



‘Wat gij niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet!’

Afstudeerscriptie over het verminderen van separeren in de acute psychiatrie

Auteur:
Studentnummer:
Opleiding:
Opdrachtgever:
1^e beoordelaar:
Begeleidend docent:
Datum:

Winanneke Kik
0869437
Verpleegkunde Hogeschool Rotterdam
Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal
Drs. E. Nouwen
J. Kox MSc
17 juni 2015

Voorwoord

Ongeveer een jaar geleden bezocht ik een congres over dwangtoepassingen in de psychiatrie. Na die dag is mijn visie op verplegen radicaal verandert. Ik ging beseffen dat de zorg anders uitgevoerd kon worden dan dat ik tot voor kort altijd deed. Ik ging de cliënt zien als een gelijkwaardig mens die onvoorwaardelijke steun nodig heeft van mij als verpleegkundige. Niet de belerende, betuttelende zuster die ik eerst was.

Een lange moeilijke weg om die verandering van visie in de praktijk te brengen. Dat ging gepaard met vallen en opstaan, nog steeds. En toch haal ik zoveel meer voldoening uit mijn werk en beteken ik zoveel meer voor de cliënt.

Deze veranderde visie betekent ook dat ik meer autonomie leg bij de cliënt, meer herstelgericht werkzaam ben en het separeren minder inzet dan dat ik voorheen deed.

Separeren; daar werd op het congres volop over gesproken. Vooral over hoe dit vermindert zou kunnen worden. Bij mij rees al snel de vraag of al die initiatieven ook toepasbaar zouden kunnen zijn op de afdeling waar ik werk. En zo ja, hoe dan? En zo nee, hoe zou het dan wel vermindert kunnen worden? En, welke bijdrage zou ik op de afdeling kunnen leveren om deze vermindering in gang te zetten?

Daarom gaat mijn afstudeerscriptie, die ik in het kader van de afstudeerfase van de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool Rotterdam heb geschreven, over het verminderen van separeren in de acute psychiatrie.

Dit eindresultaat had hier nooit gelegen als ik geen hulp had gehad van verschillende personen, die ik ook via deze weg graag wil bedanken.

Jos Kox, mijn docent en coach. Bedankt voor je geduld, je feedback, je enthousiasme. Iedere dinsdag vertrok ik met hernieuwde energie om weer aan de slag te gaan met dit product.

Mijn werkbegeleidster Lianda Kleistra. Bedankt voor je begeleiding, onvoorwaardelijke hulp en vele welkome tips. Jij, die mijn maatje bent in het veranderen van de visie op zorg en die altijd in mij bleef vertrouwen!

Mijn collega's die mee wilden werken aan het praktijkonderzoek. Bedankt voor de eerlijke beantwoording van de vragen!

En last but not least; lieve familie, vrienden: Het is klaar, ik ben er weer!

Winanneke Kik
Mijnsheerenland, juni 2015

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1: Inleiding	7
1.1. Aanleiding	7
1.2. Probleemanalyse	8
1.3. Relevantie van het onderzoek.....	9
1.4. Doelstelling van het onderzoek	10
1.5. Vraagstelling	10
1.6. Opbouw onderzoeksverslag.....	11
Hoofdstuk 2: Literatuurstudie	12
2.1. Hoofdvraag	12
2.2. Zoekstrategie	12
2.3. Resultaten literatuurstudie	13
2.3.1. Acute opname afdelingen in Nederland en juridisch context.....	13
2.3.2. Verschillen tussen acute opname afdelingen	14
2.3.3. Knelpunten verminderen separeren	14
2.3.5. Separeren op een acute opname afdeling.....	15
2.3.6. Aggressie en veiligheid	16
2.3.7. Cliëntgebonden factoren, personeels- en behandelingsgerelateerde factoren	16
2.3.8. Verpleegkundigen acute opname afdeling.....	17
2.3.9. Interventies om separeren te verminderen	19
2.4. Conclusie literatuurstudie	20
2.4. Implicaties voor het praktijkonderzoek	21
Hoofdstuk 3: Methodische verantwoording praktijkonderzoek.....	22
3.1. Onderzoeksdesign	22
3.2. Werving, selectie, beschrijving onderzoekspopulatie.....	22
3.3. Methode dataverzameling	23
3.4. Methode data-analyse.....	23
3.5. Onderzoekskwaliteit	24
3.5.1. Betrouwbaarheid	24
3.5.2. Validiteit	24
3.6. Ethische kwesties	24
Hoofdstuk 4: Resultaten	26
4.1. Redenen separatie.....	26
4.2. Omslagpunt keuze tot separatie.....	26
4.3. Signaleren van dreigende escalaties.....	27
4.4. Interventies	28
4.5. Veiligheid	29
4.6. Waarom de Blaak vaker separeert.....	31
4.7. Terugdringen separaties	32
4.8. Conclusie praktijkonderzoek	33

Hoofdstuk 5: Discussie	34
5.1. Vergelijking gevonden resultaten met literatuur.....	34
5.2. Sterke en zwakke kanten van het praktijkonderzoek.....	35
5.3. Bijdrage aan de doelstelling	35
5.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	36
Hoofdstuk 6: Conclusie en aanbevelingen	37
Nawoord	39
Literatuurlijst.....	40
Bijlage 1: Zoekstrategie	44
Bijlage 2: Zoektermen	48
Bijlage 3: Overzichtstabel geselecteerde artikelen	49
Bijlage 4: Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0).....	51
Bijlage 5: Topiclist.....	54
Bijlage 6: Codeboom.....	55
Bijlage 7: Toestemming praktijkonderzoek.....	56
Bijlage 8: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)	57

Samenvatting

Inleiding

De laatste jaren groeit de aandacht en de inzet voor het terugdringen van separaties binnen de geestelijke gezondheidszorg. De kans om bij een opname in de psychiatrie gesepareerd te worden is sinds 2008 met meer dan 50% afgenomen. De verschillen tussen instellingen zijn echter groot. Een aantal instellingen lukt het goed om minder te separeren, anderen hebben er meer moeite mee om goede resultaten te bereiken of vast te houden. Eén van die instellingen die er meer moeite heeft om goede resultaten te bereiken is het Delta Psychiatrisch Centrum. De separatiecijfers zijn daar in landelijk perspectief hoog. Binnen het Delta Psychiatrisch Centrum wordt de cliënt op de acute opname afdeling 'de Blaak' het meest gesepareerd.

Vraagstelling

Omdat het onduidelijk is wat de oorzaak is van de hoge separeercijfers werd het onderzoek aan de hand van de volgende vraagstelling vorm gegeven:

“Wat zijn volgens verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ redenen waardoor op afdeling ‘de Blaak’ de separeercijfers hoger zijn in vergelijking met andere instellingen in Nederland?”

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd door middel van een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Voor het literatuuronderzoek werd de data verzameld via een zoekstrategie in verschillende databanken als PubMed, Chinahl en Cochrane Library. Het praktijkonderzoek was een kwalitatief onderzoek waarbij verpleegkundigen van afdeling de Blaak werden geïnterviewd.

Resultaten

Vanuit het literatuuronderzoek werd geconcludeerd dat verpleegkundigen zich steeds meer bewust worden van het belang van bejegening en contact. Toch past het binnen de cultuur van de gesloten acute opname afdeling om het gevaar te willen beheersen. Het reduceren van dwang vereist daarom creativiteit van verpleegkundigen. Het nemen van risico's is nodig om de inzet van separatie te verminderen.

Voor het praktijkonderzoek werden zes verpleegkundigen geïnterviewd. Om herkenbaarheid te voorkomen werden demografische gegevens weg gelaten. Verpleegkundigen vinden het contact met de cliënt belangrijk, maar vanwege de verhoogde administratieve werkzaamheden is er geen tijd om veel cliëntencontact te hebben. Het waarborgen van de veiligheid wordt als een belangrijke waarde gezien, waardoor er nauwelijks risico's genomen worden. Meer personeel en minder administratieve werkzaamheden zijn volgens de verpleegkundigen een vereiste om het separeren te verminderen.

Conclusie

Uit het onderzoek komt naar voren dat de verschillen tussen de individuele verpleegkundigen op de Blaak groot zijn. Er is geen duidelijke visie op dwangreductie. Reflectiebijeenkomsten vinden nauwelijks plaats en verpleegkundigen werken niet volgens vaste methodes. Verpleegkundigen op de Blaak zijn vooral bezig met het creëren van veiligheid en met het

beheersen van de situatie waardoor het lastig is om de separeercijfers te verminderen. Het vereist een nieuwe manier van denken en handelen om de cultuuromslag te kunnen maken van het beheersen naar het contact. De aanbevelingen richten zich daarom op het maken van deze cultuuromslag.

Aanbevelingen

- Centrale aansturing, leiderschap en een actieve instellingsbrede betrokkenheid;
- Meer aanwezigheid van de verpleegkundige op de afdeling. Aanschaf van tablets voor administratieve werkzaamheden op de huiskamer;
- Invoeren van de eerste vijf minuten methodiek;
- Inzet van de CrisisMonitor;
- Structurele reflectiebijeenkomsten binnen het disciplinaire team;
- Afleggen van werkbezoeken bij andere vergelijkbare instellingen.

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1. Aanleiding

Het toepassen van minder dwang heeft de afgelopen decennia veel aandacht gekregen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Volgens Bongers, Roman, Balog, Dijk, Reek, & Wijngaart (2010) zijn er vanaf 2001 al stappen ondernomen om de praktijk van dwang en drang te verbeteren met het formuleren van de 'kwaliteitscriteria dwang en drang'. In 2004 stelden GGZ-instellingen die aangesloten waren bij de brancheorganisatie GGZ Nederland zichzelf tot doel om jaarlijks het aantal en de duur van separaties met 10 procent terug te dringen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Meerdere GGZ-instellingen (waaronder het Delta Psychiatrisch Centrum) hebben in de loop der jaren deelgenomen aan projecten om de dwang en drang te verminderen. Er zijn verschillende methoden ontworpen en in verschillende instellingen zijn grote successen geboekt met het terugdringen van dwang en drang (Helm, & Schaftenaar, 2014).

In 2008 werd 11,8 procent van het totaal aantal opgenomen cliënten gesepareerd. In 2012 was dat 6,5 procent. In vergelijking met andere Europese landen bevond Nederland zich in 2012 hiermee onder het gemiddelde (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Toch constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in haar thematisch onderzoek naar het terugdringen van separeren (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015) dat de doelstelling om jaarlijks het aantal en de duur van separaties met 10 procent terug te dringen niet was gehaald. Uit de landelijke registratie bleek dat het aantal separaties in 2011 ten opzichte van 2010 met 3,4 procent was gedaald (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015).

Separeren is het opsluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde, minimaal gemeubileerde en door het Ministerie van Volksgezondheid (VWS) goedgekeurde afzonderlijke ruimte (Janssen e.a., 2012). Separeren vormt een vrijheidsbeperkende maatregel en vrijheidsbeperking wordt in de geestelijke gezondheidszorg ook wel dwang en drang genoemd (Bongers e.a., 2010). Separeren wordt tegenwoordig niet meer gezien als een passende behandeling, maar als een beveiligingsmethode waarbij de cliënt zelf of anderen in bescherming moeten worden genomen in situaties waarbij er sprake is van gevaar dat voortvloeit uit een geestesstoornis (Bongers e.a., 2010).

De psychiater is verantwoordelijk voor beslissingen over de toepassing van dwang, zowel in het kader van de behandeling als in noodsituaties. Is er sprake van een dussdanige noodsituatie dat de komst van de psychiater niet kan worden afgewacht dan is de verpleegkundige bevoegd maatregelen te nemen om de situatie beheersbaar te maken door de cliënt te separeren. De psychiater wordt dan tijdens of na het incident op de hoogte gebracht van het besluit om de cliënt te separeren (Delta Psychiatrisch Centrum, 2012a).

De kans om bij een opname in de psychiatrie gesepareerd te worden is sinds 2008 met meer dan 50% afgenomen. Er worden minder cliënten gesepareerd, blijkt uit het onderzoeksrapport 'Zes jaar Argus' van mei 2014 (Janssen e.a., 2014). Opvallend in de cijfers van 2012 zijn de grote verschillen tussen de instellingen. Terwijl de ene instelling in 2012 één op de 100 cliënten separeerde, was dat bij de andere één op de vijf. Dit betekent dat er instellingen zijn waar vrijheidsbeperkende interventies nog zeer frequent worden ingezet. Bij anderen is dat veel minder en deze verschillen lijken niet direct verklaard te

worden door verschillen in de cliëntenpopulatie, aldus de onderzoekers (Janssen e.a., 2014). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015) deed onderzoek om na te gaan in hoeverre de GGZ-instellingen in Nederland voldoen aan de normen voor het terugdringen van separaties. In 2015 zijn de verschillen tussen de instellingen nog steeds groot. De IGZ (2015) concludeert dat het een aantal instellingen en afdelingen goed lukte om minder te separeren, anderen hadden echter meer moeite om goede resultaten te bereiken of vast te houden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015).

In verhouding tot het aantal opnames en de omvang van de instelling zijn de separatiecijfers binnen het Delta Psychiatrisch Centrum in landelijk perspectief hoog. Dit meldt het rapport over vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ (Janssen e.a., 2014). Uit ditzelfde rapport komt naar voren dat er binnen het Delta Psychiatrisch Centrum op afdeling de Blaak het meest gesepareerd wordt.

1.2. Probleemanalyse

Het Delta Psychiatrisch Centrum is een middelgrote instelling met een verzorgingsgebied in de regio Rotterdam en omstreken. Afdeling de Blaak is een gesloten afdeling voor cliënten die een gevaar vormen voor zichzelf en/of anderen en die intensieve en gestructureerde behandeling/verpleging nodig hebben. De Blaak is gespecialiseerd in eerste screening en behandeling van ernstige, acute psychiatrische ziektebeelden. De kliniek bestaat uit drie units met 33 individuele kamers en badkamers. Daarnaast beschikt de Blaak over vier separeercellen. Een opname duurt doorgaans drie tot vier weken. In die periode krijgen cliënten een intensieve behandeling en worden ze ingesteld op medicatie (Delta Psychiatrisch Centrum, 2013a).

Uit het rapport over vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ (Janssen e.a., 2014) blijkt dat het aantal separaties op afdeling de Blaak vrijwel gelijk is gebleven tussen 2011 en 2012. Wanneer er gekeken wordt naar de separeercijfers van 2013 en 2014, die geregistreerd worden door de afdeling, is er een lichte daling zichtbaar. Desondanks loopt de Blaak landelijk gezien nog steeds achter.

In het Argusrapport (2014) wordt beschreven dat het Delta Psychiatrisch Centrum actief meegedaan heeft aan projecten om dwang en drang te verminderen. Interne publicaties melden dat in juni 2008 het eerste startschot is gegeven voor het project Dwang en Drang dat doorliep tot 2009 (Delta Psychiatrisch Centrum, 2008). Het project heeft de doelstelling om goede tot uitstekende zorg te bieden voor de onvrijwillig opgenomen cliënt (Delta Psychiatrisch Centrum, 2011).

Het Argusrapport (2014) meldt dat Delta zich in eerste instantie gericht heeft op het ontwikkelen van een klinisch pad dwang en drang. Er wordt niet beschreven wat dit klinisch pad inhoudt. Ook zijn de medewerkers van de Blaak geschoold in de-escalatie en agressiehantering door bureau Trifier. Daarnaast is er binnen de Blaak aandacht besteed aan gastvrijheid, aan dagbesteding en aan een beter contact met familieleden van de cliënt onder andere aan de hand van de triadekaart (Jansen e.a., 2014).

Het jaarplan van 2009 meldt dat verpleegkundigen van de Blaak een cursus interactievaardigheid hebben gevolgd, verzorgd door bureau De Mat. In het weekend werd gestart met het bezoek van de psychiatrische achterwacht aan de gesepareerde en/of

zorgintensieve cliënten, zodat ook in het weekend volwaardig beleid kan worden gecontinueerd. De behandelteams werkten proactief en methodisch aan het voorkomen van separatie. Gestructureerd overleg binnen teams vond plaats als cliënten meerdere dagen gesepareerd dreigden te worden en in teambesprekingen was aandacht voor agressie. Ondanks alle inspanningen nam het aantal separaties niet aanzienlijk af. In 2010 werd daarom de realisatie van een opnamekamer voorbereid en een andere werkwijze bij binnenkomst van de cliënt ingevoerd (Delta Psychiatrisch Centrum, 2010).

Op het gebied van de registratie van dwang en drang werd in 2011 de Argus-gegevensset in het nieuwe elektronische zorginformatiesysteem geïmplementeerd (Delta Psychiatrisch Centrum, 2011). Hierdoor kan er landelijk een eenduidige registratie plaatsvinden van de meest toegepaste vormen van vrijheidsbeperkende interventies in de GGZ (GGZ Nederland, 2012). In het jaardocument van 2012 wordt over het terugdringen van dwang en drang alleen vermeld dat het inspectiebezoek is uitgesteld tot 2013 (Delta Psychiatrisch Centrum, 2012b). In de jaarplannen van 2013, 2014 en 2015 wordt vervolgens niet meer gesproken over het terugdringen van dwang en drang (Delta Psychiatrisch Centrum 2013b; 2014; 2015).

Geconcludeerd kan worden dat er vanaf het jaar 2008 van alles gedaan is om het separeren op de Blaak terug te dringen. Toch separeert het verpleegkundig team van afdeling de Blaak vaker ten opzichte van andere instellingen in Nederland. Andere vergelijkbare instellingen in Nederland slagen er wel in om minder vaak te separeren. Waarom lukt dit het verpleegkundig team van afdeling de Blaak niet?

Het onderzoek wordt uitgevoerd volgens de volgende opzet:

Probleemstelling

“Het is onduidelijk waarom het aantal separaties die ingezet worden door de verpleegkundigen op afdeling ‘de Blaak’ niet verder dalen ondanks verschillende initiatieven om separatie tegen te gaan.”

1.3. Relevantie van het onderzoek

Beroepsprofiel

De GGZ heeft als taak om mensen met een psychiatrische stoornis te ondersteunen, te behandelen en te begeleiden in hun herstelproces. In het beroepscompetentieprofiel van de HBO-verpleegkundige (2012) staat beschreven dat de verpleegkundige daarbij empathisch, authentiek en respectvol is en zij zoekt op het juiste begripsniveau aansluiting bij de cliënt. De verpleegkundige kan het gedrag van de cliënt plaatsen in relatie tot zijn stoornis en de context van de situatie en betreft dit niet op zichzelf. De verpleegkundige kan schakelen in begeleidingsmethodieken en gesprekstechnieken bij de ondersteuning, afgestemd op de gemoedstoestand, wensen en mogelijkheden van de cliënt. Met betrekking tot crisisinterventie, is onderscheidend dat de HBO-verpleegkundige in het kader van separeerreductie nieuwe en andere werkwijzen onderzoekt en deze ook toepast in de praktijk (V&VN, 2012).

Beroepspraktijk

Separatie is een zeer ingrijpende maatregel. Het blijkt, volgens de IGZ (2015), dat het opgesloten en alleen gelaten worden kan leiden tot verergering van angsten, depressie, psychose of tot suicidaliteit. En hoewel separatie nooit mag worden toegepast als straf,

ervaren mensen die het ondergaan het vaak wel zo (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Daarom werd er door de IGZ (2013), aangekondigd dat traditionele vormen van vrijheidsbeperking, zoals separeren, afzonderen en insluiten in de eigen kamer, in de toekomst niet meer zijn toegestaan. Eerder stelden zij dat de reductie van separaties beter moet, in het belang van de kwetsbare cliënt. Instellingen moeten separeervrije zorg leveren, tenzij zij kunnen aantonen dat dit niet anders kan (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011).

Maatschappelijke visie

De laatste jaren is er steeds meer maatschappelijke en politieke kritiek op het separeerbeleid in de GGZ en komt het gebruik van de separeer steeds meer onder druk te staan. Maatschappelijk gezien wordt het thema separeren geassocieerd met geweld (Bongers e.a., 2010). De maatschappelijke tendens is daarom ook om separeren zoveel mogelijk terug te dringen en wanneer dit niet mogelijk is moet separatie op een zo humaan mogelijke manier toegepast worden (Bongers e.a., 2010).

Persoonlijke visie

De kans dat separatie op korte termijn volledig uitgebannen is in de GGZ wordt door de onderzoeker klein ingeschat. Daarom moet er niet alleen gekeken worden naar de kwantiteit van de zorg rondom separatie, maar ook naar de kwaliteit. Het verlenen van zorg rondom separatie wordt door de ministerie van VWS niet voor niets een risicovolle handeling genoemd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011). Goede zorg is aansluiten bij de unieke mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Het is een voortdurend zoeken en afstemmen, rekening houdend met de context waarin de cliënt op dat moment verkeerd.

1.4. Doelstelling van het onderzoek

“Het doel van dit onderzoek is inzichtelijk krijgen waarom het aantal separaties die ingezet worden door de verpleegkundigen op afdeling ‘de Blaak’ niet verder dalen.”

1.5. Vraagstelling

Hoofdvraag

“Wat zijn volgens verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ redenen waardoor op afdeling ‘de Blaak’ de separeercijfers hoger zijn in vergelijking met andere instellingen in Nederland?”

Deelvragen

Ter ondersteuning van de onderzoeksvraag is op basis van de volgende drie deelvragen een literatuurstudie uitgevoerd:

- 1. Wat is in de literatuur beschreven over separeren op een acute opname afdeling?*
- 2. Wat is in de literatuur beschreven over de rol van de verpleegkundige bij separeren?*
- 3. Wat is in de literatuur beschreven over het verminderen van separeren op een acute opname afdeling?*

Ter ondersteuning van de onderzoeksvraag zijn er voor het praktijkonderzoek de volgende twee deelvragen opgesteld:

- 1. Welke factoren zijn van invloed op de verpleegkundige die werkzaam is op de acute opname afdeling ‘de Blaak’ bij het separeren van de cliënt?*

2. *Hoe denken de verpleegkundigen van afdeling 'de Blaak' het separeren op de afdeling te kunnen verminderen?*

1.6. Opbouw onderzoeksverslag

Het onderzoek is opgebouwd in meerdere hoofdstukken waarin de literatuurstudie als eerst aan bod komt. Hierin wordt aangegeven hoe er gezocht is naar literatuur en wat de resultaten van de studie zijn. Vervolgens wordt de methodologische verantwoording beschreven voor het praktijkonderzoek. Het hoofdstuk wat daarop volgt behandelt de resultaten van het onderzoek. Daarna komt de discussie aan bod waar onder andere de beperkingen van het onderzoek worden besproken. Hierna volgen de conclusie en de aanbevelingen. Het afstudeeronderzoek wordt afgesloten met een nawoord.

Hoofdstuk 2: Literatuurstudie

In dit hoofdstuk is beschreven wat er in de literatuur bekend is over het verminderen van separeren op een acute opname afdeling. Allereerst is er beschreven hoe de zoekstrategie vorm gegeven werd, hierin zijn ook de inclusie- en exclusiecriteria opgenomen, waarna de resultaten aan de orde komen. Tot slot zal er aangegeven worden hoe de literatuur heeft bijgedragen aan het praktijkonderzoek. Om het onderzoek te structureren zijn de volgende de volgende vraagstelling en deelvragen opgesteld:

2.1. Hoofdvraag

“Wat zijn volgens verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ redenen waardoor op afdeling ‘de Blaak’ de separeercijfers hoger zijn in vergelijking met andere instellingen in Nederland?”

Deelvragen

1. *Wat is in de literatuur beschreven over separeren op een acute opname afdeling?*
2. *Wat is in de literatuur beschreven over de rol van de verpleegkundige bij separeren?*
3. *Wat is in de literatuur beschreven over het verminderen van separeren op een acute opname afdeling?*

2.2. Zoekstrategie

Om antwoord te vinden op deze vragen is er in de periode van 6 maart tot 5 mei 2015 gezocht naar literatuur door middel van een zoekstrategie. Voor het documenteren van de zoekstrategie is er gebruik gemaakt van het ‘Formulier Zoekstrategie’ te vinden op de mediatheek van de Hogeschool Rotterdam. De resultaten zijn te vinden in bijlage 1. Voor het vinden van bruikbare artikelen en het daarmee kunnen beantwoorden van de deelvragen zijn er eerst Nederlandstalige en Engelstalige zoektermen opgesteld op basis van begrippen uit de vraagstelling. Deze zijn terug te vinden in bijlage 2. Aan de hand van de zoektermen werd er in PubMed, Cinahl en Cochrane Library gezocht naar artikelen. Er werd gekozen voor deze databanken omdat PubMed een vrij toegankelijke zoekmachine is waar vrijwel alle medisch belangrijke publicaties van de laatste tientallen jaren is te vinden. Voor Cinahl werd gekozen omdat deze zoekmachine vooral beschikt over tijdschriftartikelen op het gebied van verpleging en gezondheidszorg en voor Cochrane Library omdat deze zoekmachine artikelen bevat die zijn toegespitst op de effectiviteit van interventies, therapieën en preventie in de gezondheidszorg.

De zoektermen zijn in verschillende combinaties in de verschillende zoekmachines ingevoerd. De artikelen werden beoordeeld op de titels en abstracts. Op grond van de relevantie voor de onderzoeksvraag en de methodologische kwaliteit werden de artikelen geselecteerd. Om te komen tot relevante en actuele artikelen is gebruik gemaakt van een aantal inclusie en exclusie criteria (zie hieronder). De geselecteerde artikelen zijn opgenomen in een overzichtstabel welke te vinden is in bijlage 3. Om de onderzoekskwaliteit en betrouwbaarheid van de geselecteerde artikelen te beoordelen werd er gebruik gemaakt van het McMaster Critical Review Form (bijlage 4).

Voor het selecteren van de artikelen zijn de volgende criteria gebruikt:

Inclusiecriteria

- Artikelen die gepubliceerd zijn na het jaar 2010;
- Artikelen die handelen over het verminderen van separeren op een acute opname afdeling in de psychiatrie;
- Artikelen die handelen over verpleegkundige interventies om separeren te voorkomen op een acute opname afdeling;
- Artikelen die handelen over onvoldoende resultaat bij het verminderen van separeren op een acute opname afdeling;
- Nederlands- en Engelstalige literatuur.

Exclusiecriteria

- Artikelen die gepubliceerd zijn voor het jaar 2010;
- Artikelen die handelen over andere afdelingen dan een acute opname afdeling in de psychiatrie;
- Artikelen met een lage McMasterscore;
- Artikelen die anderstalig gepubliceerd zijn dan Nederlands of Engels.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van het zogenaamde sneeuwbal effect. Daarbij is er van een goede en relevante informatiebron de gebruikte literatuur nagegaan. Die literatuur bevat op haar beurt weer nieuwe verwijzingen en zo ontstaat een sneeuwbal effect. Zo is er één artikel gevonden dat ondanks dat het geschreven is voor 2010, toch geïnccludeerd omdat het erg relevant bleek voor de literatuurstudie.

2.3. Resultaten literatuurstudie

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden werd er allereerst gekeken naar wat er verstaan wordt onder een acute opname afdeling en welke verschillen er tussen deze afdelingen kunnen zijn. Omdat de verschillen mogelijk uitgelokt worden door een aantal knelpunten bij het verminderen van separeren worden deze eerst besproken voordat er daadwerkelijk in gegaan wordt op het onderwerp 'separeren'. Om dit onderwerp te structureren werd er vooral gekeken naar de factoren die de keuze tot separeren beïnvloeden. Vervolgens is er gekeken naar de rol van de verpleegkundige bij separeren. Ook zijn er een aantal interventies beschreven die effectief zijn gebleken om separatie te verminderen. Als laatste is er afgesloten met de beantwoording van de deelvragen en implicaties voor het praktijkonderzoek.

2.3.1. Acute opname afdelingen in Nederland en juridisch context

Een acute opname afdeling in de GGZ is een afdeling voor cliënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar die een gevaar vormen voor zichzelf en/of anderen en die intensieve en gestructureerde behandeling/verpleging nodig hebben. Acute opname afdelingen zijn gespecialiseerd in eerste screening en behandeling van ernstige, acute psychiatrische ziektebeelden. De cliënt kan op vrijwillige of onvrijwillige basis opgenomen worden (Janssen e.a., 2014). Elke cliënt die in een instelling verblijft, heeft recht op vrijheid. Alleen onder strikte voorwaarden en in bepaalde omstandigheden kan het recht op vrijheid van de cliënt beperkt worden (Voorde, Schaaf, Klein, Aalst, Keuning, Heumen, 2013). Daarvoor gelden een aantal wetten, waaronder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

(Wet Bopz). De Wet Bopz maakt gedwongen opname en behandeling mogelijk. In deze wet is geregeld in welke instelling of op welke locatie en onder welke voorwaarden gedwongen opname, verblijf, behandeling en vrijheidsbeperking mogen plaatsvinden. Er zijn vijf zogeheten 'middelen en maatregelen' die genomen kunnen worden bij het toepassen van verplichte zorg. Het gaat om afzonderen, separeren, fixeren, het toedienen van medicatie onder dwang en het toedienen van vocht en/of voeding onder dwang (Staatscourant, 2012; Voorde e.a., 2013). Ten tijde van dit schrijven wordt gewerkt aan twee nieuwe wetten ter vervanging van de Wet Bopz. Eén daarvan is de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze nieuwe wet wil gedwongen behandeling minder ingrijpend maken. Een belangrijk verschil is dat verplichte zorg ook buiten een instelling opgelegd kan worden. Wanneer deze nieuwe wetten in werking zullen treden is nog niet bekend (Rijksoverheid, 2014).

2.3.2. Verschillen tussen acute opname afdelingen

Er zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de verschillen tussen acute opname afdelingen in de GGZ (Husum, Børngaard, Finset, & Ruud, 2010; Boumans, Egger, Souren, Mann-Poll, & Hutschemaekers, 2012). De verschillen tussen de acute opname afdelingen in Nederland zijn groot (Boumans e.a., 2012). Volgens Husem e.a., (2010) zijn de separeercijfers hoger in grote stedelijke gebieden wat mogelijk te maken zou kunnen hebben met het groter aantal en de omvang van de problemen. Ook speelt druggebruik, dakloosheid en een gebrek aan sociale netwerken mogelijk een rol. Het Argusrapport (2014) spreekt de verhoogde separeercijfers in grote stedelijke gebieden tegen. Acute opname afdelingen in steden als Amsterdam en Utrecht hebben lagere separeercijfers dan het landelijk gemiddelde. Dit heeft mogelijk te maken met de grote aandacht voor het terugdringen van dwang en drang (Janssen e.a., 2014). De IGZ (2015) concludeert ook dat er verschillen zijn tussen de acute opname afdelingen. De afdelingen zijn wel verbeterd in het voorkomen en verminderen van separaties, maar er zijn verschillen in de snelheid van verbetering. Een klein aantal afdelingen werkt voortdurend aan verbeteringen. Ze gebruiken zelfs normen die nog strikter zijn dan de normen die de inspectie gebruikte voor dit onderzoek. Het aantal separaties is bij deze instellingen verder gedaald en veel separeerruimtes worden niet meer gebruikt. Andere afdelingen maakten zich de normen minder snel eigen. Deze hadden meer tijd en inspectietoezicht nodig om te verbeteren. Een paar instellingen hadden veel tijd en inspectiedruk nodig om te komen tot de gewenste verbeteringen. De IGZ vermeldt in het onderzoek blij te zijn met de verbeteringen, maar vragen zich tegelijkertijd af of wel alle GGZ-instellingen hun verantwoordelijkheid nemen en voldoende gemotiveerd zijn om separatie verder terug te dringen. Veel veranderingen zijn bij een aantal instellingen onder druk van de IGZ tot stand gekomen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Het Argusrapport (2014) meldt dat het Delta Psychiatrisch Centrum de beoogde veranderingen nog niet heeft kunnen bereiken.

2.3.3. Knelpunten verminderen separeren

Ondanks dat veel instellingen enthousiast zijn om het separeren te verminderen lopen veel instellingen tegen barrières en knelpunten aan. Het inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang van Voskes e.a., (2011) beschrijft een aantal knelpunten. Eén van die knelpunten gaat over de kwaliteit van samenwerking tussen verpleegkundigen en psychiaters en tussen verpleegkundigen onderling. Psychiaters hebben vaak een beperkte aanstelling op een afdeling, zijn weinig aanwezig en maken hierdoor vaak geen onderdeel uit van het team. Hierdoor voelen ze zich ook minder verantwoordelijk voor

de reductie van dwang op de afdeling. Verpleegkundige teams zijn vaak groot door het aantal verpleegkundigen dat in deeltijd werkt. Hierdoor is het moeilijk gezamenlijke doelen, visie en beleid te bepalen. Dat is nodig voor het verhogen van wederzijds vertrouwen en het ervaren van gedeelde verantwoordelijkheden (Voskes e.a., 2011). Volgens Boumans e.a., (2012) en Johansson, Skarsater, Danielson, (2013) is de vertrouwensband binnen het verpleegkundige team een belangrijke factor om de afweging te maken of een cliënt wel of niet gesepareerd moet worden. De mate van onderling vertrouwen zou de keuze tot separatie beïnvloeden Boumans e.a., 2012; Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott, & Joff, 2010; Papadopoulos Bowers, Quirk, & Khanom, 2012). Wanneer er conflicten binnen het team zijn heeft dit ook uitwerking op de benadering naar de cliënten, dit zou zelfs een factor zijn om agressie uit te lokken (Papadopoulos e.a., 2012). Sociale interacties tussen verpleegkundigen onderling hebben volgens Landeweer, Abma, & Widdershoven, (2011) een grote invloed op de houding van verpleegkundige met betrekking tot separeren. Binnen een team kan er invloed uitgeoefend worden waardoor verpleegkundigen zich laten leiden. Bij het ontbreken van groepscohesie kan de individuele verpleegkundige gehinderd worden om na te denken over gewoonten en routines (Landeweer e.a., 2011).

Om separeren te verminderen is een centrale aansturing en leiderschap nodig waarin gezorgd wordt voor een geïntegreerde aanpak (Voskes e.a., 2011). Dit vraagt om actieve betrokkenheid van verschillende partijen zoals de Raad van Bestuur, de projectleider, het management, leidinggevend, psychiaters en verpleegkundigen. Deze mensen dienen allemaal uit te stralen dat dwang gereduceerd moet worden en op welke wijze dat moet gebeuren binnen de instelling (Voskes e.a., 2011). Wanneer afdelingsmanagers een proactieve, stimulerende en ondersteunde houding hebben, heeft dit ook een positieve uitwerking op het verplegend personeel (Boumans e.a., 2012). Het formuleren van heldere doelstellingen en dit structureel evalueren (in bijvoorbeeld jaargesprekken) is hierbij van groot belang (Voskes e.a., 2012).

Een laatste knelpunt die genoemd wordt in het inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang van Voskes e.a., (2011) zijn de bezuinigingen die GGZ Nederland overspoelt. Geen vervanging bij ziekteverzuim of geen vacaturestelling bij vertrek van verpleegkundigen zijn hier voorbeelden van. Opmerkelijk hierbij is dat er grote verschillen bestaan tussen instellingen en afdelingen in het bereiken van de doelstellingen gericht op verminderen van separeren. Afdelingen die een relatief lage bezetting hebben kunnen toch goede resultaten behalen in het verminderen van dwang. Het 'te weinig personeel' argument mag daarom geen vrijbrief worden om een andere werkwijze gericht op het voorkomen van separeren niet aan te hoeven gaan (Voskes e.a., 2011).

2.3.5. Separeren op een acute opname afdeling

Separeren wordt onder meerdere omstandigheden toegepast. Dat deze interventies een therapeutisch effect zouden hebben is nooit bewezen (Janssen e.a., 2014). Volgens Voskes, Kemper, Landeweer, & Widdershoven, (2014) is separatie een traumatische en emotionele ervaring met grote gevolgen voor de cliënt en de verpleegkundigen. Cliënten omschrijven separatie als straf. En zij ervaren gevoelens van machteloosheid, angst, verdriet, schaamte en verlies (Voskes e.a., 2014). Verpleegkundigen ondervinden gevoelens als schaamte, falen, spanning, wantrouwen tussen verpleegkundigen onderling en macht over de cliënt (Voskes e.a., 2014). Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies weerspiegelt volgens Steinert (2011) een falen van het therapeutische zorgaanbod. In Nederland kan separatie

met toestemming van de cliënt op vrijwillige basis plaats vinden. Separatie maakt dan deel uit van het behandelplan waarmee de cliënt heeft ingestemd. Daarnaast kan separatie onder dwang, tegen de wil in van de cliënt, worden toegepast. In dergelijke gevallen moet er sprake zijn van gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen dat niet op een andere, minder ingrijpende manier kan worden afgewend. In principe is separeren onder dwang alleen toegestaan bij gedwongen opname van de cliënt. Het kan echter ook gebeuren bij een vrijwillige opname. Er is dan sprake van een noodsituatie en de instelling dient zo spoedig mogelijk een procedure voor onvrijwillige opname van de cliënt te starten (Bongers e.a., 2012).

2.3.6. Agressie en veiligheid

Agressie en ernstig grensoverschrijdend gedrag zijn veel voorkomende problemen in de psychiatrie en vormen de belangrijkste indicaties om over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen (Husum e.a., 2010; Johanssen e.a., 2013). In Nederland hebben zeven op de tien verpleegkundigen frequent te maken met verbale agressie en vier op de tien met fysieke agressie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Cijfers over uitval, ziekteverzuim en langere termijn gezondheidsschade onder personeel als gevolg van agressie op het werk, zijn hoger dan elders in de gezondheidszorg en andere sectoren (Bossche, Klauw, Ybema, Vroome, Venema, 2012). Agressie bedreigt dus zowel het welzijn en de kwaliteit van de zorg, als de (ervaren) veiligheid van de verpleegkundigen. Volgens Johanssen e.a., (2013) hebben verpleegkundigen behoefte aan veiligheid en controle. Landeweer e.a., (2011) onderstrepen dit. Zij zeggen dat veiligheid als de belangrijkste waarde wordt beschouwd op acute opname afdelingen. Dit wordt volgens Landeweer e.a., (2011) beschouwd als een aspect van de 'gesloten opname cultuur'. Veiligheid als belangrijkste waarde, houdt niet altijd in dat er goede zorg geleverd wordt (Landeweer e.a., 2011). Verpleegkundigen benadrukken dat zij separatie alleen inzetten wanneer dat echt nodig is en sommigen zien niet in dat separatie vermindert kan worden (Landeweer e.a., 2011). Volgens Landeweer e.a. (2011) is een gesloten houding een kenmerk van de 'gesloten opnamecultuur', omdat verpleegkundigen sceptisch staan tegenover nieuwe ideeën over hoe separatie vermindert kan worden en hoe goede zorg bevordert kan worden.

In het onderzoek van Kontio e.a., (2010), naar de mening van verpleegkundigen op een gesloten acute opname afdeling over separeren, werd door de verpleegkundigen aangegeven dat ze soms gezag en macht inzetten om separatie te voorkomen. Dit wordt vooral ingezet bij ernstig agressieve cliënten (Kontio e.a., 2010). Verpleegkundigen vragen in zo'n situatie om assistentie van meer collega's van andere afdelingen, omdat de aanwezigheid van meerdere verpleegkundigen al voldoende kan zijn om een cliënt tot bedaren te brengen. Dezelfde onderzoekers verwijzen later in hun onderzoek naar andere studies die melden dat inzet van gezag en macht de agressie bij de cliënt juist kan verergeren of uitlokken (Kontio e.a., 2010).

2.3.7. Cliëntgebonden factoren, personeels- en behandelingsgerelateerde factoren

Volgens Husum e.a., (2010) spelen cliëntgebonden factoren een rol bij verhoogde separatiecijfers. Mensen met een bipolaire stoornis, een psychotische stoornis of schizofrenie maken meer kans op separatie. Ook cliënten die symptomen vertonen zoals hallucinaties, wanen, zelfverwonding of een verhoogd risico op suïcide hebben meer kans dat zij gesepareerd worden dan cliënten die dit gedrag niet vertonen (Husum e.a., 2010). Mensen met een aanpassingsstoornis, een angststoornis, een depressieve stoornis, een psycho- organische stoornis en een persoonlijkheidsstoornis hebben minder kans

gesepareerd te worden (Husum e.a., 2010; Janssen, e.a., 2014). Dit geldt volgens Johansson e.a. (2013) ook voor situaties waarbij de verpleegkundige de cliënt kent, vanuit eerdere opnames of omdat de cliënt al langer op de afdeling verblijft (Johansson e.a., 2013).

Personeelsgerelateerde factoren kunnen ook een rol spelen bij verhoogde separeercijfers (Kontio, e.a., 2010). Boumans e.a., (2012) deden onderzoek naar de verschillende factoren die van invloed zijn op de verpleegkundige beslissing om de cliënt te separeren. Deze onderzoekers vonden geen relatie tussen verpleegkundige kenmerken, zoals geslacht, leeftijd en ervaring bij de beslissing om de cliënt te separeren. Wel concluderen zij dat er binnen een verpleegkundig team grote verschillen kunnen zitten wat betreft de individuele keuze tot separeren; de ene verpleegkundige is sneller geneigd om een cliënt te separeren dan een andere verpleegkundige binnen hetzelfde team (Boumans e.a., 2012). Volgens Kontio, e.a., (2010) wordt de omgang met de agressie van de cliënt vergemakkelijkt wanneer de cliënt beter begrepen wordt. De focus zou daarom ook moeten liggen op de gevoelens van de cliënt en hoe de interpersoonlijke factoren kunnen ontstaan die agressie uitlokken. Ook het hebben van meer empathisch vermogen vermindert het gebruik van separeren, dat stellen Yang, Hargeaves, & Bostrom, (2014) in hun onderzoek onder verplegend personeel. In deze studie onderzochten zij of de verpleegkundige minder snel gebruik maakt van de separeer nadat zij een 'empathietraining' hadden gevolgd. Dit onderzoek concludeert dat verpleegkundigen die de cliënt op een respectvolle, zorgzame wijze betrekken bij de zorg en een therapeutische relatie opbouwen minder snel zullen overgaan tot separatie (Yang, Hargeaves, & Bostrom, 2014).

Behandelingsgerelateerde factoren als de farmacologische behandeling, het gebruik van psychotherapie, activiteiten voor de cliënten en de sfeer op de afdeling zijn ook van invloed op de separatiecijfers (Husum e.a., 2010). Het bieden van zinvolle activiteiten voor de cliënt op een gesloten acute opname afdeling kan agressie voorkomen. Inactiviteit veroorzaakt frustratie bij die cliënt wat uiteindelijk kan leiden tot agressie (Kontio, e.a., 2010). Ook de communicatie tussen de verpleegkundige en de cliënt is cruciaal (Boumans e.a., 2012; Kontio e.a., 2010). In het onderzoek van Papadopoulos e.a., (2012) naar de primaire oorzaken van agressie en de daaropvolgende separatie op een acute opname afdeling, wordt geconcludeerd dat de voortdurende aanwezigheid van de verpleegkundige op de afdeling bijdraagt aan het verminderen van separeren. Daarbij moet de verpleegkundige wel regelmatige gesprekken voeren met de cliënt. De verpleegkundige raakt door middel van haar aanwezigheid en de gesprekken meer betrokken bij de cliënt, waardoor agressie beter voorspeld kan worden en separatie voorkomen wordt (Papadopoulos e.a., 2012; Kontio, e.a., 2012). Hoewel steeds meer instellingen zich bewust zijn van het belang van contact tijdens de opname is er binnen veel instellingen nog sprake van "kantoorverpleging", waardoor de mate van contact beperkt blijft (Voskes e.a., 2011).

2.3.8. Verpleegkundigen acute opname afdeling

Verpleegkundigen van acute opname afdelingen zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg op de afdeling, met inbegrip van de veiligheid en het welzijn van cliënten en collega's (Landeweer e.a., 2011). Het verantwoordelijkheidsgevoel speelt een belangrijke rol bij de en kan worden geïllustreerd als een drijvende kracht om de werkzaamheden op tijd te voltooien en kwaliteit van zorg te geven (Boumans e.a., 2012). Dit kan volgens Boumans e.a., (2012) ook leiden tot overbelasting. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld ontevreden met de hoeveelheid tijd die zij kunnen besteden aan cliënten. Johansson e.a., (2013) beschrijven in

hun onderzoek naar de ervaringen van verpleegkundigen die werkzaam zijn op een gesloten acute opname afdeling, dat verpleegkundige trots zijn op hun vak. Ze zijn goed in het omgaan met chaotische situaties, ze vinden het fijn om een belangrijke rol te spelen in de zorgverlening en verpleegkundige vinden het werken in een uitdagend milieu aantrekkelijk (Johansson e.a., 2013).

Het signaleren, beheersen en reduceren van gedragsrisico's is een van de belangrijkste uitdagingen in de acute psychiatrie. Verpleegkundigen hebben een cruciale rol bij het taxeren van gevaar en het afwenden van riskante situaties met ernstig onregelde cliënten. Het besluiten tot separeren bij riskante gedragingen van verwarde of suïcidale cliënten kan vaak geen uitstel verdragen. De verpleegkundige heeft soms slechts minuten of hooguit enkele uren de tijd om te komen tot een plan van actie (Voskes, e.a., 2011). Volgens Johansson e.a., (2013) schatten verpleegkundigen in wat de beste manier van verplegen is. Dit is geen gemakkelijk proces, in het bijzonder bij het maken van de beslissing om een cliënt te separeren. De subjectieve aard van de beslissing om te separeren zijn volgens Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist, & Kaltiala – Heino (2010) een punt van zorg. Zij onderzochten in Finland op welke gronden cliënten werden gesepareerd en concluderen dat de huidige separeerpraktijken gebaseerd worden op subjectieve beoordelingen en intuïtie wat beïnvloed wordt door persoonlijke ervaringen en overtuigingen (Keski-Valkama e.a., 2010). Ook Voskes e.a., (2014) schrijven dat verpleegkundigen zich in geval van agressie of onveilige situaties vaak laten leiden door onderbuikgevoelens en emoties. Zij onderzochten implementatieprocessen van verschillende interventies om separatie tegen te gaan. Deze gevoelens bij de verpleegkundigen worden in dit onderzoek ter discussie gesteld (Voskes e.a., 2014). Zij stellen dat gevoelens en emoties wel noodzakelijk zijn, maar de gevoelens moeten een voorwerp zijn van reflectie en dialoog zodat zij worden gestimuleerd om nieuwe perspectieven te ontwikkelen in lastige situaties (Voskes e.a., 2014).

Het reduceren van dwang vereist creativiteit van verpleegkundige, naast het terugdringen van routinematig werken (Voskes e.a., 2011). Minder routinematig werken houdt in dat verpleegkundige ondanks bepaalde afspraken op de afdeling, voortdurend aandacht hebben voor de unieke situatie van de specifieke cliënt. Werkwijzen kunnen dan ook niet volledig worden gestandaardiseerd, maar zullen voortdurend onderzocht moeten worden op zinvolheid in geval van de specifieke cliënt en context (Voskes e.a., 2011).

Volgens Landeweer e.a., (2011) is de structuur op een acute opname afdeling van wezenlijk belang en wordt soms bijna als heilig beschouwd. Verpleegkundigen zijn bang dat ze bekritiseerd worden wanneer ze van vaste patronen afwijken en dat ze verantwoordelijk gehouden worden wanneer er iets mis gaat. Elke verandering in het werken wordt beschouwd als het in gevaar brengen van de veiligheid (Landeweer e.a., 2011). Het gevaar te willen beheersen past binnen de cultuur van de gesloten acute opname afdeling. Het nemen van risico's is echter nodig om de inzet van separatie te verminderen (Landeweer e.a., 2011). Het nemen van beslissingen wordt volgens Johansson e.a., (2013) door verpleegkundigen ervaren als een grote verantwoordelijkheid en een zware last. Verpleegkundigen zijn bang voor wat er kan gebeuren wat zij baseren op negatieve ervaringen uit het verleden. Daarom vinden verpleegkundigen het nemen van risico's riskant aldus Johansson e.a. (2013).

2.3.9. Interventies om separeren te verminderen

Er is een breed scala aan interventies om separeren te verminderen op een acute opname afdeling (Voskes e.a., 2011). Een allereerste interventie om de vermindering van separatie in gang te zetten is bewustwording bij verpleegkundigen dat bejegening en contact van groot belang is bij het verminderen van separatie (Yang e.a., 2014; Boumans e.a., 2012; Kontio e.a., 2012). Er is binnen veel instellingen sprake van een cultuurverandering; van beheersen naar contact. Zonder machtsvertoon wordt de conflictsituatie omgebogen naar een positieve situatie (Voskes e.a., 2011). Volgens de IGZ, (2015). Zorgde een intensieve persoonsgerichte benadering bij een aantal instellingen voor een verder daling van de separeercijfers. Verpleegkundigen worden door die intensieve persoonsgerichte benadering steeds uitgedaagd om een balans te vinden tussen het inperken van de eigen regie van de cliënt en het plegen van interventies die het herstel van eigen regie ondersteunen. De cliënt wordt onder alle omstandigheden benaderd als een individu met eigen kracht, en als een persoon met eigen mogelijkheden en betekenisverlening (Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013).

De 'eerste vijf minuten methodiek' (Voskes e.a., 2014) die in veel instellingen wordt gehanteerd, draagt bij aan het verminderen van separeren. Deze interventie is gebaseerd op de veronderstelling dat de eerste ontmoeting met de cliënt de kwaliteit van de relatie bepaald. Niet alleen bij opname, ook aan het begin van de dienst van de verpleegkundige (Voskes e.a., 2014).

Er zijn veel interventies ontwikkeld om een naderende crisis op tijd te signaleren en te voorkomen. Naast vroeg signaleren door middel van het signaleringsplan en de crisiskaart wordt ook het taxeren van het risico op agressie beschouwd als een belangrijk middel om gevaarlijke situaties en eventuele separaties te kunnen voorkomen (Sande e.a., 2009). Risico's kunnen worden verkleind door aanvullend gebruik van specifieke observatie-instrumenten. Door dagelijks kort en systematisch het gedrag van cliënten te scoren op enkele kenmerken blijken escalaties, en daardoor ook separaties, minder voor te komen. Sande e.a., (2009) ontwikkelden het evidence-based instrument: 'de CrisisMonitor'. Uit het onderzoek van Sande e.a., (2009) naar de effecten van de CrisisMonitor, blijkt dat agressie-incidenten met meer dan de helft teruggedrongen zijn sinds de invoering van de CrisisMonitor op de acute opname afdelingen van de GGZ instelling Bavo Europoort.

Om binnen een (acute) crisissituatie de-escalerend te kunnen handelen, zal de verpleegkundige in staat moeten zijn adequaat te blijven reflecteren op eigen gedrag en emoties en de invloed daarvan op de interactie met de cliënt (Landeweer e.a., 2011). De argumenten en de kwaliteit van de beslissingen om een cliënt te separeren kunnen verbeterd worden door structurele reflectiebijeenkomsten als crisisbespreking, intervisie en moreel beraad binnen de multidisciplinaire teams (Voskes e.a., 2011).

Het aanpakken van dwangreductie vanuit alle lagen van de organisatie lijkt een belangrijke voorwaarde voor succes (Janssen e.a., 2014). Een goede onderlinge samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines maar ook tussen verpleegkundigen onderling tijdens een dienst is belangrijk voor de cliënt. Om de samenwerking op de afdeling te verbeteren is het belangrijk dat dit een aandachtspunt wordt door de gehele instelling. Samenwerking gaat niet alleen over het werk op de afdeling, maar ook over de relatie met het management en de Raad van Bestuur (Voskes e.a., 2011).

Binnen een aantal instellingen is men zich steeds meer bewust dat er, voor ernstige zieke cliënten, mogelijkheden moeten komen om intensieve zorg te verlenen (Voskes e.a., 2011). Invoering van high en intensive care afdelingen draagt daarom bij aan het verminderen van separatie (Mierlo e.a., 2013). Intensive Care vereist een brede cultuur waar meer verantwoordelijkheden bij de cliënt komen te liggen, meer onderhandeld wordt, beter aangesloten wordt bij de behoeften van de cliënt en proactief gewerkt wordt (Mierlo e.a., 2013).

Inzet van ervaringsdeskundigen en de betrokkenheid van naastbetrokkenen worden ook gezien als een interventie om separatie te voorkomen (Janssen e.a., 2014). Naastbetrokkenen kunnen een belangrijke inbreng hebben in het signaleringplan en een signalerende rol spelen. Bovendien kan de aanwezigheid van een naastbetrokkene ook rustgevend werken voor de cliënt in een crisissituatie. Naastbetrokkenen zijn daarom ook steeds vaker welkom op de afdeling en in de separeer (Voskes e.a., 2011).

Volgens het onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang (Voskes e.a., 2011), lijkt nog veel winst te behaald te kunnen worden wanneer er meer aandacht geschonken gaat worden aan de samenwerking tussen de ambulante zorg en de kliniek. Door samenwerking en afstemming tussen de ambulante zorg en de kliniek kunnen veel acute situaties/escalaties voorkomen worden (Voskes e.a., 2011).

2.4. Conclusie literatuurstudie

Ter ondersteuning van de onderzoeksvraag werd er op basis van drie deelvragen een literatuuronderzoek gedaan. Deze zijn hieronder beantwoord.

Wat is in de literatuur beschreven over separeren op een acute opname afdeling?

Separeren wordt onder meerdere omstandigheden toegepast. Agressie en ernstig grensoverschrijdend gedrag vormen de belangrijkste indicaties om over te gaan tot separatie. Verpleegkundigen hebben behoefte aan veiligheid en controle. Elke verandering in het werken wordt beschouwd als het in gevaar brengen van de veiligheid. De verschillen tussen de acute opname afdelingen in Nederland zijn groot. Afdelingen waar voortdurend wordt gewerkt aan verbetering zetten separatie veel minder in. Ook binnen een verpleegkundig team kunnen grote verschillen zitten wat betreft de individuele keuze tot separeren. De verpleegkundigen worden zich steeds meer bewust van het belang van contact met de cliënt. De voortdurende aanwezigheid van een verpleegkundige op de afdeling draagt dan ook bij aan het verminderen van separeren. Toch is er op veel afdelingen nog sprake van 'kantoorverpleging' waardoor de mate van contact beperkt blijft.

Wat is in de literatuur beschreven over de rol van de verpleegkundige bij separeren?

Verpleegkundigen op acute opname afdelingen schatten in wat de beste manier van verplegen is. Het taxeren van gevaar wordt door veel verpleegkundigen gebaseerd op subjectieve beoordelingen en intuïtie wat beïnvloed wordt door persoonlijke ervaringen en overtuigingen. Verpleegkundigen zouden daarom meer moeten reflecteren op eigen handelen en dit moeten vergelijken met andere verpleegkundigen, zodat er nieuwe perspectieven ontwikkeld worden in lastige situaties. Doordat structuur voor verpleegkundigen op acute opname afdelingen van wezenlijk belang is, zijn verpleegkundigen bang dat ze bekritiseerd worden wanneer ze van vaste patronen afwijken en dat ze verantwoordelijk gehouden worden wanneer er iets mis gaat. Het gevaar te willen

beheersen past binnen de cultuur van de gesloten acute opname afdeling. Verpleegkundigen staan sceptisch tegenover nieuwe ideeën over hoe separatie vermindert kan worden en hoe goede zorg bevordert kan worden. Verpleegkundigen die de cliënt op een respectvolle en zorgzame wijze betrekken bij de zorg zullen de cliënt minder snel separeren.

Wat is in de literatuur beschreven over het verminderen van separeren op een acute opname afdeling?

Het reduceren van dwang vereist creativiteit van verpleegkundigen, net als het nemen van risico's. Het bieden van zinvolle activiteiten voor de cliënt kan agressie voorkomen en de voortdurende aanwezigheid van de verpleegkundige op de afdeling draagt bij aan het verminderen van separeren. Ook de bejegening, het contact en de communicatie tussen de verpleegkundige en de cliënt is cruciaal in het verminderen van separeren. De interventie 'de eerste vijf minuten' is er daarom op gebaseerd op de veronderstelling dat de eerste ontmoeting met de cliënt de kwaliteit van de relatie bepaald. Het toepassen van de interventie is meer dan alleen de toepassing. Het vereist een nieuwe manier van denken en handelen, wat resulteert in ander soort relaties tussen verpleegkundigen en cliënten. Risico's kunnen worden verkleind door aanvullend gebruik van specifieke observatie-instrumenten. Door dagelijks kort en systematisch het gedrag van cliënten te scoren op enkele kenmerken blijken escalaties, en daardoor ook separaties, minder voor te komen. De argumenten en de kwaliteit van de beslissingen om een cliënt te separeren kunnen verbeterd worden door structurele reflectiebijeenkomsten als crisisbespreking, intervisie en moreel beraad binnen de multidisciplinaire teams. Een goede onderlinge samenwerking en afstemming tussen de verschillende disciplines maar ook tussen verpleegkundigen onderling tijdens een dienst is belangrijk bij het verminderen van separatie. Om dit te verbeteren is het van belang dat dit een aandachtspunt wordt door de gehele instelling. Invoering van high en intensive care afdelingen draagt bij aan het verminderen van separatie, net als de inzet van ervaringsdeskundigen en naastbetrokkenen. Als laatste is de samenwerking met de ambulante zorg belangrijk om escalaties vroegtijdig te voorkomen, evenals een instellingsbrede continuïteit van beleid.

2.4. Implicaties voor het praktijkonderzoek

Om de vraagstelling volledig te kunnen beantwoorden is er een praktijkonderzoek nodig. Topics die vanuit de literatuurstudie gebruikt kunnen worden in het praktijkonderzoek handelen over de gesloten opnamecultuur, volledige aanwezigheid op de afdeling, 'kantorverpleging' en het omslagpunt om tot separatie over te gaan. Implicatie voor het praktijkonderzoek is in hoeverre de denkwijze over het verminderen van separeren bij verpleegkundigen op de Blaak overeen komt met de landelijke denkwijze over het verminderen van separeren.

Hoofdstuk 3: Methodische verantwoording praktijkonderzoek

Deze methodische verantwoording heeft als doel te laten zien wat er exact is gedaan en hoe het onderzoek is uitgevoerd. Behandeld wordt de onderzoeksvraag, het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de methode van de dataverzameling en de data-analyse, de onderzoekskwaliteit en als laatst de ethische aspecten.

De vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

“Wat zijn volgens verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ redenen waardoor op afdeling ‘de Blaak’ de separeercijfers hoger zijn in vergelijking met andere instellingen in Nederland?”

Ter ondersteuning van de onderzoeksvraag zijn er voor het praktijkonderzoek de volgende twee deelvragen opgesteld:

1. *Welke factoren zijn van invloed op de verpleegkundige die werkzaam is op de acute opname afdeling ‘de Blaak’ bij het separeren van de cliënt?*
2. *Hoe denken de verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ het separeren op de afdeling te kunnen verminderen?*

3.1. Onderzoeksdesign

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag werd het praktijkonderzoek vorm gegeven door een kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews. Voor deze methode is gekozen omdat interviews erop gericht zijn om inzicht en begrip te krijgen hoe een individu tegen gebeurtenissen aankijkt. Daarnaast zorgt deze methode ervoor dat, er naast de gestelde vragen, mogelijkheid is om verder door te vragen (Nieswiadomy, 2013).

3.2. Werving, selectie, beschrijving onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft plaats gevonden bij het Delta Psychiatrisch Centrum op afdeling de Blaak. De onderzoekspopulatie bestond uit drieëntwintig verpleegkundigen, één woonbegeleider en zeven leerling-verpleegkundigen die de opleiding verpleegkunde op niveau 4 volgen. De doelgroep had gemiddeld acht jaar werkervaring op de acute opname afdeling. Vier verpleegkundigen waren op HBO-niveau opgeleid, drie waren opgeleid op het MBO-niveau, maar volgden de opleiding HBO-verpleegkunde. Het resterende gedeelte was opgeleid op MBO-niveau. 22 gediplomeerde verpleegkundigen werkten ten minste één jaar op de acute opname afdeling, één verpleegkundige werkte sinds begin april op de Blaak. De gediplomeerde verpleegkundigen waren bevoegd om de cliënt te separeren. De leerling-verpleegkundigen en de woonbegeleider waren niet bevoegd om de cliënt te separeren, zij mochten dit alleen onder leiding van de verpleegkundige.

Omdat het onmogelijk was om alle leden van de populatie te interviewen, werd er een steekproef genomen. Wanneer een steekproef nauwkeurig bepaald wordt, wijken de resultaten niet veel af van de resultaten die naar voren hadden gekomen wanneer er onderzoek gedaan zou worden over de gehele populatie (Nieswiadomy, 2013). De steekproef werd willekeurig getrokken, waardoor elke persoon uit de populatie evenveel kans had om in de steekproef terecht te komen. Om de steekproef te trekken werden alle namen van de populatie op aparte notitieblaadjes geschreven en in één doos gestopt. De

onderzoeker trok hier, in aanwezigheid van de werkbegeleidster, de namen van de deelnemers uit.

Omdat de tijd waarin het onderzoek gehouden beperkt was, was het de bedoeling dat er zeven interviews afgenomen werden. Doordat er een aantal respondenten direct aangaven niet mee te willen werken moest de steekproef bijgesteld worden. Uiteindelijk zijn er zes respondenten geïnterviewd. Eén interview moest vroegtijdig afgebroken worden vanwege werkomstandigheden. Dit interview kon niet worden afgerond omdat het niet lukte om een nieuwe afspraak te plannen met deze respondent. Hierdoor konden er slechts 5 interviews betrokken worden bij de analyse van de resultaten.

Om deel te mogen nemen aan het onderzoek zijn de volgende criteria gebruikt:

Inclusiecriteria:

- Gediplomeerd verpleegkundige (niet gediplomeerden mogen geen separaties leiden);
- Minimaal één jaar werkzaam op de acute opname afdeling de Blaak (vanwege het hebben van separeerervaring op de acute opname afdeling).

Exclusiecriteria:

- Leerling-verpleegkundigen;
- Woonbegeleider;
- Minder dan één jaar werkervaring op de acute opname afdeling de Blaak;
- Werkbegeleidster van onderzoeker (haar betrokkenheid bij het onderzoek is groot, waardoor zij mogelijk beïnvloed is).

3.3. Methode dataverzameling

De interviews werden in de periode van 4 mei 2015 tot 11 mei 2015 afgenomen. De interviews duurde gemiddeld 50 minuten. De onderwerpen, de belangrijkste vragen en ook de volgorde lagen grotendeels vast. Dit bood structuur aan het interview, maar er bleef ruimte over om dieper op de vragen in te gaan (Nieswiadomy, 2013). Op grond van de resultaten uit de literatuurstudie werd er een topiclijst samengesteld die als leidraad gebruikt werd voor het interview (bijlage 5). De vragen gingen over de ervaringen die de respondent had. De onderzoeker zorgde ervoor dat de vragen die relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag aan bod kwamen (Boeije, 2014). De interviews werden door de onderzoeker afgenomen en opgenomen op de locatie waar de respondent werkzaam was, in een aparte ruimte waar de privacy en rust gegarandeerd kon worden.

3.4. Methode data-analyse

De interviews werden op een voice recorder opgenomen en hierna volledig uitgetypt en verwerkt in het databaseprogramma 'Atlas.ti'. Dit programma is ontwikkeld ter ondersteuning voor het uitvoeren van een analyse van kwalitatief onderzoeksmateriaal (Friese, 2011). Het opnemen van het interview kwam de kwaliteit van de gegevens ten goede, omdat de onderzoeker zich beter kon concentreren op het gesprek en zich niet bezig hoefde te houden met het maken van notities (Boeije 2014). Tevens vergrootte dit de kwaliteit van de gegevens, omdat alle gegevens na beluisterd konden worden. Tijdens het interview werden er wel notities gemaakt van het geobserveerde non-verbale gedrag van de respondent,

indrukken en de eerste bevindingen. Deze gegevens waren belangrijk bij de weergave en de interpretatie van de gegevens en bij de analyse ervan (Boeije 2014).

De verzamelde gegevens werden open gecodeerd, wat inhield dat de interviews zorgvuldig werden gelezen en in fragmenten verdeeld (Boeije, 2014). De thema's, die aan de tekstfragmenten werden gegeven, zijn samenvattende notaties voor een stuk tekst. Er werd een lijst van thema's en subcategorieën aangemaakt, hetgeen leidde tot een codeboom van de bevindingen (bijlage 6). De thema's zijn onderwerpen die veel voorkwamen in de tekst en met elkaar in relatie stonden. Het maken van de codeboom had als doel om op een objectieve wijze te kijken naar de bevindingen om zo de verbanden aan te tonen (Boeije, 2014).

3.5. Onderzoekskwaliteit

Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken werden er meerdere maatregelen genomen. Twee belangrijke aspecten waren de betrouwbaarheid en de validiteit:

3.5.1. Betrouwbaarheid

Om de onderzoeksstrategie en het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken werden de analysestappen, die gemaakt zijn in dit onderzoek, zo volledig mogelijk uitgeschreven en beargumenteerd. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten werden de interviews opgenomen en letterlijk uitgetypt. De topiclist en de vastgestelde vragen zijn, zoals eerder vermeld, in bijlage 5 gevoegd.

3.5.2. Validiteit

Om te kunnen verklaren in hoeverre het instrument wel datgene meet dat het wordt verondersteld te meten heeft de werkbegeleidster van de onderzoeker in totaal drie interviews gecodeerd, onafhankelijk van de onderzoeker. Deze coderingen werden met elkaar vergeleken en besproken. Het was belangrijk in deze fase van onderzoek samen te werken vanwege de inter-beoordelaar-betrouwbaarheid (Boeije, 2014). Om de kwaliteit te verbeteren werd het onderzoek beoordeeld door een medestudent.

Direct na het uittypen van het interview werd de uitwerking voor een membercheck via de mail opgestuurd naar de respondent. De respondent werd gevraagd om de uitwerking te lezen zodat vastgesteld kon worden of het interview, zoals die was opgeschreven, herkenbaar was voor de geïnterviewde.

Vanwege de beperkte tijd werd de onderzoeker van te voren niet getraind, wel werden er workshops gevolgd. Om eventuele onduidelijkheden in de vraagstelling vroegtijdig op te sporen werd er een proefinterview afgenomen. Ook werd er gestreefd naar saturatie, wat inhield dat er op herhaling gestuit werd van thema's of ideeën naarmate er meer deelnemers worden geïnterviewd (Nieswiadomy, 2013).

3.6. Ethische kwesties

Voordat de potentiële onderzoekdeelnemers benaderd werden is er eerst toestemming gevraagd aan de manager van de afdeling (zie hiervoor bijlage 7). De respondenten werden via hun werkmail gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Zij werden op de hoogte gesteld over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Deelname aan het interview was vrijwillig en de respondent was ervan op de hoogte dat hij zonder opgaaf van redenen zijn

deelname aan het onderzoek kon beëindigen. Demografische informatie over de onderzoekdeelnemer werd weggelaten om herkenbaarheid te voorkomen. De respondenten wisten dat de gegevens en resultaten alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt werden en dat het interview werd opgenomen. Om dit te bewijzen werd er een toestemmingsverklaringformulier (informed consent) ondertekend door de respondent en de onderzoeker (bijlage 8).

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het praktijkonderzoek gepresenteerd. De interviews werden gecodeerd aan de hand van de topic list. De codes die het meest voorkwamen werden samengevoegd in specifieke thema's. Aan de hand van deze thema's werden de resultaten gesplitst in: redenen separatie, omslagpunt keuze tot separatie, signaleren van dreigende escalaties, interventies, veiligheid, waarom de Blaak vaker separeert en tenslotte terugdringen separaties.

4.1. Redenen separatie

Alle respondenten gaven aan dat agressie de meest voorkomende reden is om een cliënt te separeren. De betekenis van agressie werd door de respondenten verschillend ingevuld. De één noemde het agressie wanneer het over de grenzen van de verpleegkundige heengaat, een ander vond het agressie wanneer de verpleegkundige zich onveilig voelde of wanneer de cliënten in gevaar waren, anderen noemden het agressie wanneer ze het gevoel kregen dat de cliënt daadwerkelijk fysiek agressief werd doordat iemand lichamelijk letsel toe zou kunnen brengen aan de verpleegkundigen of de cliënt. Aanhoudende verbale dreigementen en discriminerende taal vonden een aantal respondenten ook een reden om een cliënt te separeren en zagen dit ook als agressie.

Meerdere respondenten vonden het ook een reden om de cliënt te separeren wanneer deze een gevaar vormde voor zichzelf of voor anderen. De respondenten waren het er allemaal over eens dat inzet van separatie een uiterste maatregel is en dat er eerst interventies ingezet moeten worden die separatie voorkomen.

Verstoring van het therapeutisch milieu is daarnaast een belangrijke reden voor veel respondenten om een cliënt te separeren. Eén cliënt zorgt dan voor zoveel spanning bij de andere cliënten waardoor deze extra rustgevendende medicatie nodig hebben, zich terugtrekken op de slaapkamer of komen klagen bij de verpleegkundigen. Dan moet op een gegeven moment de storende factor van de afdeling gehaald worden om weer rust te creëren. Een respondent zei hierover:

“Ik denk dat wanneer je de cliënt uit dat klimaat krijgt, dat hij ook minder prikkels krijgt en sneller zal kalmeren en dan eventueel nog noodmedicatie erbij. Dan staat hij weer steviger in zijn schoenen en dan kan hij ook sneller naar zaal toe.”

De meeste respondenten gaven aan dat zij de cliënt preventief separeren, dus voordat de cliënt daadwerkelijk fysiek agressief wordt omdat zij de kans op een escalatie groot inschatten. Eén respondent zei hier het volgende over:

“Je ziet het oplopen, je ziet dat iemand al een paar bewegingen richting de persoon gemaakt heeft, dat ik zoiets heb van als ik dit nu niet direct aanpak, dan weet ik dat het helemaal uit de hand zal lopen. Dat merk je gewoon, dat zie je dan gewoon.”

4.2. Omslagpunt keuze tot separatie

Voor de ene respondent is het omslagpunt om een cliënt te separeren eerder bereikt dan voor de ander. Eén respondent gaf aan het ontoelaatbaar te vinden dat een cliënt aan de

borsten of billen van de verpleegkundige zit en zal daar direct een separatie op ingezet wordt zonder eerst andere interventies in te zetten. Een andere respondent vond dat er sommige verpleegkundigen zijn die nauwelijks grenzen aangeven waardoor de cliënt niet verteld wordt wat binnen de perken valt van normaal gedrag. Deze respondent vond dat deze verpleegkundigen het dan niet alleen voor zichzelf en voor collega's moeilijk maken, maar ook voor de cliënt en zei hierover:

“Iemand die geen grenzen krijgt, wordt grenzeloos en is op een gegeven moment niet meer te handhaven.”

Toch zijn er ook respondenten die vonden dat er soms te snel gesepareerd wordt. Eén respondent dacht dat separeren wel eens als strafmaatregel wordt ingezet in plaats van dat diegene in bescherming wordt genomen tegen zichzelf of tegen zijn omgeving. Het ligt er aan, volgens deze respondent, vanuit welke invalshoek de cliënt bekeken wordt. Alle respondenten gaven aan dat de grens om de cliënt te separeren voor iedere verpleegkundige verschillend is en merendeel van de respondenten baseert de keuze tot separatie op het eigen gevoel. Eén respondent zei hierover het volgende:

“Voor mijn gevoel zal ik dingen misschien te lang door laten gaan terwijl anderen misschien zoiets hadden van je had al lang in moeten grijpen. En dat is lastig, want er is niet een eenduidig iets van nou we zijn het met z'n allen eens en nu doen we dat.”

Een aantal respondenten gaven aan dat de afweging om iemand te separeren samenhangt met verschillende factoren waaronder een voorgeschiedenis met agressie, het ziektebeeld onbekend is en de mate van vertrouwen dat opgebouwd is met de cliënt. Eén respondent zag vluchtgedrag op de afdeling ook als een reden om separatie in te zetten.

4.3. Signaleren van dreigende escalaties

Op de vraag hoe de respondenten dreigende escalaties signaleren gaven sommige respondenten aan dat de verpleegkundigen de signalen herkennen omdat zij op de Blaak werken. Daardoor herkennen de verpleegkundigen veel en hebben de verpleegkundigen veel kennis, dat is hen aangeleerd, aldus deze respondenten. Eén respondent vond dat er ervaring nodig is om escalaties te kunnen signaleren en omschrijft dit als volgt:

“Soms heb je dat iemand binnen komt en dan kan je op twee meter al inschatten dit dat, zo zo. En dan ga je in gesprek en dan weet je al een beetje waar je heen moet. En als je dat aan iemand overlaat die dat nog nooit gedaan heeft, die leest niet tussen de zinnen door zeg maar.”

Een aantal respondenten benoemden dat zij aan de lichaamshouding van de cliënt zien of deze gespannen is. Of ze signaleren een dreigende escalatie omdat de cliënt een dreigende indruk maakt, ander gedrag vertoont dan voorgaande dagen of boos is.

Verschillende respondenten benadrukten dat de cliënt meestal niet ineens boos wordt, of niet ineens begint te schoppen of te slaan. Daar gaat een spanningsveld aan vooraf. Het gevoel van dreiging wat de respondent kan ervaren wanneer de spanning bij de cliënt oploopt wisselt. Dit scheelt per cliënt en per situatie. Een aantal respondenten zeiden de cliënt minder snel te separeren wanneer zij de cliënt kennen, ook al komt hij dreigend over.

Enkele respondenten vonden dat de inschatting op de kans van agressie subjectief is. Zij zeiden dat dit komt omdat het vooral gevoelswerk is, voor iedereen verschillend is en omdat er weinig over gesproken wordt binnen het team:

“Maar dat gevoel heb ik dat het toch een beetje subjectief is omdat we daar ook niet met z’n allen over praten van wanneer ga je dat nou doen. Het is ook een paar keer gebeurd dat ik dacht dat ik het met praten nog wel op kon lossen en dat er dan toch wel ingegrepen werd.”

Ook de keus om de cliënt bij opname te separeren of om hem naar de afdeling te brengen is wisselend. Een aantal respondenten vertelden de cliënt altijd objectief te beoordelen, ook als de cliënt onder politiebegeleiding binnen wordt gebracht en in de recente voorgeschiedenis agressief is geweest. Anderen zeiden dat dit direct een aanleiding is tot separatie omdat het risico te groot is om de cliënt naar de afdeling te brengen. De opnamekamer biedt een mogelijkheid om bij twijfel de cliënt eerst daar te spreken, maar een aantal respondenten zeggen vaak toch voor de veiligheid te kiezen en de cliënt in de separeer te beoordelen.

4.4. Interventies

Het gesprek aangaan met de cliënt zagen alle respondenten als eerste interventie om een escalatie te voorkomen of om te de-escaleren. Wat er tijdens zo’n de-escalerend gesprek besproken wordt verschilt per respondent en per situatie. Een aantal respondenten vertelden het gesprek aan te gaan om erachter te komen wat de oorzaak is van de onrust van de cliënt. Andere respondenten zeiden te inventariseren wat de cliënt nodig heeft en werken probleemoplossend zodat onvrede of boosheid weggenomen kan worden. Enkele andere respondenten zeiden duidelijkheid te geven aan de cliënt zodat deze weet wat hij kan verwachten wanneer de onrust blijft. Eén respondent verwoordde dat als volgt:

“Luister, de manier hoe jij je op dit moment gedraagt lijkt het me verstandig dat je eens even tot rust komt in een andere ruimte, behalve hier op de afdeling.”

De respondenten gaven ook aan dat zij veel informatie geven zodat onduidelijkheid weggenomen wordt, bijvoorbeeld over de redenen van onvrijwillige opname of over afdelingsregels. Wanneer de cliënt het contact niet aangaat, kiezen een aantal respondenten er ook voor om de kwaliteit van collega’s in te zetten. Zo vertelde één respondent dat een cliënt verbaal agressief was en dat het erop leek dat de cliënt ook fysiek agressief zou worden richting deze respondent. Een collega nam het gesprek over waardoor de cliënt uiteindelijk rustig werd.

Eén respondent vertelde tijdens het gesprek specifieke gesprekstechnieken in te zetten door ‘er onder te gaan zitten’, door juist heel directief te zijn of door een beetje te onderhandelen met het uiteindelijke doel om een vertrouwensband op te bouwen. Deze respondent gaf aan dat er een lagere kans is op escalaties wanneer er meer vertrouwen tussen de cliënt en de verpleegkundige. Anderen respondenten zeiden vooral sturing aan het gesprek te geven op basis van het gevoel. Eén respondent zei hierover:

“Het ligt aan degene die je voor je hebt, hoe die op jou reageert. [...] Niet alles is therapeutisch. Je bent ook van mens tot mens bezig dus ja. Zo zie ik dat. Je kijkt wie je voor je hebt en daar probeer je dan je weg in te vinden.”

Eén respondent benoemde zelf het idee te hebben dat een escalatie met praten om te buigen is, maar dat dit op de Blaak niet altijd lukt. Collega's vonden dat deze respondent in een aantal situaties te lang bleef doorgaan met praten, zij vonden dat de cliënt al eerder gesepareerd moest worden.

Het creëren van rust vonden bijna alle respondenten ook belangrijk om separatie te kunnen voorkomen. De meeste respondenten benoemden rust te bieden door aanwezig te zijn op de afdeling, tijd te investeren in de cliënt, belangstelling te tonen, door een bakje koffie te drinken met de cliënt, te roken met de cliënt of om een stukje te wandelen. Eén respondent gaf aan de cliënt de mogelijkheid te geven om muziek te luisteren of wat te tekenen en/of te schrijven. Wanneer de onrust verder is toegenomen bij de cliënt zeiden alle respondenten ervoor te kiezen om een time-out in te zetten. De respondenten vullen een time-out over het algemeen op dezelfde manier in: door de cliënt een half uur een rustmoment op de eigen kamer te geven. De respondenten gaven aan dat zij per situatie inschatten in hoeverre de cliënt alleen op de kamer blijft, dat zij op de kamer het gesprek aangaan of dat er interventies ingezet worden om de cliënt afleiding te bieden.

Eén respondent gaf aan dat de comfortroom een grote rol zou kunnen spelen in het bieden van een time-out, deze respondent mistte het dat er, naast de kamer van de cliënt, geen andere ruimte beschikbaar was om rust te bieden. Terwijl een andere respondent aangaf blij te zijn dat de comfortroom van de afdeling is weggehaald. Deze respondent zei hier het volgende over:

“We hebben nog niet een keer het nut ervan ingezien. Het is ondergeplast, ondergekotst, kabels losgetrokken, ik kan zo gek niet opnoemen wat er allemaal mee gebeurd is maar het heeft nog nooit een escalatie voorkomen.”

Het aanbieden van rustgevende medicatie zeiden alle respondenten in te zetten ter voorkoming van separatie. Een paar respondenten gaven aan dat het nodig kan zijn dat de arts gewaarschuwd wordt zodat deze indien nodig ook nog een gesprek aan kan gaan met de cliënt.

Enkele respondenten gaven aan de cliënt weleens noodmedicatie op de kamer toe te dienen ter voorkoming van separatie. Anderen gaven aan dat zij dit nog nooit hadden gedaan en vroegen zich af of het geven van noodmedicatie op de kamer beter zou zijn voor de cliënt dan separatie.

Wanneer alle separeercellen op de afdeling bezet zijn, wat volgens de respondenten weleens voorkomt, is de verpleegkundige volgens een enkele respondent genooddaakt om separatie langer uit te stellen en meer tijd te investeren in het de-escaleren. Eén respondent zag de inzet van fysieke begeleiders als mogelijke optie om separatie te voorkomen wanneer de separeercellen vol zijn. Deze respondent gaf aan deze intensievere zorg zelf niet te kunnen geven omdat daar in een dienst geen tijd voor is.

4.5. Veiligheid

Iedere respondent vertelde het waarborgen van de veiligheid belangrijk te vinden. De meeste respondenten gaven aan niet alleen verantwoordelijk te zijn voor de eigen veiligheid, maar ook voor die van de cliënten en collega's. Het merendeel van de respondenten zei de

veiligheid te waarborgen door zoveel mogelijk in te schatten hoe de sfeer op de afdeling is. De respondenten hadden een verschillende aanpak. Enkele respondenten gaven aan dit in te schatten door open te communiceren met zowel de cliënt als met collega's. Deze respondenten benoemden dan wat ze zien, wat ze voelen en wat dit met hen doet. De meeste respondenten gaven aan altijd alert te zijn op signalen die de veiligheid op de afdeling weg zou kunnen doen nemen, ze couperen vroegtijdig eventuele spanningen en bieden alvast rustgevendende medicatie aan.

De meeste respondenten vonden dat er niet gegarandeerd kon worden dat er altijd een verpleegkundige op de afdeling verblijft. Deze respondenten zeiden dat het noodzakelijk is dat de verpleegkundigen in het kantoor verblijven om dingen te bespreken of om administratieve werkzaamheden te verrichten. Eén respondent vond dat de werkzaamheden van de verpleegkundige veranderd moeten worden wanneer de aanwezigheid op de afdeling verhoogd zou worden. Deze respondent vertelde dit als volgt:

“De verpleegkundigen moeten dan niet verantwoordelijk zijn voor het hele dossier. Dan moeten zij niet via de zeven domeinen zo uitgebreid rapporteren, of de zes domeinen.”

Eén respondent vertelde iedere dienst te beginnen met cliëntencontact. Nog voordat de overdracht begint zegt deze respondent iedere cliënt gedag, kijkt hoe de sfeer is op de afdeling en welke zaken eventueel nog geregeld moeten worden voor de cliënt. De ‘eerste vijf minuten methodiek’ kende deze respondent niet, de respondent zei deze interventie op eigen gevoel te baseren.

De veiligheid is volgens de respondenten de afgelopen periode in het geding gekomen door veranderingen, vermindering van personeel en slechte verpleegkundige bezettingen. Eén respondent gaf aan zich niet te laten leiden door de verpleegkundige bezetting, terwijl andere respondenten aangaven dat de kans aanwezig is dat de cliënt eerder gesepareerd wordt wanneer de verpleegkundige bezetting slechter is. Eén respondent omschreef dit als volgt:

“Dan moet je in een oogwenk moet je iets beslissen, en dan kies je toch vaak het gevoel van veiligheid, voor jezelf en voor je collega's en voor medepatiënten. [...] Ik denk dat als je met meer vaste collega's zou werken dat je dan zoiets hebt van: laat nog maar even, ik kijk het nog even aan.”

Een paar respondenten vertelden dat een separatie wel eens wordt uitgelokt door verpleegkundigen om er zeker van te zijn dat de cliënt op een later tijdstip geen agressie zal vertonen op de afdeling.

De inbreng van andere verpleegkundigen is ook belangrijk volgens de respondenten. Alle respondenten bespreken situaties waarin ze twijfelen met collega's en vragen om advies van collega's. De meeste respondenten gaven aan het als fijn te ervaren wanneer zij niet alleen een keuze hoeven te maken. Toch vertelde één respondent de evaluatie en de feedback te missen nadat er gekozen werd om te separeren. Deze respondent zei hier het volgende over:

“Wat ik heel erg mis is een bepaald beleid. Niet dat je het kan standaardiseren, maar dat dingen gewoon eens goed besproken gaan worden. Van hoe staan we daar nou in, in dat separeren.”

4.6. Waarom de Blaak vaker separeert

Volgens de meerderheid van de respondenten spelen de huidige bezuinigingen een rol in de verhoogde separeercijfers. De respondenten gaven aan dat er in de afgelopen periode een aantal ervaren verpleegkundigen, vanwege overplaatsingen, weg zijn gegaan wat merkbaar is tijdens het werk. De bezetting is vaak slecht en de respondenten werken vaak met poolkrachten, waarmee de kwaliteit van het personeel achteruit is gegaan. Volgens één respondent werken andere instellingen met meer personeel waardoor er daar meer tijd is voor de cliënt. Merendeel van de respondenten gaven aan dat de werkzaamheden veel op de verpleegkundige neerkomen en dat er daardoor minder tijd is voor de cliënt. De administratieve werkzaamheden zijn volgens de respondenten in de loop van de tijd verhoogd. De druk om de dossiers van de cliënten op orde te hebben is groot.

Eén respondent was het hier niet mee eens. Deze respondent vond dat verpleegkundigen op de Blaak veelal naar de onmogelijkheden kijken in plaats van naar de mogelijkheden en zei hier het volgende over:

“Je moet wel tijd maken voor dingen. Je werk bestaat niet alleen maar uit rennen en vliegen. Je moet daar wel tijd voor maken en die tijd is er wel en die zul je zelf in moeten plannen.”

Andere redenen waarom de Blaak vaker separeert zou volgens meerdere respondenten te maken hebben met gastplaatsingen die geregeld komen. Moeilijke cliënten die ook weer lastig terug te plaatsen zijn. Eén respondent kwam op deze stelling terug en vertelde dat dit vroeger zo was, maar tegenwoordig niet meer.

Enkele respondenten dachten dat de verhoogde separeercijfers te maken zouden kunnen hebben met de ambulantisering. Doordat cliënten minder snel worden opgenomen en er minder snel een maatregel afgegeven wordt bestaat de kans dat de cliënt in een meer verwarde toestand wordt opgenomen. Hierdoor is de kans op agressie ook weer groter.

Ook andere ontwikkelingen in de GGZ zorgen voor problemen op de afdeling volgens een paar respondenten. Zo kunnen de cliënten langere tijd weigeren om medicatie te gebruiken waardoor de kans op agressie toeneemt. Dat had volgens deze respondenten te maken met het toenemen van de rechten van de cliënt en klachtencommissies die hier in mee gaan.

Een andere respondent vond dat er op de afdeling te weinig ruimte is om de cliënt afleiding te kunnen bieden om zo separatie te kunnen voorkomen. Een paar respondenten zeiden dat er mogelijk ook sprake zou kunnen zijn van hospitalisatie. Er werd, volgens deze respondenten, al jaren op dezelfde manier gewerkt. Deze werkwijze is moeilijk te doorbreken. Een respondent zei hierover het volgende:

“Terwijl juist diegene ervan overtuigd zijn van: ik heb zoveel jaar ervaring dus ik weet het allemaal wel, zo moet het. Star in de gedachten, handelen.”

Volgens één respondent zouden organisatorische factoren ook een rol kunnen spelen in de verhoogde separeercijfers op de Blaak. Deze respondent dacht dat verpleegkundigen nooit gestimuleerd zijn om tot verdieping te komen. Scholing, kennisoverdracht, klinische lessen, intervisie: dit alles is er niet volgens deze respondent.

De respondenten waren het er over eens dat de verpleegkundigen op de gesloten afdeling macht hebben, omdat de verpleegkundigen de sleutel hebben om de buitendeur te kunnen openen. De respondenten vonden dat het uitmaakt hoe hier mee om gegaan wordt en vonden dat zij dit op een goede manier uit konden dragen naar de cliënt. Wel vonden de meeste respondenten dat er vanwege die macht sprake kon zijn van een machocultuur. Dit lag vooral aan de houding van verpleegkundigen, de ongelijkwaardige relatie tussen de cliënt en de verpleegkundige, hospitalisatie en misbruik van de machtspositie. Eén respondent zei hier het volgende over:

“Bijvoorbeeld: je weigert medicatie, dus kan ik met jou geen sigaretje roken [...] Of als jij dit niet doet dan. Of die separeer gebruiken als strafmaatregel. Het kan ook in hele kleine dingen al zijn. [...] Kan ik een kopje koffie krijgen? Nee, want het is geen half twee. Rare dingen, tenminste in mijn ogen. Dat ik denk, waarom niet?”

Een andere respondent zei dat bepaalde verpleegkundigen soms iets uitlokken bij de cliënt door duidelijk te laten merken dat ze het zat zijn met iemand. Of om niet de moeite te nemen om meerdere keren dezelfde vragen aan de cliënt te beantwoorden.

Een minderheid aan respondenten vonden dat deze macho cultuur al lang niet meer aanwezig was op de Blaak. Eén respondent dacht dat agressie mogelijk ook uitgelokt zou kunnen worden doordat alle keukenkasten op de Blaak op slot zitten. Deze respondent kon zich voorstellen dat de cliënt zich als een klein kind behandeld voelt, of dat de Blaak meer lijkt op een gevangenis. Deze respondent zei hier het volgende over:

“Ik heb zelf het idee dat als iemand echt iets wil doen, er zijn nog veel meer spullen, materialen waar men kwaad mee zou kunnen doen, als ze dat willen.”

4.7. Terugdringen separaties

De meeste respondenten vonden dat het krijgen van meer personeel een vereiste is om de separeercijfers te verminderen. Eén respondent benadrukte dat dit personeel moest bestaan uit gespecialiseerde verpleegkundigen. De meeste respondenten zagen de verhoogde administratieve werkzaamheden ook als een belemmering en vonden dat dit vermindert moet worden voordat de separeercijfers dalen. De respondenten vonden dat meer personeel ervoor zorgt dat er meer verpleegkundigen op de afdeling kunnen zijn, waardoor er ook meer tijd voor de cliënt is. Een respondent vertelde dit als volgt:

“Dat je wat meer tijd aan één iemand zou kunnen besteden in plaats van dat je even snel iets bespreekt en dan weer weg gaan. Dus te snel kiezen om iemand te separeren terwijl dat ook op een andere manier kan. En die tijd krijg je door minder poolers en meer vast personeel.”

Eén respondent zei dat het een optie is om separatie bij opname tegen te gaan door de cliënt, die in een opwindingsstoestand verkeert, alvast in de ambulance of politiecel

noodmedicatie toe te dienen. Een andere respondent opperde dat het geven van noodmedicatie op de kamer separatie zou kunnen voorkomen.

Een andere respondent vond dat er een cultuuromslag plaats moet vinden die vooral gestimuleerd moet worden van bovenuit. Kennisvermeerdering en open communicatie door klinische lessen en intervisies vond deze respondent ook noodzakelijk om het separeren te verminderen. Deze respondent was bang dat veel verpleegkundigen die werkzaam zijn op de Blaak niet weten hoe ze aan de juiste literatuur moeten komen om hun kennis te vermeerderen. Volgens deze respondent weten deze verpleegkundigen niet dat ze zichzelf te kort doen, ze zien niet dat er nog genoeg mogelijkheden zijn om zichzelf verder te ontwikkelen. De respondent zei hier het volgende over:

“Het is ook niet dat men hier helemaal niets kan en mag, maar dat ze dat zelf eigenlijk niet inzien en dat ze die mogelijkheid ook nog niet nemen denk ik.”

Het sluiten van één of twee separeercellen was volgens één respondent de enigste optie om het separeren te doen verminderen. Deze respondent wist niet welke interventies er ingezet kunnen worden om het separeren te doen verminderen.

4.8.Conclusie praktijkonderzoek

Volgens de respondenten is agressie de meest voorkomende reden om een cliënt te separeren. Het omslagpunt om separatie daadwerkelijk in te zetten verschilde per respondent en hing samen met verschillende factoren. De keuze tot separatie baseerde het merendeel op het eigen gevoel. Het signaleren van een dreigende escalatie werd volgens de respondenten wisselend beoordeeld. Interventies die de respondenten inzetten om separatie te voorkomen waren het gesprek aangaan, rust bieden, persoonlijke aandacht geven en het toedienen van noodmedicatie op de eigen kamer. Het waarborgen van de veiligheid vonden alle respondenten belangrijk. De veiligheid is in het geding door vermindering van personeel. Dat zou volgens de respondenten ook een reden zijn waarom er op de Blaak vaak gesepareerd wordt. Hospitalisatie, machtsmisbruik en kennistekort zouden volgens een aantal respondenten ook meespelen in de verhoogde separeercijfers. Meer personeel en minder administratieve werkzaamheden was volgens de respondenten een vereiste om het separeren te doen verminderen. Eén respondent vond dat er een cultuuromslag plaats moest vinden om de separeercijfers te doen verminderen.

Hoofdstuk 5: Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek met de literatuur in discussie gebracht. De sterke en zwakke kanten van het praktijkonderzoek komen aan bod. En de bijdrage aan de doelstelling zal worden besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.1. Vergelijking gevonden resultaten met literatuur

Dit onderzoek werd uitgevoerd omdat het onduidelijk was waarom het aantal separaties, die ingezet worden door de verpleegkundigen op afdeling de Blaak van het Delta Psychiatrisch Centrum, niet verder dalen ondanks dat er verschillende initiatieven genomen zijn om separatie tegen te gaan, terwijl landelijk gezien het aantal separaties op vergelijkbare afdelingen wel daalt.

Opmerkelijk is dat er veel overeenkomsten zijn tussen wat de literatuur schrijft over acute opname afdelingen en de resultaten van afdeling de Blaak. Acute opname afdelingen staan volgens Landeweer e.a., 2011; Voskes e.a., 2011 en Johansson e.a., 2013, bekend om de 'gesloten opnamecultuur' waarbij verpleegkundigen een gesloten houding hebben en sceptisch staan tegenover nieuwe ideeën over hoe separatie verminderd kan worden. Deze sceptische houding is ook aanwezig op afdeling de Blaak. Veel verpleegkundigen weten niet hoe separatie verminderd kan worden omdat ze vinden dat separatie pas als uiterste maatregel in gezet wordt. De verschillen tussen de individuele verpleegkundigen zijn groot wat waarschijnlijk komt doordat de inschattingen gebaseerd worden op subjectieve beoordelingen en intuïtie welke beïnvloed worden door persoonlijke ervaringen en overtuigingen. De verpleegkundigen lijken allemaal op eigen wijze te werken en te denken. Er is een gebrek aan open communicatie en reflectie waardoor er geen eenduidige visie is wat verpleegkundigen onzeker maakt. De verpleegkundigen laten zich vaak beïnvloeden door collega verpleegkundigen en durven nauwelijks risico's te nemen omdat de veiligheid in het geding zou kunnen komen. Het gevaar te willen beheersen past binnen de cultuur van de gesloten acute opname afdeling. Verpleegkundigen zijn bang dat ze bekritiseerd worden wanneer ze van vaste patronen afwijken en dat ze verantwoordelijk gehouden worden wanneer er iets mis gaat. Elke verandering in het werken wordt beschouwd als het in gevaar brengen van de veiligheid. Landeweer e.a., 2011 en Voskes e.a., 2011 zeggen echter dat het nemen van risico's nodig is om de inzet van separatie te verminderen. Veiligheid als belangrijkste waarde houdt namelijk niet altijd in dat er goede zorg geleverd wordt. De verpleegkundigen moeten volgens Landeweer e.a., 2011 en Voskes e.a., 2011 in staat zijn om creatieve interventies in te zetten om separatie te verminderen. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat verpleegkundigen van afdeling de Blaak het moeilijk vinden mogelijkheden te ontdekken om separatie te verminderen. De literatuur beschrijft echter veel interventies die toegepast kunnen worden om separatie te voorkomen. Maar voordat die ingezet kunnen worden moet er eerst een cultuurverandering komen. De meeste verpleegkundigen maken zich vooral zorgen om de administratieve werkzaamheden en de personeelsbezetting, waardoor de mate van contact met de cliënt beperkt blijft. Terwijl juist de bejegening en het contact één van de eerste voorwaarden is om separatie te verminderen.

5.2. Sterke en zwakke kanten van het praktijkonderzoek

Hieronder zullen eerst de sterke kanten van het onderzoek belicht worden. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten werd er een proefinterview afgenomen. De interviewer heeft voorafgaande aan de interviews workshops over het afnemen van interviews gevolgd. De interviews werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven om vertekening van de resultaten te voorkomen. Doordat er van te voren een topiclist werd opgesteld werden tijdens al de interviews dezelfde onderwerpen besproken en kon er richting gegeven worden in de interviews. Om sociale wenselijkheid toch zoveel mogelijk te voorkomen werd er een duidelijk kader aangegeven waarin het gesprek plaatsvond. Er werd een membercheck uitgevoerd waardoor vastgesteld werd of de uitwerking van het interview herkenbaar was voor de geïnterviewde. De respondenten kregen de uitwerking via de mail opgestuurd en kregen een aantal dagen de gelegenheid om hier een reactie op te geven. Eén respondent gaf aan het te druk te hebben om dit te lezen, de andere respondenten zijn akkoord gegaan met de uitwerking. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten heeft de werkbegeleidster van de onderzoeker in totaal drie interviews gecodeerd, onafhankelijk van de onderzoeker. Deze coderingen werden met elkaar vergeleken en besproken. De werkbegeleidster kwam tot dezelfde codefragmenten en resultaten als de onderzoeker.

De beperkingen van het onderzoek liggen in het relatief kleine aantal respondenten. Bij de selectie van de respondenten waren er een aantal die direct aangaven niet mee te willen werken vanwege persoonlijke redenen. De steekproef moest daarom bijgesteld worden. In totaal werden er uiteindelijk zes respondenten geïnterviewd waarbij één interview vanwege werkzaamheden op de afdeling afgebroken moest worden. Hierdoor konden er slechts 5 interviews betrokken worden bij de analyse van de resultaten. Door de kleine steekproef is het mogelijk dat het resultaat van dit onderzoek niet de motivatie van het gehele team weergeeft. Bij een eventueel volgend onderzoek zal de onderzoeker meer tijd nemen om het praktijkonderzoek uit te voeren.

Het is denkbaar dat er bias is opgetreden door het bijstellen van de steekproef, daardoor bestaat de kans dat de steekproef nu alleen bestond uit verpleegkundigen die affiniteit met het onderwerp hadden. Bias is mogelijk ook opgetreden doordat de onderzoeker werkzaam is als verpleegkundige op de afdeling waar het onderzoek heeft plaats gevonden. De respondenten zouden sociaal wenselijke antwoorden gegeven kunnen hebben of mogelijk heeft de onderzoeker onbewust de antwoorden van de respondent in een bepaalde richting gestuurd.

Door de klein steekproef is er geen saturatie bereikt. Daarom zal het interessant zijn om bij een vergelijkend onderzoek meer verpleegkundigen te interviewen. De methode is achteraf gezien wel de juiste methode geweest om de data te verkrijgen omdat het onderzoeksprobleem veel kwalitatieve vragen omvatte en er dus kwalitatieve gegevens verzameld moesten worden.

5.3. Bijdrage aan de doelstelling

Het doel van dit onderzoek was om inzichtelijk te krijgen waarom het aantal separaties die ingezet worden door de verpleegkundigen op afdeling 'de Blaak' niet verder dalen. Vanuit de literatuur komt afdeling de Blaak overeen met kenmerken van acute opname afdelingen uit de literatuur. In de literatuur staat beschreven wat redenen kunnen zijn waarom de

separeercijfers niet verder dalen. Deze redenen blijken overeen te komen met de resultaten uit het praktijkonderzoek. Omdat dit duidelijk is geworden kan gesteld worden dat het onderzoek zeker een bijdrage heeft geleverd aan het behalen van de doelstelling.

5.4. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De resultaten van het onderzoek richten zich enkel en alleen op afdeling de Blaak van het Delta Psychiatrisch Centrum. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek niet generaliseerbaar naar andere afdelingen binnen Delta en al zeker niet naar andere instellingen. Het wordt daarom aanbevolen een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren met meer verpleegkundigen en op meerdere acute opname afdelingen. Het is tevens aan te bevelen dit vervolgonderzoek te laten uitvoeren door een onafhankelijke partij om belangenverstrengeling te voorkomen.

Hoofdstuk 6: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Hierna zullen er aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan.

De vraagstelling binnen dit onderzoek luidde als volgt:

“Wat zijn volgens verpleegkundigen van afdeling ‘de Blaak’ redenen waardoor op afdeling ‘de Blaak’ de separeercijfers hoger zijn in vergelijking met andere instellingen in Nederland?”

Uit het onderzoek zijn redenen uiteengezet die aangeven waarom de separeercijfers van afdeling de Blaak hoog zijn. Het heeft echter geen eenduidigheid opgeleverd over wat volgens de verpleegkundigen van afdeling de Blaak redenen zijn waarom de separeercijfers op de Blaak hoger zijn dan in andere instellingen in Nederland. De verschillen tussen de individuele verpleegkundigen zijn groot, waardoor duidelijk wordt dat er geen duidelijke visie op dwangreductie is. Reflectiebijeenkomsten vinden nauwelijks plaats waardoor de verpleegkundige niet wordt uitgedaagd om na te denken over het eigen handelen. Verpleegkundigen werken niet volgens vaste methodes en voor risicotaxatie wordt geen instrument gebruikt; de inschattingen die de verpleegkundigen maken worden gebaseerd op subjectieve beoordelingen. Verpleegkundigen op de Blaak zijn vooral bezig met het creëren van veiligheid en met het beheersen van de situatie waardoor het lastig is om de separeercijfers te verminderen. Er kan daardoor ook weinig geïnvesteerd worden in het contact met de cliënt. Het vereist een nieuwe manier van denken en handelen om de cultuuromslag te kunnen maken van het beheersen naar het contact. Dit resulteert in ander soort relaties tussen verpleegkundigen en cliënten. Als dit afgezet wordt tegen resultaten uit het literatuuronderzoek van andere instellingen waar de separeercijfers wel zijn gedaald, kunnen er op basis hiervan wel aanbevelingen gedaan worden voor afdeling de Blaak. De manager van afdeling de Blaak zal deze aanbevelingen moeten implementeren en samen met de teamleider erop toezien dat dit ook nageleefd wordt.

Aanbevelingen

1. Naast centrale aansturing en leiderschap op de afdeling is een actieve instellingsbrede betrokkenheid nodig om separatie blijvend te verminderen. De inzet van een instellingsbrede werkgroep is hierbij nodig zodat het belang van het verminderen van separeren eenduidig uitgedragen wordt.
2. Om te kunnen investeren in het contact met de cliënt en om tekenen van een crisis of mogelijke escalatie vroegtijdig te signaleren is er meer aanwezigheid van de verpleegkundige op de afdeling vereist. De aanschaf van tablets is hierbij een voorwaarde zodat administratieve werkzaamheden op de huiskamer kunnen worden verricht.
3. De inzet van de ‘eerste vijf minuten methodiek’ is onmisbaar. Hierdoor zal de bejegening en het contact met de cliënt bij opname en aan het begin van iedere dienst door de verpleegkundige worden verbeterd.

4. De CrisisMonitor zou een passende interventie zijn om separatie te verminderen. Het verkleint de risico's en de cliënt kan er objectief mee beoordeeld worden.
5. Structurele reflectiebijeenkomsten als crisisbespreking, intervisie en moreel beraad binnen het disciplinaire team zijn noodzakelijk. Hiermee kan een eenduidige visie ontwikkeld worden en de argumenten en de kwaliteit van de beslissingen om een cliënt te separeren verbeteren.
6. Het is essentieel ervaring op te doen over hoe separatie kan worden verminderd. Een goede optie hiervoor zou het afleggen van werkbezoeken zijn door verpleegkundigen van de Blaak. Dit zou het best kunnen bij instellingen waar de separeercijfers lager zijn dan het landelijk gemiddelde.

Nawoord

Het schrijven van deze scriptie en het doen van onderzoek heb ik als erg leerzaam ervaren. Wanneer ik terugkijk op het proces wat ik doorlopen heb, zie ik dat het begin moeizaam is verlopen. Doordat ik nauwelijks ervaring had met het doen van een literatuurstudie, met name Engelstalige literatuur, vergde dit veel inspanning. Het zoeken naar specifieke artikelen vond ik lastig, waardoor de literatuurstudie meer tijd heeft geveegd dan ik had verwacht.

Ik kwam ook tot verrassende inzichten. Zo had ik niet verwacht dat afdeling de Blaak zoveel overeenkomsten zou hebben met andere acute opname afdelingen in Nederland. Een waardevolle bijdrage was het onderzoek van de IGZ wat begin deze maand uitkwam. Voor mij was dit een bevestiging en een stimulans om mijn veranderde visie aan te houden en in de praktijk te blijven uitdragen!

Aan het einde van deze scriptie rest mij nog te zeggen dat ik dit alleen heb kunnen doen doordat ik hier de kracht en de wijsheid voor mocht krijgen. Daarom wil ik graag eindigen met de woorden: 'Soli Deo Gloria!'.

Literatuurlijst

Beck, T. & Polit, D.F. (2011). *Nursing Research, International Edition Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Bongers, I., Roman, B., Balog, Dijk, A. van. Reek, E. van den. & Wijngaart, M. van den. (2010). *Separeren in de GGZ: Beleid, praktijk en toezicht Onderzoek naar de vorderingen in het terugdringen van separaties*. Tilburg: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bossche, S. van den, Klauw, M. van den, Ybema, J.F., Vroome, E. de, & Venema, A. (2012). *Agressie op het werk, risico's, impact en behoefte aan maatregelen. (TNO-rapport, publicatienummer: R10252)*. Den Haag: TNO. Geraadpleegd op 28 mei 2015, van http://www.evpt.nl/fileadmin/documenten/onderzoeken/Agressie_op_het_werk.pdf

Boumans, C.E., Egger, J.I.M., Souren, P.M., Mann-Poll, P.S., Hutschemaekers, G.J.M. (2012). Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 264–270. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01777.x

Delta Psychiatrisch Centrum (2008). *Verslag BeleidsPsychiaterOverleg d.d. 10 juni 2008*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2009). *Jaardocument 2009*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2010). *Jaardocument 2010*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2011). *Jaardocument 2011*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2012a). *Verpleegkundige separeerrichtlijnen cmp* (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2012b). *Jaardocument 2012*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2013a). *Cluster Rijnmond*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2013b). *Jaardocument 2013*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2014). *Jaardocument 2014*. (interne publicatie).

Delta Psychiatrisch Centrum (2015). *Jaardocument 2015*. (interne publicatie).

Friese, S. (2011). *Werkbank Literatuur en cultuur*. Geraadpleegd op 29 mei 2015, van http://www2.let.vu.nl/werkbanken/literatuurcultuur/programmatuur/atlasti_.php

GGZ Nederland (2012). *ARGUS Registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2013). *Slotrapportages GGZ instellingen. Projectgelden terugdringen Dwang en Drang 2012*. Amersfoort: GGZ Nederland.

't Hart, H. & Boeijs, H. (2010). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Helm, P. van der, & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult? Leefklimaat en straf in de klinisch-psychiatrische zorg. *Magazine voor Geestelijke Gezondheidszorg en Verslaving*, 69 (6), 28-34.

Husum, T.L., Børngaard, J.H., Finset, A., Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research* 10, 1-9.

Inspectie voor de gezondheidszorg (2011). *Rapport: Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectie onderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011*. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inspectie voor de gezondheidszorg (2015). *GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen*. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Hoogendoorn, A. Smit, A. Widdershoven, G.A.M. (2012). Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? *Psychiatric quarterly* 84 (1) 39-52. doi: 10.1007/s11126-012- 9925-3

Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., Sande, R. van de, Nijman, H.L.I., Smit, A., Hoogendoorn, A., Voskes, Y., Mulder, C.L., & Widdershoven, G.A.M. (2014). *Zes jaar Argus Vrijheidsbeperkende interventies in de GGz in 2012 en ontwikkelingen ten opzichte van voorgaande jaren*. Geraadpleegd op 19 februari 2015, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Rapport%20%20zes%20jaar%20argus%2017062014.pdf.pdf>

Johansson, I.M., Skarsater, I., Danielson, E. (2013). The experience of working on a locked acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, 321-329.

Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.M., Lönnqvist, J., & Kaltiala – Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: a nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry* 64 (2), 136-144. doi: 10.3109/08039480903274449

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joff, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17(1) 65-76. doi: 10.1177/0969733009350140

Landeweer, E.G.M., Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. (2011). Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry. *Nursing Ethics* 18 (3) 304–316. doi: 10.1177/0969733011400301

Mierlo, T. van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Actieplan Veilig Werken in de Zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nieswiadomy, R.M. (2013) *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

Noorthoorn, E.O., Janssen, W.A., Voskes, Y., Smit, A., Sande, R., van de. Boussardt, A., Nijman, H.L.I., Mulder, C.L., Widdershoven, G.A.M. (2011). *Vijf Jaar Argus. Rapportage vrijheidsbeperkende interventies*. Geraadpleegd op 19 februari 2015, van <http://www.veiligezorgieterszorg.nl/speerpunt-dwang-en-drang/slotcongres-dwang-en-drang-29-november-2012/rapport-vijf-jaar-argus.pdf>

Papadopoulos, C., Bowers L.R.M.N., Quirk, A., & Khanom, H.B.A. (2012). Events Preceding Changes in Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 63 (1) 40-47. doi: 10.1176/appi.ps.201000480

Sande, R., van de, Hellendoorn E., Roosenschoon, B.J., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Staak, C. van der, & Mulder, C.J. (2009). De CrisisMonitor. Het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. *Maandblad voor de Geestelijke Gezondheidszorg* 64 (6), 540-550.

Staatscourant Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814 (2012). *Bijlage 1, 2 en 3 Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz*. Geraadpleegd op 28 mei 2015, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2012-9954.html>

Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk, J. Subjective distress after Seclusion or Mechanical restraint: One Year Follow – Up of a Randomized Controlled Study. (2013) *Psychiatric Services*, 64 (10), 1012-1017. doi. 10.1176/appi.ps.201200315

Vollema, M.G., Hollants, S.J., Severs, C.J., & Hondius, A.J.K. (2012). De determinanten van separaties in een psychiatrische instelling: een naturalistisch en exploratief onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (3), 211-221.

Voorde, F.J.J. ten, Schaaf, P.S., van der, Klein, A.W., Aalst, H.J.M. van der, Keuning, F.M., Heumen, S.P.M. (2013). *Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting. (TNO-rapport, publicatienummer: R10446)*. Den Haag: TNO. Geraadpleegd op 26 mei 2015, van http://www.ebk-specialist.nl/wp-content/uploads/2013/10/Rapport-TNO-veldnorm-insluiting-april-2013_tcm294-343098.pdf

Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G.A.M. (2011). *Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: GGZ Nederland.

Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E.G.M. & Widdershoven, G.A.M. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*, 21 (7), 766-773. doi: 10.1177/0969733013493217

Rijksoverheid (2014). Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 26 mei 2015, van <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wet-verplichte-geestelijke-gezondheidszorg>

Yang, C.P., Hargeaves, W.A., & Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Service*, 65 (2), 251-254. doi: 10.1176/appi.ps.201200531

Bijlage 1: Zoekstrategie

De volgende tabel geeft de resultaten van de zoekstrategie op de verschillende databanken weer.

Zoektermen	Database	Datum	Aantal hits	Geselecteerde artikelen
Mental Health AND treatment	PubMed	6 maart 2015	111017	➔ zoekopdracht verfijnen (verfijning zoekterm)
Mental Health AND treatment AND nurses	PubMed	6 maart 2015	4765	➔ zoekopdracht verfijnen (toevoegen zoekterm)
Mental Health AND treatment AND nurses AND acute	PubMed	6 maart 2015	371	➔ zoekopdracht verfijnen (toevoegen zoekterm)
Mental Health AND treatment AND nurses AND separation	PubMed	6 maart 2015	0	-
Acute psychiatry AND treatment AND nurses AND isolation	PubMed	6 maart 2015	9	- Geen relevante artikelen ➔ (verbreden zoekstrategie)
Acute inpatient psychiatric wards AND treatment AND nurses AND	PubMed	6 maart 2015	3	- Papadopoulos e.a., 2012 ➔ Verbreden zoekstrategie)
Mental Health AND isolation AND treatment AND nurses	PubMed	6 maart 2015	34	- Yang e.a., 2014 - Faschingbauer e.a., 2013 - Boumans e.a., 2012 - Happell e.a., 2011

Zoektermen	Database	Datum	Aantal hits	Geselecteerde artikelen
Mental Health AND isolation AND treatment AND nurses	Chinahl	6 maart 2015	4	- Geen relevante artikelen ➔ (verbreden zoekstrategie)
Mental Health AND seclusion AND treatment AND nurses	Chinahl	6 maart 2015	31	- Happell e.a., 2010 ➔ (verbreden zoekstrategie)
Patient AND seclusion AND attitudes AND nurses	Chinahl	6 maart 2015	5	- Kontio e.a., 2010; - Keski-Valkama, 2010 ➔ (verbreden zoekstrategie)
Mental health AND seclusion AND attitudes AND nurses	Chinahl	6 maart 2015	5	- Alle artikelen reeds eerder gevonden bij andere zoekmachine
Nurse AND treatment AND separating AND acute psychiatry	Pubmed	14 april 2015	1	- Geen relevante artikelen ➔ (veranderen zoekstrategie)
Nurse AND treatment AND separating AND mental health	Pubmed	14 april 2015	1	- Geen relevante artikelen ➔ (veranderen zoekstrategie)
Nurse AND treatment AND seclusion AND mental health	Pubmed	20 april 2015	26	- Faschingbauer e.a., 2013 - Sutton e.a., 2013 - Landeweer e.a., 2011 - Husum, e.a. 2010
Nurse AND attitude AND seclusion AND acute psychiatry	Pubmed	20 april 2015	1	- Bowers e.a., 2013 - Steinert e.a., 2013

Nurse AND attitude AND seclusion AND mental health	Pubmed	20 april 2015	17	Alle artikelen reeds gevonden bij eerdere zoekopdracht.
Nurse AND attitude AND seclusion AND mental health	Cinahl	20 april 2015	1	- Geen relevante artikelen → (veranderen zoekstrategie)
Seclusion AND reduce AND mental health	Cinahl	20 april 2015	7	- Happell e.a., 2010
Seclusion AND nurse AND reduce AND acute psychiatry	Cinahl	20 april 2015	52	→ Zoekopdracht verfijnen
Seclusion AND nurse AND reduce AND interventions AND acute psychiatry	Cinahl	20 april 2015	64	→ Zoekopdracht verfijnen
Seclusion AND nurse AND reduce AND interventions AND emergency psychiatry	Cinahl	20 april 2015	58	Tweede artikel van zoekresultaten: - Voskes, e.a. 2014 → Zoekopdracht verfijnen
Locking wards AND psychiatry	Cochrane	5 mei 2015	0	→ Zoekopdracht veranderen
Feature AND acute psychiatric ward	Cochrane	5 mei 2015	2	- Geen relevante artikelen → (Andere zoekmachine)
Locking wards AND psychiatry	Cinahl	5 mei 2015	8	- Geen relevante artikelen → Veranderen zoektermen
Feature AND acute psychiatric ward	Cinahl	5 mei 2015	87	→ Zoekopdracht verfijnen
Feature AND acute ward AND mental health	Cinahl	5 mei 2015	371	→ Zoekopdracht verfijnen

Locking wards AND acute psychiatry	PubMed	5 mei 2015	4	- Johansson, e.a. 2012; - Husum, e.a. 2010
--	--------	------------	---	---

Bijlage 2: Zoektermen

De volgende tabel geeft de resultaten van de centrale begrippen weer.

NEDERLANDS		ENGELS	
Centrale begrip(pen)	Synoniemen / verwante begrippen	Centrale begrip(pen)	Synoniemen / verwante begrippen
Acute psychiatrie	Spoedeisende psychiatrie	Acute psychiatry	Emergency psychiatry
Geestelijke Gezondheidszorg	Psychiatrie	Mental health	Psychiatry
Separeren	Isoleren Separatie Isolatie	Separating	Isolate Seceding Seclusion
Verminderen	Reduceren Terugdringen	Reduce	Reducing Reduction
Verpleegkundige		Nurse	Health professional Caregiver
Interventies	Ingrijpen Tussenkomst	Interventions	Intervene Interpose Mediate
Bejegening	Omgang Attitude Houding	Treatment	Attitude Behaviour

Bijlage 3: Overzichtstabel geselecteerde artikelen

De volgende tabel geeft de een overzicht van de geselecteerde artikelen.

	Auteur, Jaartal	Design	Setting	Interventie	Resultaten	Wetenschappelijke waarde
1.	Boumans e.a, 2012	Vignettenstudie / enquêtes.	Verpleegkundigen in psychiatrische kliniek in Nederland.	Neiging tot afzondering werd gemeten aan de hand van een 9 puntsschaal bij 16 situaties.	Alle onderzochte variabelen bleken significant voorspellers van de neiging tot afzonderen te zijn.	+
2.	Husum e.a., 2010	Cross-sectioneel onderzoek / vragenlijst en observatie.	Verpleegkundigen acute psychiatrie in Noorwegen.	Houding en gedachten over dwang werden gemeten aan de hand van een speciaal ontwikkelde Staff Attitude to Coercion Scale (SACS).	Grote verschillen tussen acute psychiatrische afdelingen met betrekking tot het gebruik van separatie in Noorwegen.	++
3.	Johansson e.a, 2012	Kwalitatief onderzoek / interviews.	Multidisciplinair team acute psychiatrie in Zweden.	Onderzoeken wat een gesloten afdeling doet met medewerkers.	Het werken op een gesloten afdeling zorgt voor het toepassen van grote controle op de cliënt.	+
4.	Keski- Valkama e.a., 2010	15 jarig kwantitatief onderzoek / enquêtes	Verpleegkundigen acute opname afdelingen in Finland	Om welke redenen cliënten worden gesepareerd.	Huidige separeerpraktijken worden gebaseerd op subjectieve beoordelingen en intuïtie wat beïnvloed wordt door persoonlijke ervaringen en overtuigingen.	+
5.	Kontio e.a, 2010	Kwalitatief onderzoek / interviews, focusgroep en	Verpleegkundigen acute psychiatrie in Finland.	Wat gebeurt er wanneer een cliënt agressief wordt en welke alternatieven zijn hiervoor?	Verpleegkundigen kiezen voor veiligheid en communiceren beperkt met de cliënt. Een meer cliëntgerichte verpleging is nodig.	+

		pilot-studie				
6.	Landeweert e.a., 2011	Case studie/ interviews en focusgroep.	Verpleegkundigen acute psychiatrie in Nederland.	Twee verpleegkundigen van andere instelling om perspectieven te bekijken tijdens focusgroep.	Sociale interacties hebben grote invloed op houding van verpleegkundigen met betrekking tot separatie.	++
7.	Papadopoulos e.a., 2012	Longitudinaal onderzoek/ interviews	Verpleegkundigen op acute psychiatrische afdelingen in London.	Patient-Staff Conflict Checklist— Shift werd ingezet om te onderzoeken wat de kans op separatie verhoogt.	Een positief leefklimaat, actieve betrokkenheid van verpleegkundigen en managers, goed teamwork zorgt voor minder separaties.	++
8.	Sande e.a., 2009	Cluster- gerandomiseerd onderzoek.	Verpleegkundigen acute psychiatrie in Nederland.	CrisisMonitor werd bij een aantal afdelingen ingezet en een aantal niet.	Separatie daalde met 78% in experimentele groep. Controle afdeling nam separatie met 12% toe.	++
9.	Voskes e.a., 2011	Inventariserend onderzoek / audits	Instellingen acute psychiatrie in Nederland	Welke best practices zijn ontwikkeld om separatie te verminderen.	Er is een grote verscheidenheid aan interventies en instrumenten ontwikkeld en ingezet om dwang te reduceren.	+
10.	Voskes e.a., 2014	Systematische review	Verpleegkundigen acute opname afdeling in Nederland.	Eerste vijf minuten methodiek.	Een passend protocol wat separatie kan verminderen, maar het vereist een andere manier van denken en handelen.	++
11.	Yang e.a., 2014	Gerandomiseerd onderzoek / observatie.	Verpleegkundigen acute opname afdeling in San Francisco	Een groep verpleegkundigen volgden een speciale training empatisch vermogen te verbeteren. De andere groep niet.	De training om het empatisch vermogen te verbeteren had geen meerwaarde had om het afzonderen terug te dringen. Wel daalde de separeercijfers met 33% wanneer er empatische verpleegkundigen aanwezig waren.	++

Bijlage 4: Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007 McMaster University

Aangepaste versie ten behoeve van de HBO-V Hogeschool Rotterdam. Invul instructie: geef in de linker kolom door middel van een kruisje aan of iets van toepassing is. In de rechter kolom geef je in eigen woorden antwoord op de vraag. Voor aanvullende uitleg zie: www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf

REFERENCE: Provide the full citation for this article in APA format:	
STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? ☐ yes ☐ no	Outline the purpose of the study and/or research question
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? ☐ yes ☐ no	Describe the justification of the need for this study. Was it clear?
	How does the study apply to your practice and/or to your research question?
STUDY DESIGN*: What was the design? ☐ Phenomenology ☐ Ethnography ☐ grounded theory ☐ participatory action research ☐ other _____	Describe the study design?
Was a theoretical perspective identified? ☐ yes ☐ no	Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.
Method(s) used: ☐ participant ☐ observation ☐ interviews	Describe the method(s) used to answer the research question.

☐ document review ☐ focus groups ☐ other	
SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? ☐ yes ☐ no Was sampling done until redundancy in data was reached? ☐ Yes ☐ no	Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question?
Was informed consent obtained? ☐ Yes ☐ no	Describe what was done.
DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of Site: ☐ Yes ☐ No Participants: ☐ Yes ☐ No Role of researcher & relationship with participants: ☐ Yes ☐ No Identification of assumptions and biases of researcher: ☐ Yes ☐ No	Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture? What was missing?
Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? ☐ Yes ☐ No	Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection method.

DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? ☐ Yes ☐ No Findings were consistent with the data? ☐ Yes ☐ No	Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?
Auditability Decision trail developed? ☐ Yes ☐ No Process of analyzing the data was described adequately? ☐ Yes ☐ No	Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.
Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? ☐ yes ☐ no	How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.
CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? ☐ yes ☐ no The findings contributed to theory development & future nursing practice/ research? ☐ yes ☐ no	What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?
TOTAALSCORE= /20	Elk antwoord met een 'Yes' geeft een punt, geef hier het totaal aantal punten.

Bijlage 5: Topiclist

Opening

- Doel interview:
Inzichtelijk krijgen waarom het verpleegkundig team van afdeling de Blaak vaker separeert ten opzichte van andere instellingen in Nederland.
- Teken en informed consent

Inhoud

1. Wat zijn volgens u redenen om een cliënt te separeren?
 - ✗ Omslagpunt: wanneer wel/niet separeren
 - ✗ Vormen van agressie
 - ✗ Communicatie
 - ✗ Samenwerking (met de cliënt / met collega's)
2. Welke alternatieve interventies ziet u om separatie te voorkomen?
3. Welke alternatieve interventies zet u in om separatie te voorkomen?
 - ✗ Gesprekstechnieken
 - ✗ Bejegening
 - ✗ Opnamekamer
 - ✗ Samenwerken artsen
4. Wanneer is het moment voor u aangebroken om de cliënt te separeren?
 - ✗ Angst
5. In de literatuur komt naar voren dat verpleegkundigen achteraf een gevoel van falen ervaren wanneer zij de cliënt hebben gesepareerd, alsof ze niet voldoende interventies hebben ingezet om het te voorkomen. Herkent u dit? Zo ja, hoe komt dat? En zo nee, hoe komt dat?
6. Hoe denkt u dat het komt dat er op de Blaak vaker gesepareerd wordt ten opzichte van andere instellingen in Nederland?
 - ✗ Gesloten opnamecultuur
 - ✗ 100% aanwezigheid op zaal / 'Kantoorverpleging'
7. Begin 2016 moet de Blaak 50% minder separeren dan dat nu gebeurt. Hoe kan deze doelstelling behaald worden?

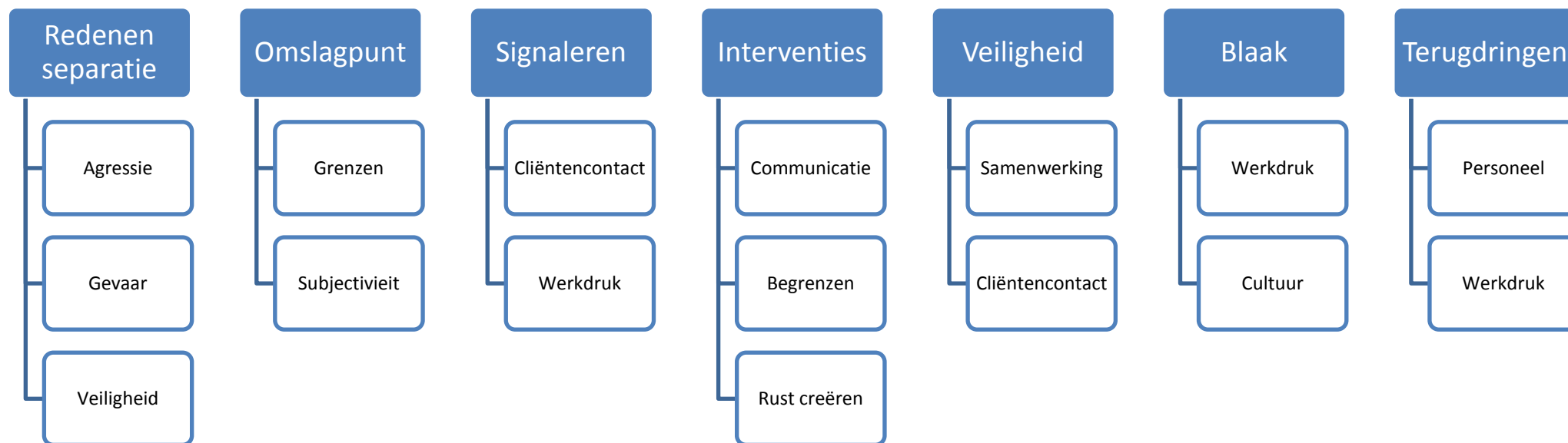
Afronding

Is er nog iets dat u wilt vertellen over dit onderwerp wat we nog niet besproken hebben?

Zijn er nog vragen en/of opmerkingen?

Bespreken uitwerken interview + uitvoeren membercheck

Bijlage 6: Codeboom



Bijlage 7: Toestemming praktijkonderzoek

Re: Toestemming praktijkonderzoek

Van: Marco Oosterman <M.Oosterman@deltapsy.nl>
Aan: 0869437@hr.nl
CC: W.Kik@deltapsy.nl
Datum: donderdag - 9 april, 2015 22:46
Onderwerp: Re: Toestemming praktijkonderzoek
Bijlagen: TEXT.htm; Mime.822

Hoi Winanneke,

Je begrijpt vast dat ik niet anders kan dan hiermee instemmen.
Succes en hou me op de hoogte
met vriendelijke groet,

Marco Oosterman
Manager Bedrijfsvoering Behandeling CP |Delta Psychiatrisch Centrum
3172 AA POORTUGAAL |T 010-5033117
email: marco.oosterman@deltapsy.nl

Op 9 apr. 2015 om 22:42 heeft "Kik, W.G. (0869437)" <0869437@hr.nl> het volgende geschreven:
Beste Marco,

Voor mijn afstudeeropdracht ben ik op het probleem gestuit dat het onduidelijk is waarom het verpleegkundig team van afdeling 'de Blaak', ondanks verschillende initiatieven om separatie tegen te gaan, de cliënt nog steeds vaker separeert in vergelijking met andere instellingen in Nederland. Het doel van mijn opdracht is om inzichtelijk te krijgen waarom het verpleegkundig team van afdeling 'de Blaak' de cliënt vaker separeert om te komen tot aanbevelingen die kunnen bijdragen aan het verminderen van separatie.

Om dit doel te kunnen behalen wil ik graag interviews afnemen bij het verpleegkundig team van afdeling de Blaak. Omdat het onmogelijk is om iedereen te interviewen, zal er een steekproef afgenomen worden. Het gaat om 7 verpleegkundigen die willekeurig gekozen worden. Iedere verpleegkundige heeft dus evenveel kans om in de steekproef te komen. Degenen die geselecteerd worden om deel te nemen aan het interview worden op de hoogte gesteld van de aard, methode en het doel van het onderzoek. Deelname is uiteraard vrijwillig.

Voordat ik start met het benaderen van de personen heb ik officieel toestemming van jou nodig, daarom deze mail. Wil je, door het beantwoorden van deze e-mail, bevestigen of ik hier toestemming voor krijg?

Hartelijke groet,
Winanneke Kik

Bijlage 8: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

[indien van toepassing] Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:
.....

Datum: Handtekening onderzoeker: