-tech' omgeving van een somatisch IC, vindt zijn vertaling in de ggz door meer ruimte, een buitentuin, de mogelijkheden voor sport en spel, activiteiten, 'snoezelen', afzonderingsmogelijkheden, enz. (M. Dominic Beer, e.a., 2008).

- 1 IC patiënten hebben een eigen kamer met douche en toilet.
- 2 IC patiënten kunnen hun eigen kamer afsluiten, zodat ze zich veilig kunnen onttrekken aan de groep. Medewerkers kunnen er wel in, als het nodig is.
- 3 IC patiënten worden, indien nodig, continu via menselijk contact (geen camerabewaking) in de gaten gehouden.
- 4 Er is een comfortroom.
- 5 Er is een IC unit voor een patiënt in crisis. In deze ruimte wordt een op een begeleiding gegeven. De deur van deze ruimte gaat niet op slot.
- 6 De IC unit is gekoppeld aan of op loopafstand van de opnameafdeling met een IC functie.
- 7 De huiskamer(s) van de opnameafdeling met IC is ruim opgezet, maar wel intiem.
- 8 De gangen zijn zodanig gebouwd, dat professionals snel overzicht hebben over wat zich er afspeelt. De wanden van de kamers en gangen zijn glad, zodat men zich er niet aan kan bezeren.
- 9 De afdeling met IC beschikt over een aparte, omsloten, buitenruimte, de tuin grenst aan de ruimte waar de patiënten verblijven en heeft beschutte zithoeken.
- 10 De buitenruimte biedt de mogelijkheid voor ontspanning d.m.v. sport en spel.

Literatuur

Dominic Beer, M, Pereira, S., Paton, C. (2008). *Psychiatric Intensive Care*, second edition, Cambridge University Press, 2008.

Ingle, D. (2008). The need for clear leadership on psychiatric intensive care units, *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 4, 69-71.

Pereira, S. & Clinton, C. (2002). *Mental Health Policy Implementation Guide: National Minimum Standards for General Adult Services in Psychiatric Intensive Care Units (PICU) and Low Secure Environments*. London: Department of Health, 2002.

Pereira, S., Fleishacker, W. & Allen, M. (2006). Management of behavioral emergencies, *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 2006, 2(2), 71-73.

Pereira, S and C. Woollaston (2007) Therapeutic engagement in acute psychiatric services, *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 2007, 3, 3-11.