

Grip op je gedachten

Handvatten voor verpleegkundigen

***Handvatten voor verpleegkundigen
in het Algemeen Ziekenhuis***

*I want to trip inside your head
Spend the day there
To hear the things you haven't said
And see what you might see*

Voorwoord

Het eindproduct dat voor u ligt, is gemaakt in het vierde jaar van onze studie verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool in het kader van ons afstudeerproject. Het afstudeerproject vormt een onderdeel van de afsluiting van deze opleiding.

Wij hebben tijdens dit project een handleiding gemaakt voor een bredere kennismaking met de psychiatrie in het Algemeen Ziekenhuis. Door middel van deze handleiding hopen wij het verpleegkundig team en dus de professionalisering van het verpleegkundig beroep bevorderd te hebben, wat tevens de kwaliteit van zorg vergroot.

Dit projectverslag is bedoeld voor de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie van het “Groene Hart” ziekenhuis in Gouda.

Wij willen onze tutor Kitty Martens bedanken voor haar steun bij dit project. Tevens willen wij het verpleegkundige team van de afdeling Cardiologie bedanken voor hun medewerking.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Enquête	6
Hoofdstuk 2: Implementatie.....	12
Hoofdstuk 3: Het veranderplan	18
Hoofdstuk 4: Voorlichtingsplan.....	27
Samenvatting.....	34
Conclusie.....	35
Bijlagen	36
Bijlage 1: Plan van Aanpak.....	37
Bijlage 2: Evaluatieformulier	44
Literatuurlijst	45

Inleiding

Verpleegkundigen in het Algemeen Ziekenhuis hebben, over het algemeen genomen, weinig kennis van patiënten met een psychiatrische ziekte. Dit komt omdat zij (te) weinig met deze patiënten in aanraking komen, en hierdoor hun kennis hierover niet goed kunnen ontwikkelen of uitbreiden. Doordat psychiatrische patiënten toch opgenomen kunnen worden in een algemeen ziekenhuis leek het ons een goed idee om hier iets mee te doen. Uit onze eigen ervaringen in het algemeen ziekenhuis, wanneer psychiatrische patiënten opgenomen werden, bleek dat ook ons was opgevallen, dat deze patiënten met een soort angst benaderd werden. Dit vinden wij jammer, want deze patiënten hebben ook recht op een goede behandeling en zorg.

Door hier met elkaar over te praten, kwamen we al snel tot de conclusie dat hier iets mee gedaan moest worden. Wij hebben het plan opgevat, om een voorlichting te geven aan de verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis, waarbij wij een handleiding presenteren, die gebruikt kan worden, wanneer psychiatrische patiënten opgenomen worden.

Het project is uitgevoerd op de afdeling Cardiologie, van Het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda.

Wij zijn het project begonnen met het maken van een plan van aanpak (deze staat in de bijlage). Hierna hebben wij een enquête ontwikkeld en uitgedeeld aan de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie, om zo een beeld te krijgen of er vraag was naar een handleiding zoals die wij wilden maken, en wat er dan zoal in zou moeten staan. Deze enquête wordt uitgewerkt in hoofdstuk 1.

Uit de enquête bleek dat er vraag was naar een uitwerking van een aantal veelvoorkomende ziektebeelden en benaderingswijzen voor psychiatrische patiënten. Wij zijn tot de conclusie gekomen om de ziektebeelden schizofrenie, delier en manisch-depressief uit te werken in de handleiding. Deze keuze hebben wij gemaakt aan de hand van de enquête en ook uit onze eigen ervaring. Het ziektebeeld schizofrenie, is tevens zo complex en ingewikkeld, dat wij het belangrijk vonden deze uit te werken. Een delier komt tevens veel voor bij oudere patiënten en is ook gerelateerd aan psychiatrische ziekten. Het ziektebeeld manisch-depressief werken wij ook uit, omdat dit, net zoals schizofrenie, ingewikkeld is en verschillende kanten heeft.

Wij willen de handleiding implementeren op de afdeling. Dit doen wij aan de hand van een veranderplan. Het onderwerp implementatie wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2. Binnen implementatie kunnen verschillende modellen gebruikt worden, wij hebben voor één bepaald model gekozen, omdat deze voor onze situatie het meest geschikt was. Deze wordt uitgewerkt voor de ons geldende situatie in de praktijk. Wij hebben het model wat wij gebruiken uitgewerkt in een veranderplan, dit wordt tevens beschreven in hoofdstuk 2.

Om het veranderplan op de afdeling te presenteren hebben wij tevens een voorlichtingsplan opgesteld (hoofdstuk 3). Hier worden verschillende modellen beschreven die gebruikt kunnen worden om voorlichting te geven. Ook hier hebben wij één model gekozen en deze toegespitst op onze situatie. Ten slotte wordt er een samenvatting gegeven van het geheel en een conclusie. Dit document eindigt met een bijlage waarin het plan van aanpak wordt beschreven en een bijlage met het evaluatieformulier van de presentatie.

Wij hebben er voor gekozen om van de handleiding een apart document te maken en deze niet toe te voegen aan dit projectdocument. Op deze manier hebben wij een scheiding aangebracht in de verschillende onderdelen van dit project.

De handleiding kan des al niettemin bijgevoegd worden bij dit projectdocument, zodat er een geheel ontstaat, van wat wij hebben gemaakt.

Hoofdstuk 1: Enquête

Dit hoofdstuk gaat over de enquêtes die wij hebben gehouden onder de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie, van het 'Groene Hart' ziekenhuis. In dit hoofdstuk worden deze enquêtes geëvalueerd. We hadden 40 enquêtes uitgedeeld, hier hebben wij er 13 van terug gekregen, een kleine respons, maar toch geven de teruggekregen enquêtes een redelijk goed beeld van de situatie op de afdeling Cardiologie.

Enquête handleiding voor psychiatrische patiënten.

Korte inleiding

Wij vragen kort even de aandacht van u met deze enquête. Wij Siepke, Anouschka en Susan zijn met ons afstudeerproject voor de HBO-V bezig. Anouschka is aan het afstuderen bij jullie op de afdeling Cardiologie. Susan en Siepke zijn beide aan het afstuderen in de psychiatrie. Ons project gaat over de opname van de psychiatrische zorgvrager in een algemeen ziekenhuis.

Wij willen een handleiding maken met een omschrijving van de meest voorkomende ziektebeelden. Bij deze ziektebeelden zullen we de benaderingswijze omschrijven zodat u als verpleegkundige bij opname van een patiënt weet wat deze patiënt qua ziektebeeld heeft en hoe u deze patiënt het beste kan benaderen. Om de inhoud van de handleiding te maken hebben we 15 minuutjes van uw tijd nodig. Dit zodat wij een goed beeld kunnen krijgen over wat u al weet over de psychiatrische zorgvrager en de juiste informatie in de handleiding kunnen verwerken. Wij vragen aan u om deze enquête binnen 3 weken terug te geven aan Anouschka. Dit het liefste via de mail gripopjegangedachten@hotmail.com, we willen de enquête graag terug voor 5 maart. Als het niet via de mail lukt kan het natuurlijk altijd in het postvakje van Anouschka worden gedaan!

Wij zullen de resultaten anoniem verwerken in ons project, zodat wij uw mening kunnen verwerken in de handleiding.

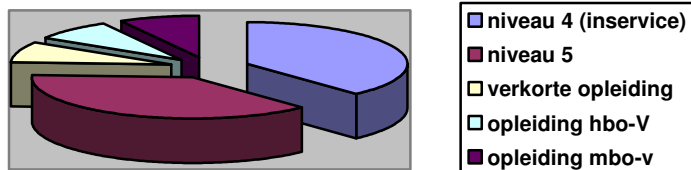
1. Wat is uw opleiding, leeftijd, functie?
2. Hebt u tijdens de opleiding informatie gekregen over de psychiatrie?
3. Hebt u bij u op de afdeling wel eens te maken gehad met de psychiatrische zorgvrager?
4. Wist u toen hoe u de zorgvrager moest benaderen? Zo ja, op wat voor manier? Zo, nee welke informatie miste u
5. Hoe voelde u zich bij de omgang met de deze zorgvrager patiënt?
6. Wat vindt u belangrijk om te weten over de benadering bij de psychiatrische zorgvrager?
7. Vindt u het een goed idee om van de handleiding die wij willen gaan maken, te implementeren op de afdeling? Zo ja, waarom wel. Zo nee waarom niet?
8. Denkt u dat deze handleiding uw kennis zal vergroten? Zo ja, waarom. Zo nee, waarom niet?

9. Welke informatie mag volgens u niet missen in de handleiding?

Uitwerking van de enquête

Uitgegeven 40 enquêtes, ingevuld 13.

Wat is uw opleiding,

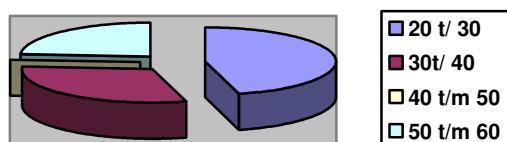


Conclusie:

Uit de opleiding blijkt wel dat de afdeling goed in evenwicht vertegenwoordigd is. Er zijn ongeveer evenveel mbo-ers als hbo-ers verder is een kwart van de afdeling vertegenwoordigd als leerling.

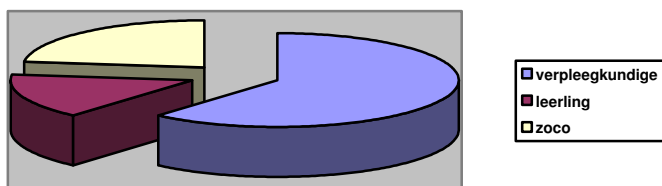
Verder zijn er op de afdeling Cardiologie nog 2 verpleegkundige werkzaam die nog een ander opleiding buiten de verpleegkunde hebben gedaan, deze staan in de grafiek vermeld als verpleegkundige.

Leeftijd,



Aan de bovenstaande grafiek is te zien dat er veel jonge mensen werken, de grootste groep van de afdeling zijn mensen tussen de 20 en 30 jaar. De andere helft bijna van de groep wordt gevormd door de mensen tussen de 30 en 60.

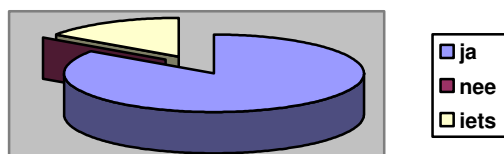
Functie



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat het overgrote deel van de geënquêteerde verpleegkundige is. Bijna 60 %. Het andere deel wordt gevormd door de zorgcoördinatoren (zoco's) met 23 % en de leerlingen 15%.

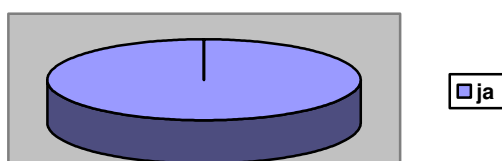
Verder is er nog 1 verpleegkundige die ook kwaliteitsmedewerker is, deze is vermeld in de grafiek als verpleegkundige.

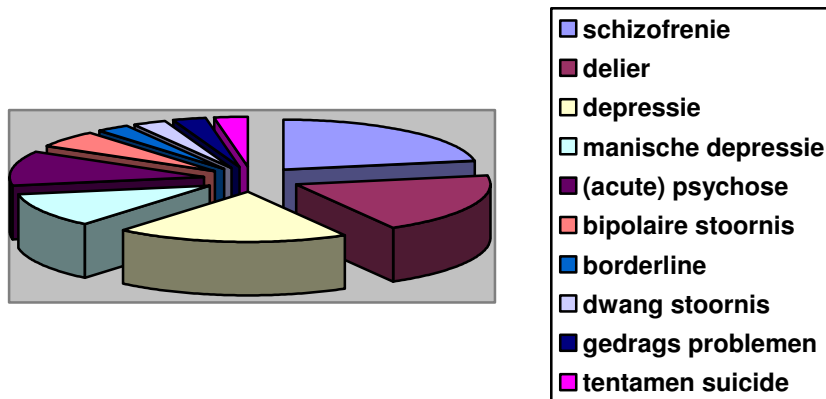
2. Hebt u tijdens de opleiding informatie gekregen over de psychiatrie?



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat bijna 85% van de groep wel iets gehad heeft over de psychiatrie, 15 % heeft er iets over gehad. Geen enkele van de geënquêteerde heeft nooit iets over de psychiatrie gehad volgens ons is dit een goede ontwikkeling.

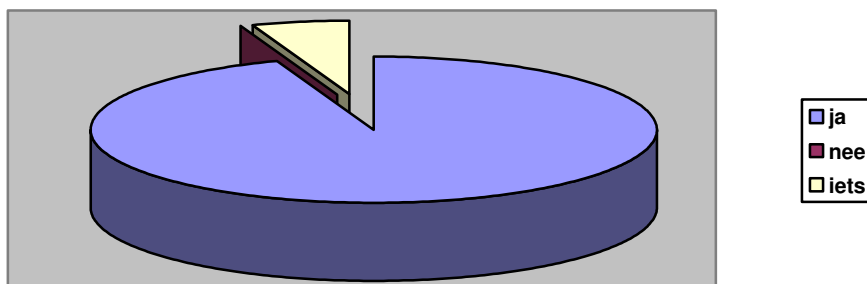
3. Hebt u bij u op de afdeling wel eens te maken gehad met de psychiatrische zorgvrager, zo ja met welke ziektebeelden?





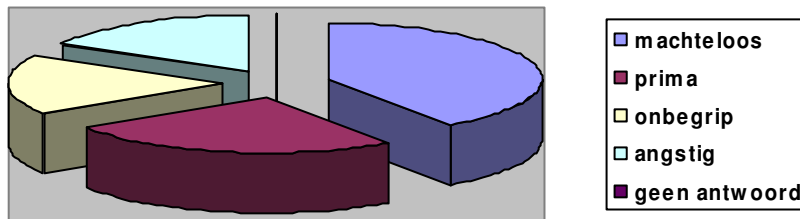
Uit bovenstaande grafiek is te zien dat iedereen wel eens een keer een psychiaterische zorgvrager heeft meegemaakt. De grote verschillen zitten wel in het aantal ziektenbeelden. De grootste groep vormen schizofrenie, delier en depressie. Nu zijn de ziektenbeelden delier en depressie goed te verklaren in het ziekenhuis. Vaak hebben vooral oudere zorgvragers hier mee te maken en die vormen de grootste patientengroep op de afdeling Cardiologie. Voor schizofrenie ligt dit wat anders het is dan ook een opmerkelijk gegeven dat ook deze ziekte veel voorkomt op een afdeling in een ziekenhuis. De andere ziektebeelden vormen een kleinere groep.

4. Wist u toen hoe u de zorgvrager moest benaderen? Zo ja, op wat voor manier? Zo, nee welke informatie miste u?



Het overgrote deel weet hoe ze moeten omgaan met een psychiaterische zorgvrager, deze groep vormt bijna 95 %. De andere 5% zegt er niet veel over te weten.

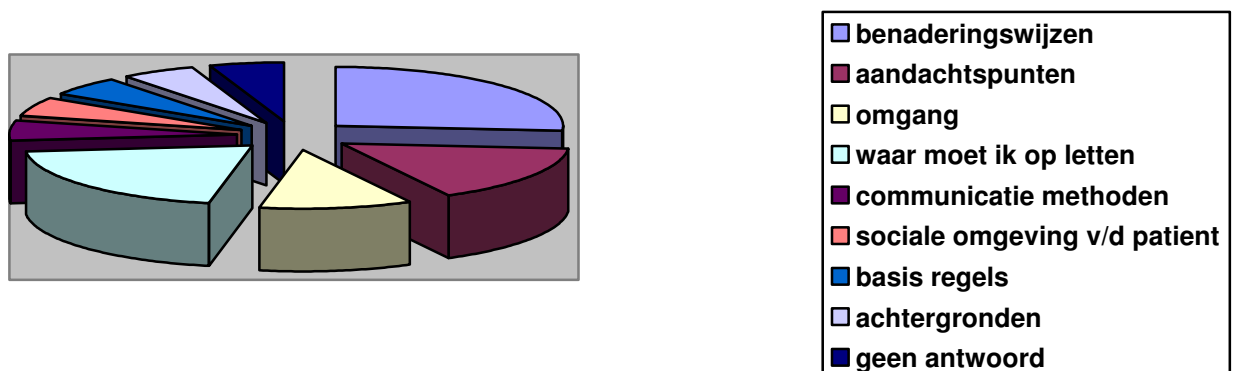
5. Hoe voelde u zich bij de omgang met de deze zorgvrager patiënt?



Uit bovenstaande grafiek blijkt dat het overgrote deel van de geënquêteerde zich niet echt op zijn gemak voelt bij het verzorgen van deze zorgvrager, er zijn veel gevoelens van onbegrip, angst en machteloosheid. Dit is opmerkelijk omdat in de vorige vraag door het overgrote deel is geantwoord dat ze goed wisten hoe ze de zorgvrager moesten benaderen. Je zou kunnen zeggen dat als je weet hoe je ze moet benaderen dat je de omgang ook prima aankunt.

Het blijkt dus dat de mensen wel een soort handvat nodig hebben om zich zelfverzekerd en niet angstig te voelen.

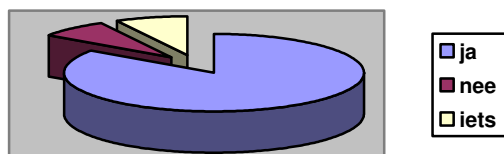
6. Wat vindt u belangrijk om te weten over de benadering bij de psychiatrische zorgvrager?



In deze grafiek kun je zien dat er veel vragen zijn met betrekking tot psychiatrische patiënten. Iedereen wil graag weten hoe ze met de patiënten om kunnen gaan om er zo voor te zorgen dat de kwaliteit van zorg ook verbeterd wordt.

Het blijkt dus ook wel dat er veel behoefte is aan sturing als er een psychiatrische zorgvrager op de afdeling komt. Door middel van de voorlichting en de ontwikkelde handleiding willen wij de verpleegkundigen handvatten bieden.

7. Vindt u het een goed idee om de handleiding wat wij willen gaan maken, te implementeren op de afdeling? Zo ja, waarom wel. Zo nee waarom niet?



Ook uit deze grafiek blijkt dat er veel behoefte is aan een handleiding . Veel mensen hebben de mening dat ze zelfverzekerder zullen worden en dat het zeker bijdraagt aan een verbetering van de zorg.

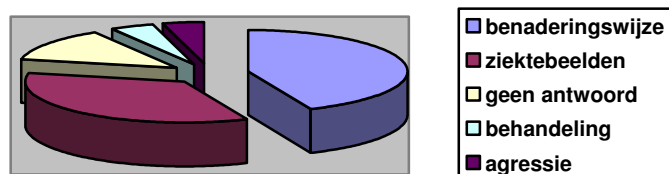
Het andere deel moet eerst nog zien of het zal werken. En er zijn er ook die van mening zijn dat niet zal werken. Allen met verschillende redenen.

8. Denkt u dat dit draaiboek uw kennis zal vergroten? Zo ja, waarom. Zo nee, waarom niet?



Het overgrote deel van de geënquêteerde denkt dat de handleiding hun kennis zal vergroten. Ze vinden het prettig nieuwe informatie te krijgen en daaruit zelf lering te trekken.

9. Welke informatie mag volgens u niet missen in deze handleiding?



Uit bovenstaande blijkt dat er veel waarde wordt gehecht aan het uitwerken van de ziektebeelden en de benaderingswijzen. De behandeling wordt van minder belang geacht. Ook uit deze vraag blijkt dat er veel behoefte is aan een voorlichting en benadering over psychiatrische patiënten.

Hoofdstuk 2: Implementatie

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over implementatie. Implementatie wordt gebruikt om een nieuw product/protocol op de afdeling te introduceren. Dit is wat wij als uiteindelijk doel willen bereiken met het implementeren van een handleiding.

Wij hebben hiervoor allereerst een kleine literatuurstudie gedaan over implementatie. Om zo de kennis van ons zelf te vergroten om de implementatie in te kunnen voeren op de afdeling Cardiologie van het 'Groene Hart' ziekenhuis.

Wat is nu implementatie:

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/ of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg.

Belangrijke woorden in deze definitie zijn:

- Procesmatig en planmatig: de aanpak moet systematisch en doelgericht zijn. Dat wil zeggen dat er op beredeneerde wijze interventies worden gekozen en uitgevoerd om implementatie van een bepaalde verandering te bereiken. de vernieuwing mag natuurlijk niet ten koste gaan van wat goed was in de nieuwe situatie.
- Vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde: het nieuwe programma dat wordt ingevoerd moet van goed kwaliteit zijn en onderzoek dient dit bewezen te hebben. Ook moet het programma bewezen hebben dat ze leidt tot een betere kwaliteit van ondersteuning.
- Structurele plaats krijgen: de ingevoerde kennis en vernieuwingen dienen een vaste plaats in het handelen te krijgen, zodat deze als routine worden ervaren.
- In (beroepsmatig) handelen, het functioneren van organisatie(s) of structuur van de gezondheidszorg: de vernieuwing heeft betrekking op het handelen van beroepsbeoefenaren of patiënten, het functioneren van instellingen of de structuur van de gezondheidszorg.

(Literatuur: Rita Zijlstra, Carla Vlaskamp, Petra Poppes, Met zorg vernieuwen; Handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-ondersteuningsprogramma)

Implementatie gebeurt op verschillende niveaus:

- Micro: de individuele hulpverlener en patiënt, die een vernieuwing invoeren in de dagelijkse praktijk.
- Meso: de zorginstelling die een vernieuwing invoert in de zorgverleningsprocessen.
- Macro: de landelijke organisatie die een vernieuwing verspreidt en het gebruik ervan bevordert bij hulpverleners, patiënten en zorginstellingen.

Implementatie lijkt op het eerste gezicht een aspect dat voornamelijk te maken heeft met de organisatie, managers en opleidingsfunctionarissen.

Maar juist verpleegkundigen op kwalificatieniveau 5 hebben hier een rol in.

Zij hebben kennis en vaardigheden omtrent dit onderwerp.

In Gekwalificeerd voor de toekomst worden de activiteiten als volgt omschreven:

- een verpleegkundige kan een veranderingsproces op micro-niveau initiëren.
- Een verpleegkundige kan participeren in de coördinatie van een dergelijk veranderingsproces;
- De verpleegkundige kan meewerken aan de vormgeving en evaluatie van een veranderingsproces;
- De verpleegkundige kan meewerken aan de ontwikkeling van meetinstrumenten waarin kwaliteitscriteria en –normen operationeel worden gemaakt;
- De verpleegkundige kan een bijdrage leveren aan de vaststelling van kwaliteitscriteria en –normen.

Het implementeren kan dus geschaard worden onder een van de taken van de verpleegkundige niveau 5.

Er zijn verschillende manieren om een plan te implementeren. In een bottom-up benadering staan de individuele behoeften van de mensen in de praktijk centraal. Een expliciet plan ontbreekt meestal. Vaak is het precieze startpunt van de invoering van een vernieuwing moeilijk te bepalen en lopen de verschillende fasen in het veranderingsproces door elkaar. Vaak zijn deze activiteiten uiterst leerzaam voor de betrokkenen en nuttig voor het verbeteren van de vernieuwing. Aansturing van dit veranderingsproces is echter nauwelijks mogelijk, zodat het lastig is om volgens dit model een vernieuwing landelijk te verspreiden en binnen een zorginstelling in te voeren.

Een top-down benadering houdt in dat de invoering van een vernieuwing van bovenaf wordt aangestuurd. Vaak worden vernieuwingen eerst bottom-up ontwikkeld en vervolgens top-down verspreid en ingevoerd. Aansturing van de proces staat in het top-down model centraal, maar daardoor heeft men soms te weinig oog voor de knelpunten en behoeften van individuele zorgverleners en patiënten.

(Literatuur: Michel Wensing, Peter van Splunteren, Marlies Hulscher, Richard Grol, Praktisch nieuw; Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg)

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om een plan te implementeren. Hieronder worden deze modellen beschreven. Aangezien de modellen geen specifieke benaming hebben worden ze hieronder weergegeven met model 1, 2, 3 of 4.

Model 1:

Schoenmaker, Abernagels en Aukes vinden dat een implementatiecyclus voortkomt vanuit een kwaliteitscyclus. Een succesvolle invoering van veranderingen voor goede zorg door het ontstaan van nieuwe inzichten verloopt langs een aantal stappen. De kwaliteitscyclus wordt uitgebreid en gedetailleerder. Deze geven namelijk een invulling aan de stappen van ‘ontwikkeling van richtinglijnen en doelen voor goede zorg’ en ‘implementatie van veranderingen’ uit de kwaliteitscyclus.

Vaststellen van gewenste verandering:

In deze fase wordt vastgesteld wat goede zorg of gewenste veranderingen inhouden. Wanneer een verbetering of vernieuwing wordt vastgesteld, moeten deze betrekking hebben op een relevant onderwerp uit de zorg en worden ontleend aan de behoeften van patiënten en hulpverleners uit de praktijk.

De vernieuwing moet bruikbaar en toepasbaar zijn in het dagelijkse werk en ook als een echte verbetering worden ervaren door de patiënten en de medewerkers.

Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van veranderingen:

Nadat duidelijk geworden is wat een gewenste vernadering in de praktijk precies omvat en of deze in principe haalbaar is, moet er gezocht worden naar mogelijke problemen en belemmeringen binnen de te handteren modellen, systemen etc. Deze belemmeringen moeten eerst worden opgelost, alvorens de verandering gerealiseerd kan worden.

Ontwikkeling van strategieën om veranderingen door te voeren:

Dit houdt in dat de medewerkers op de afdeling moeten worden geïnformeerd. De informatieoverdracht heeft alleen als doel de betrokkenen te informeren.

Na de informatieoverdracht wordt de inbreng van het team wel op prijs gesteld, bijvoorbeeld door ondersteuning te vragen bij het analyseren van het probleem.

Ten slotte zal de nieuwe werkwijze structureel ingepast moeten worden in de bestaande routines van een hulpverlener, een afdeling of instelling.

Voorkomen moet worden dat men in oude routines terugvalt of dat de medewerkers de nieuwe richtlijnen of procedures vergeten.

Men kan per stap van het beschreven proces nagaan welke knelpunten er zijn, welke maatregelen daarbij effectief kunnen zijn en wat het effect is (geweest).

Betrokkenheid van de medewerkers speelt hierbij een grote rol.

Feitelijke invoering van nieuwe werkwijze:

De essentie van de eerste fase van het veranderingsproces is het uitproberen van de vernieuwing.

Gedurende de eerste periode van uitvoering is het aan te bevelen ervaringen met elkaar uit te wisselen.

Naast het beoogde doel dat je wilt bereiken met de verandering wil je ook dat de gewenste gedragsveranderingen als vanzelfsprekend gaan gelden voor de medewerkers. Daarom is het belangrijk er met elkaar over te praten.

Evaluatie van de resultaten:

De laatste stap in de cyclus is nagaan of de activiteiten succes hebben gehad; zijn de veranderingen bekend, worden ze geaccepteerd, worden ze ook daadwerkelijk toegepast en worden daarmee de beoogde resultaten bereikt in termen van bijvoorbeeld gebruik van meetinstrumenten.

In deze fase kunnen we ook zien waarom we spreken over een cyclus.

De bevindingen uit de evaluatie kunnen mogelijk aanleiding zijn de cyclus opnieuw te doorlopen.

Model 2:

Kedzierski en Vlemmix zien het implementeren als een aspect in een proces van systematische toetsing.

De methodiek die zij daarbij hebben bestaat uit zeven stappen. De werkelijke implementatie gebeurt op dat moment in stap zes.

Stap 1: Beschouwen van de probleemstelling en de opdracht.

De probleemstelling is een schets van wat er aan de hand is, waar de nadelige effecten optreden en in welke richting gedacht moet worden als het gaat om het vinden van oplossingen.

De opdracht kan gezien worden als de operationalisering van de probleemstelling. Er wordt aangegeven waar de toetsing zich op moet richten, welke gegevens men moet gebruiken, op welke termijn een rapportage wordt verwacht etc.

De toetsing mag niet verder gaan als de opdracht.

Er wordt meestal een werkgroep voor in het leven geroepen.

De opdrachtgever signaleert het probleem, formuleert deze, stelt een werkgroep samen, verstrekt de opdracht en wacht de rapportage van de werkgroep af.

Stap 2: Opstellen werkplan.

De werkgroep gaat na hoe de aanpak gaat worden en of iedereen weet waarover het gaat. Een goed hulpmiddel bij deze stap is het beschrijven van het proces waarbinnen het knelpunt optreedt.

In deze beschrijving worden eveneens meetpunten opgenomen en worden er afspraken gemaakt over de manier van meten (bijvoorbeeld interviews, observatie, dossierstudie etc.) en door wie het uitgevoerd gaat worden.

Ook worden er een taakverdeling en een tijdsplanning gemaakt.

Stap 3: Het formuleren en vaststellen van criteria.

Een kwaliteitscriterium is als het ware een meetlat waarlangs de kwaliteit van een handeling of organisatieaspect kan worden afgelezen.

Belangrijk is te weten welk doel uiteindelijk wordt nagestreefd. De criteria zijn daar een afgeleide van.

Willen deze criteria bruikbaar zijn dan moeten zij voldoen aan de zogenaamde RUMBA-eis. Alleen hoeft een criteria niet uit een hard cijfer te bestaan, het kan ook weergegeven worden in minimum of maximum termen.

Er worden alleen criteria vastgesteld die betrekking hebben op het eigen handelen. Criteria worden altijd geformuleerd als gewenste situatie, niet als werkelijkheid.

Stap 4: Het meten van de werkelijkheid en het vergelijken met de wenselijkheid (= criteria).

De werkelijke situatie wordt gemeten zoals in het werkplan, dat is vastgelegd (stap 2). De meetresultaten worden geordend en geanalyseerd.

Het uiteindelijke resultaat wordt vergeleken met de in stap 3 vastgestelde criteria. In de gevallen dat er een discrepantie tussen werkelijkheid en wenselijkheid optreedt, kan men spreken van een probleem.

De volgorde ‘benoemen van de wenselijkheid’ en ‘meten van de werkelijkheid’ worden ook wel eens omgekeerd. Waarvoor gekozen wordt, is vooral afhankelijk van het onderwerp van toetsing.

Stap 5: Het aangeven van mogelijke oplossingen.

Na het constateren van een probleem kan de werkgroep de mogelijke oplossingen aangeven. Het is raadzaam eerst een analyse te maken van de geconstateerde verschillen, zo kunnen er gericht oplossingsvoorstellen worden gedaan.

De werkgroep rapporteert aan de opdrachtgever. De uiteindelijke besluitvorming gaat via de opdrachtgever naar de besluitnemer (directie, hoofd van de afdeling).

Stap 6: Het plan van invoering.

Hierbij wordt gekeken wie een rol spelen bij de invoering van een verandering. Het nieuwe proces zal in kaart moeten worden gebracht, evenals de weg waarlangs de gewenste situatie bereikt kan worden.

Het in kaart brengen van de nieuwe situatie draagt ook bij aan de toetsbaarheid achteraf.

Stap 7: Toetsing achteraf en een eventuele bijstelling.

Omdat de huidige en de wenselijke situatie in kaart zijn gebracht is toetsing achteraf mogelijk. De centrale vraag hierbij is: 'Is er verbetering opgetreden en is dit gebeurd in de mate en de richting die wij voor ogen hadden?' Als de toetsing achteraf daar aanleiding toe geeft, moet het proces nogmaals bijgesteld worden.

Toetsing is een cyclisch proces. Stap 7 geeft dit duidelijk aan. Er wordt voortdurend geëvalueerd en, als het resultaat hierom vraagt, opnieuw getoetst. Dit is begrijpelijk: criteria hebben immers geen statisch karakter, omdat de onderliggende waarden (zowel maatschappelijke als professionele) in de tijd veranderen.

Model 3:

Dit laatste model is van Mittman en is in grote lijnen hetzelfde als de voorgaande twee modellen.

Een aanvulling van Mittman is dat er binnen het proces wordt nagegaan welke barrières er zijn die verbetering in de weg staan.

Dit gebeurt op een gestructureerde wijze binnen of met behulp van een werkgroep.

Daarna ontwerpt men strategieën om deze barrières te verhelpen, dan verloopt het proces weer net als model 2 (plan van invoering etc.)

Model 4:

Model voor implementatie

Stap 1: Implementeerbaarheid van een vernieuwing: bepaal de kans op succesvolle implementatie:

- bepaal het draagvlak;
- bepaal relevante kenmerken van de vernieuwing;
- pas de vernieuwing aan op wensen van gebruikers.

Stap 2: diagnose van de situatie: identificeer factoren die implementatie beïnvloeden:

- stel doelen en belangen van betrokkenen vast;
- breng huidige gang van zaken in kaart;
- bepaal belemmerende en bevorderende factoren;
- onderscheid subgroepen in de doelgroep.

Stap 3: implementatiestrategie: maak een programma voor implementatie

- kies één of meerdere interventies;
- maak een concreet plan van aanpak en voer dit uit;
- zorg voor behoud van verandering.

Stap 4: Evaluatie: bepaal het verlopen effect van de implementatie en stel het plan zodanig bij.

- evalueer de effecten;
- evalueer het verloop van de implementatie;
- evalueer de kosten in relatie tot de effecten.

Tot zover is duidelijk geworden dat men tijdens het implementeren keuze kan maken uit verschillende modellen en vanuit verschillende intenties.

Ook is het duidelijk geworden dat communicatie binnen een organisatie, een team of werkgroep onontbeerlijk is tijdens, maar ook voor en na een implementatietraject.

Het onderwerp communicatie blijft tijdens dit project achterwege.

Wij zullen voor het implementeren van de verandering het eerste model gebruiken. Ten eerste hebben we hier tijdens onze studie al eerder mee te maken gehad, en het is voor ons dus bekender dan de andere modellen. Ten tweede is dit goed uitvoerbaar voor verpleegkundigen.

Het eerste model wordt in het volgende hoofdstuk uitgewerkt voor ons project.

Hoofdstuk 3: Het veranderplan

Inleiding

Wij zullen in dit hoofdstuk een verbeterplan opstellen. In dit verbeterplan zullen wij de volgende vraag als uitgangspunt nemen: Hoe kan de kennis over psychiatrische patiënten bij de verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis verbeterd worden?

Wij zullen waarschijnlijk niet meer meemaken dat er tijdens onze differentiatie periode een psychiatrische patiënt wordt opgenomen. Dus het is dan de vraag of de verpleegkundigen en leerlingen daadwerkelijk onze handleiding zullen gebruiken tijdens een opname van een psychiatrische patiënt. Dit zullen wij dus ook niet kunnen evalueren.

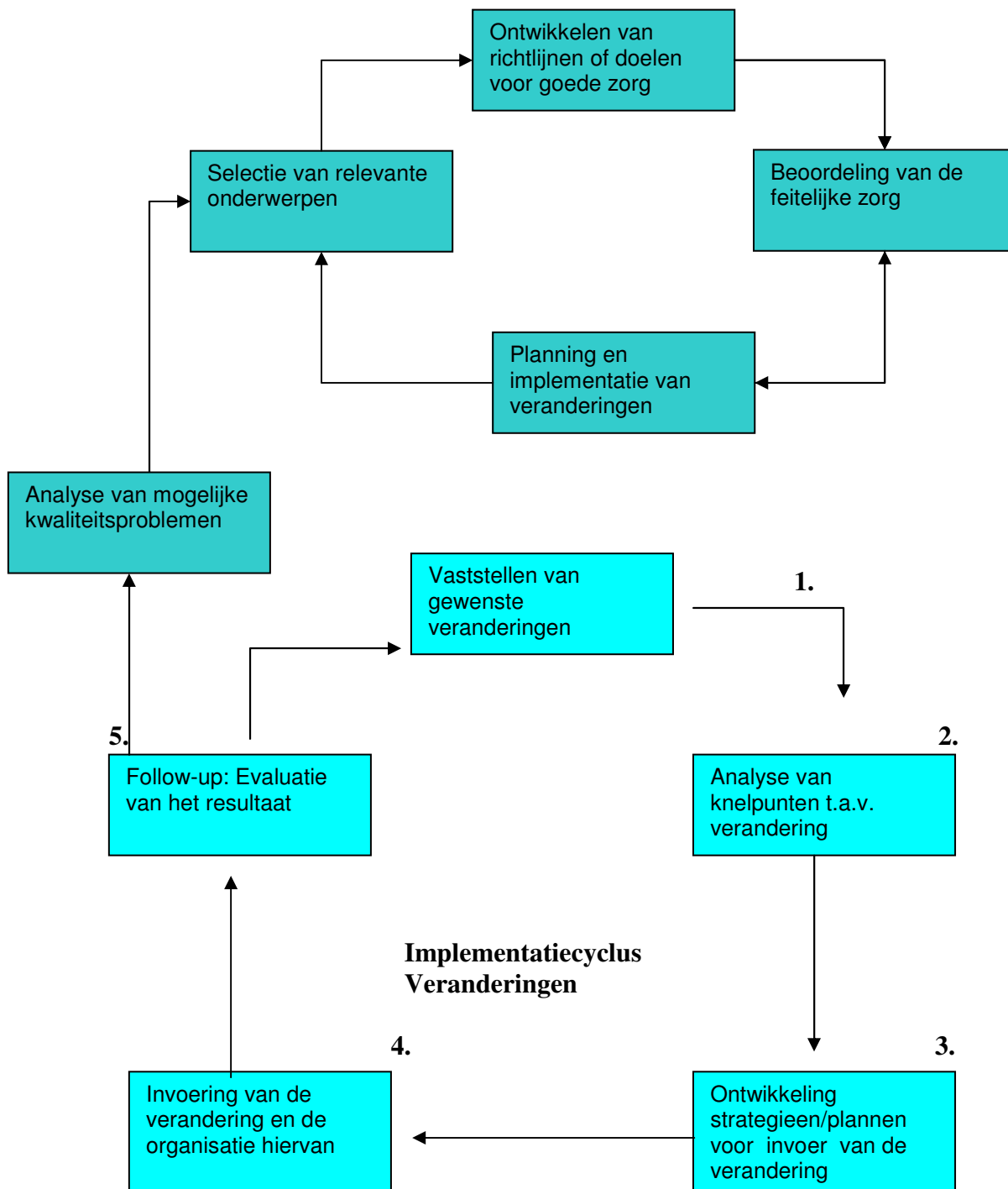
Omdat wij een deadline hebben met ons afstuderen zullen wij dit veranderplan tijdens onze voorlichting presenteren. Wij denken dat te weinig tijd is om de verbeteringen daadwerking in zo een korte tijd in te voeren. Wij hopen dat andere verpleegkundigen of leerling deze verbeteringen kan invoeren. Wij zullen dit veranderplan daarom volledig afmaken zodat het klaar is om uitgevoerd te worden. Of dit dan daadwerkelijk gebeurd is natuurlijk de vraag. Wij hopen het in ieder geval wel.

De motivatie voor ons om een verbeterplan is vooral omdat wij vinden dat er in het algemeen ziekenhuis te weinig bekend is over de psychiatrische patiënt. De verpleegkundigen zijn vaak bij een opname erg angstig en weten niet hoe zij met de patiënt en zijn psychische ziekte om moeten gaan.

Door dit veranderplan op te stellen willen wij de kwaliteit van zorg verbeteren.

Wij zullen a.d.h.v de implementatiecyclus van Grol e.a. (1994) het veranderplan beschrijven. Wij hebben deze cyclus namelijk ook gebruikt bij ons hoofdstuk over implementatie. Voor het veranderplan zullen wij de stappen 1 tot met 5 hieronder verder toelichten.

De implementatiecyclus van Grol e.a. (1994) ziet er als volgt uit:
Wij zullen de stappen 1 t/m 5 gebruiken voor het veranderplan.



1. Vaststellen van de gewenste verandering

Wat moet er precies aan verbetering of verandering worden ingevoerd? In deze fase wordt vastgesteld wat goede zorg of gewenste veranderingen inhouden. Wanneer een verbetering over verandering wordt vastgesteld, moeten deze betrekking hebben op een relevant onderwerp uit de zorg en worden ontleend aan de behoeften van de patiënten en hulpverleners uit de praktijk. De verandering moet bruikbaar en toepasbaar zijn in het dagelijkse werk en ook als een echte verbetering worden ervaren door de werknemers.

Voor ons differentiatie project hebben wij een handleiding gemaakt over de psychiatrische patiënt. Dit naar aanleiding, omdat er op de afdeling weinig kennis is m.b.t. deze zorgcategorie. Bij opname van een psychiatrische patiënt zijn de verpleegkundigen vaak niet bekend met de ziektebeelden. Aan de hand van de beginsituatie die wij hebben geanalyseerd d.m.v een enquête hebben wij de kennis bij de verpleegkundigen proberen te achterhalen. Ook hebben wij in deze enquête de vraag gesteld over hoe de meningen waren verdeeld over ons voorstel “implementeren van onze handleiding op de afdeling”. Wij merkte dat er veel vraag was naar een benaderingswijze bij deze patienten.

Het resultaat van de verandering moest dus zijn dat er een handleiding op de afdeling moest komen waarin de meest voorkomende ziektebeelden met benaderingswijzen waren uitgewerkt om zo de kwaliteit van zorg bij deze zorgcategorie zo optimaal mogelijk te kunnen leveren.

2. Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van veranderingen

Nadat duidelijk is geworden wat een gewenste verandering in de praktijk precies omvat, en of deze in principe haalbaar is, moet er gezocht worden naar mogelijke problemen en belemmeringen die kunnen ontstaan tijdens de uitvoering van het project. Deze moeten eerst worden opgelost, alvorens de verandering gerealiseerd kan worden.

Problemen en belemmeringen kunnen in de eerste plaats betrekking hebben op de competentie, motivatie of persoonlijke eigenschappen van de verpleegkundige of leerling. De medewerkers moeten beschikken over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om de verandering/veranderingen uit te voeren.

Nieuwe werkwijzen worden eerder geaccepteerd wanneer ze:

- Meer voordelen opleveren dan de bestaande werkwijzen;
- Meer congruent zijn met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- Beter te begrijpen zijn en de invoering ervan als haalbaar en minder complex wordt gezien;
- Wanneer er op beperkte schaal mee wordt geëxperimenteerd voordat ze definitief worden ingevoerd, zodat men nog kan terugvallen op de oude routine als het niet bevalt;
- De resultaten het nieuwe gedrag beter zichtbaar maken, ook voor anderen

(Rogers, 1983)

Om achter de kennis (van de verpleegkundigen) en de bereidheid om mee te werken aan ons project te komen hebben wij voor de verpleegkundigen in het ziekenhuis de enquête opgesteld. Uit deze enquête kwam duidelijk naar voren dat de medewerkers enthousiast waren met het ontwikkelen van een handleiding. Een evt. knelpunt zou kunnen zijn dat bij de invoering van het gebruik van de handleiding enkele medewerkers geen meerwaarde zien om bij opname van een psychiatrische patiënt om deze handleiding in te kijken.

De leerlingen die nu de opleiding volgen krijgen ook voldoende informatie over deze zorgcategorie en zullen door de kennis die ze tijdens de opleiding doen denken wij geen gebruik maken van de verandering. Wij zullen proberen deze knelpunten op te lossen door tijdens de voorlichting die wij geven de nadruk te leggen op de belangrijkheid van de handleiding voor de omgang met de psychiatrische zorgvrager, zodat zij toch inzien dat het erg belangrijk is om de handleiding te lezen of eenmaal in te zien bij opname van een psychiatrisch patient.

3. Ontwikkelen van strategieën om veranderingen in te voeren

Definitie strategie:

Strategie is een term die afkomstig is uit de krijgskunde.

In de strategie is aangegeven op welke manier, langs welke weg een doel bereikt kan worden.

* Krijgskunde=de kennis van het oorlogvoeren of de toepassing daarvan => *krijgswetenschap* (Wolters woordenboek Nederlands)

De strategie is bedoeld om de grote lijnen aan te geven. Het is geen gedetailleerd plan van aanpak, maar de rode draad (Waardenburg, 1999).

Strategie: Bekwaamheid, methode om met behulp van ter beschikking staande middelen een gesteld doel te bereiken; plan van handelen (Wolters woordenboek Nederlands).

De medewerkers (verpleegkundigen) moeten geïnformeerd worden over de werkwijze van de handleiding. Waar dient de handleiding voor? En wat is het doel van de invoering van de handleiding?

Wij zullen deze vragen beantwoorden tijdens de voorlichting die wij geven.

Door de medewerkers bij de verandering te betrekken, moeten ze geïnteresseerd raken en het gevoel krijgen 'dit is toch wel erg handig'

De wijze van de invoering van de handleiding moet zodanig zijn dat het team precies weet hoe er met de handleiding gewerkt kan worden, en wat voor nieuwe invulling dit kan geven in de kwaliteit van zorg bij psychiatrische patiënten.

Een van de hulpmiddelen die wij zullen gebruiken om de verpleegkundigen te betrekken bij deze verandering is een voorlichting die wij de komende week willen gaan geven. Door middel van deze voorlichting willen wij onze handleiding presenteren en gebruiksklaar maken op de afdeling.

Het team moet eveneens een goed inzicht hebben in de eigen zorgverlening die zij nu geven aan de psychiatrische patient. En op welke punten de verandering in zal houden ten opzichte van de oude benaderingswijze bij de psychiatrische patiënt.

De vraag is of de medewerkers de verandering accepteren en bereid zijn om ermee te werken tijdens een opname van een psychiatrische patiënt. Acceptatie en bereidheid hangen van een groot aantal factoren af. Een verandering wordt makkelijker geaccepteerd:

- a) Naarmate de medewerkers het nut van de verandering inzien;
- b) Wanneer zij gedurende het project op de hoogte worden gesteld;
- c) Naarmate zij de verandering niet als bedreigend ervaren.

Het team moet in de gelegenheid worden gesteld om de voor en nadelen van de nieuwe werkwijze af te wegen en overtuigd raken dat deze een verbetering voor kwaliteit van zorg kan leveren.

Het team moet natuurlijk ook de gelegenheid hebben om er mee te oefenen, en er ervaringen mee op te doen. De medewerkers en de patiënten zelf moeten ervaren dat het werkt en dat het een vernieuwing van de kennis is bij de medewerkers.

Tot slotte zal de handleiding structureel ingepast moeten worden in de structurering bij een opname van een psychiatrische patient.

De verpleegkundige moet het als leidraad kunnen gebruiken tijdens de opname van een psychiatrische patiënt. Hiermee bedoelen wij dat als er een psychiatrische patient wordt opgenomen en er bestaan onduidelijkheden over de benadering bij de patient dan moet de verpleegkundige de handleiding even inzien zodat zij/hij wel verder kan en hier handvatten vindt bij de benadering van de patient, zodat de kwaliteit van zorg verbeterd wordt. En dit in het voordeel is van de psychiatrische patient.

4. Invoering van de verandering en de organisatie hiervan

De uitvoeringsfase van de invoering van de beoogde verandering (in dit geval het invoeren van een handleiding met benaderingswijze bij psychiatrische patiënten) bestaat uit vier stappen, te weten oriëntatie, inzicht, acceptatie en verandering. Bij deze vier stappen is het steeds van belang dat de verpleegkundigen van de afdeling betrokken zijn bij ons project.

Oriëntatiefase

- a) Verspreiding en op de hoogte brengen van nieuwe richtlijnen en werkwijzen, in dit geval het werken met de handleiding.
- b) Betrokkenheid en interesse wekken om te gaan werken met de handleiding.

Ad. a. De medewerkers moeten in aanraking komen met de handleiding. Om de voorkomen dat men niet op de hoogte is van de verandering hebben wij aan het begin een enquête opgesteld. Hierin hebben wij ook de medewerkers op de hoogte gesteld van ons project en de invoering van een handleiding op de afdeling Cardiologie. Wij hebben ook in de enquête gevraagd wat de medewerkers absoluut niet wilde missen in de handleiding. Deze punten hebben wij meegenomen in de handleiding. Zodat de medewerkers ook hun aandeel hadden in het gehele project.

Ad. b. De betrokkenheid van de medewerkers bij dit project moet de interesse opwekken bij de medewerkers. Om dit te bewerkstelligen moet de informatie die wij geven aan de medewerkers kort en krachtig zijn. Anouschka heeft de medewerkers in het ziekenhuis gedurende het project mondeling op de hoogte gehouden.

Mogelijke knelpunten in de oriëntatiefase:

Niet iedereen zal behoefte hebben aan het invoeren van een handleiding, er zullen medewerkers zijn die vinden dat zij de patient goed begeleiden en geen benaderingswijze nodig hebben. Zij zullen geen gebruik willen maken van deze handleiding. Tijdens onze voorlichting zullen wij dit onderwerp ook tevens aan de orde laten komen. Wij zullen het nut, effectiviteit van de invoering van deze handleiding duidelijk maken. Zodat ook deze medewerkers het nut inzien van het implementeren van de handleiding op de afdeling.

Interventies

- Medewerkers actief betrekken bij project
- Medewerkers op de hoogte stellen (Anouschka is aanspreekpunt in het ziekenhuis)
- Medewerkers mee laten denken (tijdens enquête en gehele project medewerkers mee laten denken over wat er absoluut niet mag missen in de handleiding)

Inzichtfase

- a) Begrip vergroten
- b) In zicht krijgen in eigen manier van werken

Ad. a. Als het goed is is in de vorige fase de interesse al opgewekt. Nu is het van belang dat men weet wat het werken met de handleiding precies inhoudt. En wat het belang is bij het werken met deze handleiding. Het kan zijn dat de gegeven informatie niet goed begrepen is doordat het theoretisch is. Het is dus belangrijk dat wij de medewerkers vooral de informatie geven tijdens de voorlichting over hoe het gaat in de praktijk. Door alles terug te koppelen naar de praktijk, wordt het een stuk makkelijker om te begrijpen wat de theorie in de handleiding betekent. Ook zullen wij tijdens de voorlichting de medewerkers ruimte geven voor het stellen van vragen en zullen wij bereid zijn om evt. onduidelijkheden verder toe te lichten.

Ad. b. Weten hoe je zou moeten werken met de handleiding is niet voldoende. Het is eerst belangrijk dat je inzicht krijgt in eigen handelen tot nu toe. Inzicht krijgen in het handelen. Men moet eerst inzien dat er wel degelijk een positief effect ontstaat tijdens de invoering van de handleiding op de afdeling. Dit positieve effect kan pas getoetst worden als er op de afdeling mee gewerkt is. Wij weten niet of dit nog gaat gebeuren in de tijd dat wij de handleiding geïmplementeerd hebben. Wij zullen waarschijnlijk niet meer mee maken dat er in zo'n korte tijd een psychiatrische patient wordt opgenomen. De tijd zal het leren.

Mogelijke knelpunten in de inzichtfase zijn:

- Medewerkers krijgen geen inzicht in de werkwijze.
- Medewerkers zien het nut niet in van de handleiding en blijven bij hun eigen manier van werken, omdat zij dit een goede manier van kwaliteit leveren vinden.

Interventies:

- Een goede voorlichting met de doelstelling goed onderbouwd over de werkwijze en invoering van de handleiding.
- Aandacht tijdens project besprekingen in het ziekenhuis met werkbegeleider en op school met tutor (Kitty Martens) over de stand van zaken en de bevindingen van ons als projectteam, waarbij ruimte is voor uitleg en inbreng van de rest van het team voor het geven van suggesties ter verbetering omtrent ons project.

Acceptatiefase

- a) Positieve houding ten aanzien van de vernieuwing scheppen
- b) Intentie tot verandering opwekken

Ad. a. In deze fase vindt bij de verpleegkundige de afweging plaats van de voor- en nadelen van het gaan gebruiken van de handleiding. Wanneer iemand meer nadelen dan voordelen ziet, dan zal deze persoon negatief tegenover het gebruik staan. Het is daarom van groot belang dat de medewerkers goed geïnformeerd worden over het gebruik, doel van de handleiding. Dit zullen wij doen tijdens onze voorlichting.

Ad. b. Nadat men onze voorlichting heeft gekregen over het gebruik van de handleiding. Is het de bedoeling dat men tijdens een opname de handleiding als leidraad gaat nemen tijdens een opname van een psychiatrische patient.

Wij zullen waarschijnlijk niet meer meemaken dat er tijdens onze stage een psychiatrische patient wordt opgenomen.

Wij zullen het naderhand niet meer kunnen toetsen of het daadwerkelijk gebruikt wordt in de praktijk. Wel zullen wij de feedback op onze handleiding als afsluiting nemen van het project. Door de reacties op onze voorlichting kunnen wij een beeld vormen van de positieve en negatieve reacties op onze handleiding. Het zal in ieder geval altijd handig zijn om deze handleiding als naslagwerk op de afdeling te bewaren voor nieuwe medewerkers en/of leerlingen stagiaires.

Wij zullen d.m.v een opgesteld feedback formulier voor de medewerkers in het ziekenhuis achterhalen wat zij van onze voorlichting vonden en of zij daadwerkelijk denken gebruik te maken van de handleiding in de toekomst.

Mogelijke knelpunten in de acceptatiefase zijn:

- Men ziet meer nadelen dan voordelen aan in gebruik nemen van de handleiding.

Interventies:

- Ruimte creëren tijdens overlegmomenten voor het bespreken van de resultaten tot nu toe (handleiding tot nu toe) om weerstand te voorkomen ten aanzien van het invoeren van de handleiding. Dit hebben wij tot nu toe gedaan doormiddel van meerdere gesprekken te voeren met werk en praktijkopleider (ziekenhuis) over de resultaten tot nu toe.
- Aandacht besteden aan de ervaringen bij medewerkers met psychiatrische patiënten. (hier zullen wij tijd aan besteden tijdens onze voorlichting).

De veranderingsfase:

- a) Invoering in de praktijk
- b) Behoud van veranderingen

Ad. a. De daadwerkelijke invoering van de handleiding in de praktijk. De medewerkers maken gebruik van de handleiding tijdens onduidelijkheden bij opname van een psychiatrische patient.

Ad. b. Een bekende valkuil bij de invoering van de handleiding is het terugvallen naar het oude gedrag. Het is niet de bedoeling dat de handleiding verdwijnt in de kast en nooit meer gebruik wordt. Dit zal zonde zijn van ons project en tevens is dit ook niet ons doel wat wij willen bereiken.

Wij willen juist bereiken dat de handleiding ingevoerd wordt op de afdeling Cardiologie en erop nageslagen kan worden bij onduidelijkheden bij een opname van een psychiatrisch patiënt. Het projectteam dient aan het begin van het project daarom evaluatiecriteria op te stellen, om aan het einde van het project te kunnen toetsen a.d.h.v. deze criteria. Ook is frequente feedback van praktijkbegeleider (ziekenhuis) en tutor erg belangrijk voor de invoering van de handleiding.

De mogelijke knelpunten in de veranderingsfase zijn:

- Men voelt zich niet betrokken bij de veranderingen die gaande zijn, doordat men onregelmatig of weinig werkt op de afdeling, waardoor men zich gepasseerd voelt.
- Men heeft weinig vertrouwen in het slagen van ons project, waardoor de motivatie van medewerkers m.b.t. de verandering erg laag is.

Interventies:

- Het projectteam dient evaluatiecriteria op te stellen en dient het proces goed in de gaten te houden.
- Het projectteam stelt 1 vast aanspreekpunt vast (Anouschka), hier kunnen de medewerkers bij terecht voor vragen en onduidelijkheden.

Stap 5: Evaluatie

Zoals al benoemd werd in de uitvoeringsfase is een goede evaluatie van belang voor het dan wel of niet slagen van de invoering van de handleiding op de afdeling.

“ Dit is een cruciale stap in het proces, die vaak onvoldoende aandacht krijgt. Men heeft de uitkomsten van een zorgvuldige evaluatie nodig om vast te stellen of al de geïnventariseerde energie tot resultaten heeft geleid en om, indien dit niet het geval was, te bezien wat er verder nodig is. De evaluatie kan op deze manier teruggrijpen op alle eerdere stappen in het invoeringsproces.” (Grol e.a., 2000:184)

Er wordt onderscheidt gemaakt tussen twee soorten evaluaties.

1. Productevaluatie: Men kijkt of de beoogde doelen ook daadwerkelijk worden gehaald
2. Procesevaluatie: Men kijkt of het invoeringstraject wordt uitgevoerd zoals gepland was.

Productevaluatie:

Zoals al in de uitvoeringsfase beschreven stond, kan de evaluatiecriteria gekoppeld worden aan de doelstelling die wij vooraf hadden gesteld.

Procesevaluatie:

“ Een procesevaluatie is bedoeld om na te gaan hoe een eventueel effect wordt bereikt en als het effect uitblijft, om te zien wat de redenen daarvan zijn. Ook kan, als er tijdens het invoeringsproces ergens iets mis dreigt te gaan, bijgestuurd worden op basis van tussen door verzamelde gegevens.

Voorlopige effectevaluaties kunnen, derhalve, in het kader van een continue evaluatie van de gang van zaken, al aanleiding zijn om over te gaan tot een nadere knelpunten analyse of het bijstellen van de invoeringsstrategieën.” (Grol e.a. 200:186)

Het gaat hierbij dus niet direct om het resultaat van de verandering, maar het gaat over de invoering ervan. Als het invoeringsproces immers niet goed is uitgevoerd is de kans groot dat de gewenste productresultaten uitblijven.

Aandachtspunten bij de procesevaluatie:

- Kijk of de planning loopt zoals gepland was,
- Kijk of de interventies werkelijk worden uitgevoerd zoals bedoeld waren,
- Kijk of er knelpunten zijn en waar deze vandaan komen,
- Pas zonodig het invoeringsproces aan in overleg met praktijkbegeleider en tutor,
- Evalueer het proces.

Evaluatie op Productevaluatie:

Wij zullen evalueren op de doelstelling die wij voorafgaand aan dit project hadden gesteld. Wij zullen hieronder de doelstelling vermelden:

Doelstelling:

Verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis van de afdeling cardiologie een handleiding aanreiken om psychiatrische patiënten met de ziektebeelden; schizofrenie, delier en manisch-depressief (die wij in dit project gaan behandelen), in het ziekenhuis te kunnen begeleiden.

Wij hebben onze handleiding aangereikt aan het ziekenhuis door middel van een voorlichting. Doordat ons project in eerste instantie niet goed was gekeurd was het voor ons niet mogelijk om ons project echt goed te implementeren op de afdeling, voor ons was dit wel erg jammer. Tijdens onze voorlichting kwam duidelijk naar voren dat de verpleegkundigen erg blij waren met de handleiding. Ons doel is dus in zekere zin behaald. Wij hebben onze kennis overgebracht en wij hebben een handleiding ontwikkeld die kan worden gebruikt bij de opname van een psychiatrische patient in het algemeen ziekenhuis. Wij hebben ook onze evaluatie criteria behaald. Wij hebben stapsgewijs de beoordelingscriteria gevolgd om zo een goed product neer te leggen. In ons individuele reflectieverslag zullen wij verder reflecteren op de invulling van beide rollen.

Evaluatie op Procesevaluatie

Wij zullen onder de procesevaluatie evalueren op de planning. De planning van het gehele project liep niet direct goed. Uiteindelijk hebben wij wel de handleiding op tijd kunnen presenteren in het algemeen ziekenhuis. Toen wij deze voorlichting hadden gegeven en onze handleiding hadden gepresenteerd was dit voor ons allen wel een opluchting. Wij waren eindelijk klaar met het project. Natuurlijk had het anders gekund, als wij op tijd om feedback hadden gevraagd hadden wij kunnen voorkomen dat wij op het laatste moment overnieuw moesten beginnen. Hier leer je alleen maar van. De tijdsnood was ook ons enigste knelpunt. Door de tijd liepen wij vertraging op van onze einddatum en moesten wij onze planning aanpassen. Maar uiteindelijk is het goed gekomen. Het is nu afwachten of onze tutor ons project goed keurd. Wij als groep zijn in ieder geval blij met het eindresultaat wat wij in een korte periode hebben gemaakt.

Hoofstuk 4: Voorlichtingsplan

Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we bespreken hoe we de afdeling cardiologie gaan voorlichten over ons project. Hoe willen we dit aanpakken en wat hebben we erbij nodig. We beschrijven ons voorlichtingsplan en de opzet voor de presentatie.

Er zijn verschillende vormen van voorlichting die je kunt gebruiken, deze zal ik hieronder toelichten daarna zal ik toelichten waarom wij voor juist die ene gekozen hebben..

Wat is nu de definitie van voorlichting:

1. Voorlichting is bewust gegeven hulp bij menings- en besluitvorming door middel van communicatie. (van den Ban, 1985).
2. Voorlichting is een professionele interventie om d.m.v. communicatie vrijwillig het gedrag te veranderen in de richting van een verondersteld collectief nut. (Röling 1988)
3. Voorlichting is helpend gedrag bestaande uit vooruitlopend of informatie- overdracht met meestal de vooropgezette bedoeling mentaliteit en gedrag te veranderen in een in breder beleidskader geformuleerde richting (Van Woerkum 1987)
4. Voorlichting is de verzamelaar voor alle educatieve of informatieve interventie-activiteiten waarmee personen of organisaties, binnen het kader van een overkoepelende veronderstelling, beogen bij doelgroepen gewenste ontwikkelingen te bevorderen en ongewentse tegen te gaan. (Huizinga 1982)
5. Voorlichting is een opzettelijke en systematische poging om d.m.v. het overdragen van kennis en inzicht een ander zodanig te helpen en/ of te vormen dat deze in staat is zo zelfstandig en bewust mogelijk en zoveel mogelijk overeenkomstig zijn eigen belang en welzijn t.a.v een concreet geval ene beslissing te nemen. (Van Gent 1980)
6. Voorlichting is een vorm van sociale communicatie waarbij stelselmatig wordt gestreeft naar overdracht van informatie teneinde de ontvanger hiervan in staat te stellen tot zelfstandige en bewuste menings- of besluitvorming m.b.t. een concrete situatie (Katus 1980).

Uit deze definities kun je de essentiële kenmerken naar voren halen namelijk:

- Voorlichting is een interventie
- Voorlichting gebruikt communicatie als een instrument
- Voorlichting kan alleen effectief zijn via een vrijwillige verandering
- Voorlichting richt zich op een aantal doel processen die haar onderscheiden van andere communicatieve interventies

Er zijn verschillende methoden om voor te lichten, allen met het zelfde doel er moet een gedragverandering tot stand komen die blijvend is.

Massa communicatie

Het doel hiervan is om zoveel mogelijk mensen te gelijk voor te lichten. Daarbij kun je van vele media gebruik maken zoals radio, krant of televisie.

Van Woerkum heeft de gunstige eigenschappen van massacommunicatie op een rij gezet:

- Met behulp van massacommunicatie zijn (soms) veel mensen te bereiken
- Met behulp van massacommunicatie is een groot publiek sneller te bereiken.
- Massacommunicatie is meestal kosten besparend.

- Bij gebruik van massacommunicatie is de beschikbare deskundigheid beter te combineren.
- Bij een aantal vormen van massacommunicatie bestaat de mogelijkheid tot documentatie.
- Massamedia kunnen de status van ideeën of personen bevorderen, waardoor zij bepaalde ontwikkelingen kunnen legitimeren.
- Indien het om kleine media gaat (wijkkrant, lokale radio), kunnen de voorgelichten participeren in de productie (afstand verkleining).

Ongunstige eigenschappen zijn:

- De ontvangers zijn volkomen vrij te beslissen of ze de boodschap al of niet willen ontvangen en als ze haar ontvangen of haar willen gebruiken of niet. De zender heeft daar weinig invloed op
- Wie van massacommunicatie gebruik maakt, kan niet ingaan op de specifieke situatie van iedere afzonderlijke ontvanger. Hierdoor blijft de massacommunicatie vrij globaal.
- Voor het gebruik van massamedia is een speciale deskundigheid nodig. Dit geldt natuurlijk sterk voor media als films, video's en tentoonstellingen.
- De invloed op het gedrag van de mensen is gewoon te klein.

Er zijn verschillende vormen van massacommunicatie:

De injectienaaldtheorie:

De voorlichting is gericht op het individu en niet op de omgeving.

On step two flow theorie:

Beïnvloeding opinieleiders → beïnvloeding van het publiek door opinieleiders

Multistep flow theorie:

Is een aanpassing van de two step- flow theorie er zijn meer schakels tussen zender en ontvanger.

Interpersoonlijke voorlichting

De andere vorm van voorlichting die we nog willen bespreken is: interpersoonlijke voorlichting

Definitie:

Onder interpersoonlijke voorlichting verstaan we die communicatieve interventies die door middel van een direct persoonlijk contact door een gekwalificeerde voorlichting op een planmatige wijze een verandering in houding en gedrag bij de doelgroep trachten te bewerkstelligen. Een belangrijk kenmerk is dus het persoonlijk contact, en de mogelijkheid bied direct feedback te krijgen.

(basis boek voorlichtingskunde, h wapenaar, ng rolling en aw van den ban)

Theoretische achtergronden.

McCroskey onderscheidt 5 dimensies:

1. deskundigheid, weet de voorlichter waar hij over praat
2. karakter, hoe is de voorlichter als persoon, is hij eerlijk, is hij te vertrouwen.
3. intentie: dit hangt nauw samen met karakter, het gaat hierbij om de motieven van de voorlichter: heeft hij het goede met de cliënt voor of probeert hij voor zijn eigen belang te dienen
4. persoonlijkheid: is de voorlichter een vriendelijk, plezierig iemand of niet; deze dimensie is moeilijk te onderscheiden van dimensies karakter en intentie, ze hangen zeer nauw met elkaar samen.
5. dynamiek: een dynamisch persoon wordt geloofwaardiger geacht dan een niet dynamisch iemand

Verschillende vormen van individuele voorlichting zijn:

- Het twee gesprek
- Groepsvoorlichting

Het tweegesprek kan de volgende functies goed vervullen:

- Het is geschikt om informatie te verstrekken die nodig is voor het oplossen van een uniek probleem;
- Het biedt de mogelijkheid om informatie waarover de cliënt beschikt te combineren met de informatie van de voorlichter;
- In een tweegesprek kan een voorlichter de cliënt helpen zijn gevoelens te verhelderen en te verwerken en te kiezen tussen conflicterende doelen;
- Het vertrouwen van de cliënt in de voorlichter kan vergroot worden als deze interesse toont voor de persoon van de cliënt en zijn situatie en ideeën.

Consequenties van een tweegesprek.

1. De kosten die het voor de voorlichtingsorganisatie met zich meebrengt zijn hoog.
2. Een voorlichter die bijna uitsluitend deze voorlichtingsmethode hanteert, bereikt maar een klein deel van zijn doelgroep.
3. Een voorlichter kan onjuiste informatie geven, terwijl dit voor andere medewerkers van de voorlichtingsorganisatie moeilijk te controleren of corrigeren is;
4. Er moet een vertrouwensrelatie zijn tussen de voorlichter en de cliënt; als die niet of niet voldoende is, zal de cliënt bepaalde informatie achterhouden, omdat hij bang is dat de voorlichter hiervan gebruik zal maken op een manier die niet in zijn belang is.
5. Het tweegesprek is een geschikte methode als een cliënt de voorlichter om hulp vraagt of als er een zodanige vertrouwensrelatie is, dat de cliënt het accepteert als de voorlichter een bepaald probleem dat voor de cliënt belangrijk is ter sprake brengt; als het gaat om een probleem dat de voorlichter wel maar de cliënt niet belangrijk vindt is deze methode minder geschikt.
6. Voorlichters die uitsluitend werken met tweegesprekken worden pas in een vrij laat stadium met het probleem van de cliënt geconfronteerd, want de cliënt vraagt pas om hulp als het voor hem een ernstig probleem is geworden; in een vroeg stadium is het vaak eenvoudiger om een goede oplossing te vinden;

7. Tweegesprekken kunnen een individualiserend effect hebben; cliënten ervaren niet dat anderen dezelfde problemen hebben; op deze manier zal collectieve belangenbehartiging zelden als oplossing gezien worden.

Verschillende vormen van tweegesprekken kunnen zijn:

- Telefonische voorlichting;
- Baliegesprek;
- Spreekuur;
- Voorlichting tijdens een huisbezoek;
- Een tweegesprek tijdens een groepsbijeenkomst.

Opbouw van een tweegesprek kan zijn:

1. Oriëntatie;
2. De kern van het gesprek;
3. De afronding.

Groepsvoorlichting:

Er wordt steeds meer in groepen gewerkt vandaar dat een voorlichting in groepsvorm ook bepaalde mogelijkheden biedt. Het gaat dan vooral om de werking van het groepsproces. Door het contact dat de deelnemers onderling hebben, door het uitwisselen van informatie en ervaringen kan de groepsvoorlichting effecten bereiken die door middel van massamediale of individuele voorlichting niet bereikt kunnen worden.

Hierin zijn verschillende werkvormen te onderscheiden:

- sfeerbevoorlenderende werkvormen → kennismaking en informele ontmoetingen
- informatieoverdracht werkvormen → lezingen en demonstraties
- werkvormen die geschikt zijn om informatie te verwerken → groepsdiscussies, of een quiz.

De voorlichting bestaat uit:

1. Oriëntatie
2. De kern van het gesprek
3. De afronding.

Eigenlijk dus weer hetzelfde als het tweegesprek.

Vaardigheden waarover een voorlichter moet beschikken om de voorlichting tot een succes te maken:

- actief kunnen luisteren
- leiding kunnen geven
- spiegelen, je kunnen verplaatsen in een ander
- Kunnen samenvatten
- Confronteren
- Interpreteren
- Informeren

Voor onze voorlichting zullen we dan ook gebruik maken van de interpersoonlijke voorlichting. Dit omdat het contact met de groep dan intenser is en we in kunnen gaan op de vragen die er zijn vanuit de groep. We kunnen dan zo veel beter het gedragsveranderende proces in de gaten houden als met massacommunicatie. Bij massacommunicatie is niet duidelijk of de gegeven voorlichting duidelijk is en begrepen wordt door de groep.

Heel vaak zal een voorlichter zijn doelen niet kunnen bereiken door een voorlichtingmethode te gebruiken, maar moet hij een combinatie maken van methoden. Dit wordt multimedia genoemd.

Je maakt hierbij onderscheid tussen kernmedia en aanvullende media.

De voordelen hiervan zijn:

- Men bereikt door middel van de verschillende media een groter deel van de doelgroep
- De leden van de doelgroep komen op verschillende manieren met de boodschap in contact komen; dit kan de attentie bevorderen.

Verschillende media kunnen elkaar aanvullen als men voor elke functie die vervuld moet worden het geschikste medium gebruikt

We zullen dus onze interpersoonlijke voorlichting aan gaan vullen door middel van multimedia. Hiervoor kunnen we kiezen uit de volgende media:

- Schriftelijk: krant, folder, brochure, voorlichtingsbrief, boekje, etc.
- Auditief: radio, lezing, etc.
- Visueel: affiche, foto, dia, maquette, powerpoint etc.
- Audiovisueel: film, televisie, video etc.

Voor onze presentatie zullen we gebruik maken van:

De handleiding, lezing, powerpoint, foto's.

Voorlichtingsmodel

1. De doelgroep

De informatiebehoeften:

Degene die voorgelicht worden krijgen voorlichting over de ziektebeelden en de benaderingswijzen van deze ziektebeelden. Uit de enquêtes is gebleken dat er wel wat kennis is over de gekozen ziektebeelden maar dat deze nog verder kan worden aangevuld en dat hier ook behoefte aan is om deze aan te vullen.

- De bestaande kennis: wat weet uw doelgroep al van het onderwerp; zijn er vooroordelen; is de doelgroep vertrouwd met uw vakjargon?
- Het mediagebruik: is Internet ingeburgerd of gebruikt de doelgroep vooral papieren media?
- Een aantal algemene kenmerken van deze doelgroep die consequenties hebben voor de vorm, de aard en de intensiteit van de campagne:
- Het zijn verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling cardiologie.
- Ze worden af en toe geconfronteerd met psychiatrische zorgverleners, maar hebben er over het algemeen niet vaak mee te maken.
- Ze maken gebruik van Internet almede van papieren media;
- Ze hebben onderling veel contact.
- Secundaire doelgroep

- Artsen
- Ander personeel werkzaam op de afdeling cardiologie, hierbij valt te denken aan voedingsassistenten en secretaresses.
- Fysiotherapeut, diëtiste etc.

2. **Doelstellingen**

Wat wil je bereiken met je voorlichting:

- uitleg geven over de ziektebeelden
- uitleg geven over de benaderingswijzen bij de ziektebeelden
- uitleg geven over agressie
- uitleg geven over het gebruik van de handleiding.
- Kennis laten maken met de handleiding.

3. **De boodschap**

Formuleer één korte en duidelijke hoofdboodschap. Dat kunt u op de volgende manier testen: als u uw primaire doelgroep zou vragen de boodschap in één zin samen te vatten, wat wilt u dan horen?

Aan het einde van de presentatie is iedereen die aanwezig was in staat te benoemen hoe de handleiding te gebruiken is.

4. **De middelen**

Posters: Aankondiging van de presentatie.

5 **De media**

Wat hebben we nodig om ervoor te zorgen dat onze presentatie goed verloopt?

- Ruimte: hierin zal de presentatie plaats vinden. Er moeten voldoende stoelen zijn, en eventueel tafels zodat mensen aantekeningen kunnen maken.
- Audiovisuele middelen: een computer, met beamer of een overhead projector. Zodat we de presentatie kunnen ondersteunen met beelden, en tekst.
- Hand-outs: om de gegeven presentatie nog wat kracht bij te zetten

6.De planning

Op 2 juni 2006 om 14:30 zullen wij ons project gaan presenteren.

7. Organisatie en financiën

De organisatie van de voorlichting zal volledig in handen zijn van de projectgroep grip op je gedachten. Zij zullen zorg dragen voor een ruimte, materialen en alles wat nodig is om de presentatie tot een succes te maken.

De financiën nemen zij ook voor hun rekening. Er zullen niet veel kosten worden gemaakt maar de kosten die worden gemaakt komen voor hun rekening.

De opzet voor de presentatie.

We hebben met elkaar afgesproken wie welk deel van de presentatie voor zijn rekening neemt. De presentatie zal als volgt eruit gaan zien.

1. Welkom heten van de verpleegkundigen; anouschka
2. Voorlichting over de ziektebeelden schizofenie, delier en manische depressie; Anouschka
3. Verschillende benaderingswijzen bij de ziektebeelden; siepke
4. Agressie en fixatie, alsmede de wet wgbo wat hier ondervalt: susan
5. Quiz ter afsluiting; Susan
6. Hoe nu de handleiding te gebruiken; siepke
7. Gelegenheid tot het stellen van vragen.

We zullen allemaal een deel van de presentatie voor ons nemen zodat hier iedereen een gelijk aandeel in heeft.

Samenvatting

In dit projectdocument zijn een aantal onderdelen aan bod gekomen. Allereerst is de enquête die wij hebben opgesteld, uitgewerkt. Hieruit kwam naar voren dat verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis, blij waren dat wij een handleiding wilden ontwikkelen, waarin een aantal psychiatrische ziektebeelden werden uitgewerkt en dat er benaderingswijzen werden gegeven, hoe deze patienten het best benaderd kunnen worden en waar je rekening mee moet houden bij de benadering van deze patienten.

Hierna is het hoofdstuk implementeren aan bod gekomen, waarin verschillende modellen zijn beschreven, hoe je iets kunt implementeren op een afdeling.

Het hoofdstuk wat hierop volgde, sloot aan op het hoofdstuk implementatie, namelijk het veranderplan. In dit veranderplan is beschreven hoe wij de handleiding op de afdeling willen implementeren.

Om de handleiding te kunnen presenteren hebben wij tevens een hoofdstuk gewijdt aan het onderwerp voorlichting. In dit hoofdstuk werden verschillende modellen om voorlichting te geven beschreven en hebben wij een model uitgewerkt voor de voor ons geldende situatie in de praktijk.

Conclusie

Wij hebben het afgelopen jaar, hard gewerkt om dit project tot een goed einde te brengen. Jammer genoeg liep het niet altijd even goed. Wij zaten op de verkeerde toer en moesten een andere koers varen. Dit moest in een zeer korte tijd.

Het is naar ons idee toch goed gelukt een project neer te zetten, waarbij wij onze eerdere opgestelde doelen hebben behaald. Wij zijn ook trots op ons product en hopen dat het ziekenhuis de handleiding zal gaan gebruiken.

Naar aanleiding van onze enquête konden wij concluderen dat er vraag was naar een handleiding voor verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis, wanneer er psychiatrische patiënten opgenomen werden.

Wij hebben met dit project een bijdrage proberen te leveren aan de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis. Naar ons idee, is dit met ons project gelukt.

Bijlagen

Bijlage 1: Plan van Aanpak

Bijlage 2: Evaluatieformulier van de presentatie

Bijlage 1: Plan van Aanpak

Inleiding

Voor u ligt het eindresultaat van ons afstudeerproject.

Siepke en Susan zullen gaan differentiëren in de psychiatrie. Siepke op de afdeling Acute Opnamen en Susan op de afdelingen: Langdurige Zorg en Open Opname Afdeling. Anouschka zal differentiëren in het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda op de afdeling cardiologie.

Ons project genaamd Grip op je gedachten, Een handleiding voor verpleegkundigen in het Ziekenhuis van de afdeling Cardiologie, zal inhouden dat wij de verpleegkundigen in het ziekenhuis voorlichting geven over de benadering van psychiatrische patiënten en dit zullen wij uiteindelijk in een handleiding op de afdeling implementeren.

Een handleiding is een gebruiksaanwijzing, hoe men iets moet gebruiken. Wij hebben dit toegespitst op ons project door onder een handleiding te verstaan, hoe men met psychiatrische patiënten zou kunnen omgaan, deze patiënten kan benaderen. In de handleiding wordt er een korte omschrijving gegeven van de ziektebeelden; schizofrenie, delier en manische depressie, een gedeelte over agressie en fixatie, de medicatie die wordt gebruikt in de psychiatrie en enkele benaderingswijzen gericht op de bovenstaande drie ziektebeelden.

De handleiding zal een onderdeel worden van de voorlichting. Wij zullen tevens een implementatieplan, en voorlichtingsplan maken. Deze zullen we zó opstellen, zodat andere verpleegkundigen, van de afdeling cardiologie van het Groene Hart Ziekenhuis, of leerlingverpleegkundigen, dit eventueel in de praktijk kunnen gaan uitvoeren. Wij hebben hier, gezien het tijdschema geen gelegenheid meer voor.

De ziektebeelden die wij hebben gekozen om uit te werken, zijn tot stand gekomen, naar aanleiding van de enquête. Hieruit bleek dat dit de meest voorkomende ziektebeelden zijn op de afdeling Cardiologie, wanneer het gaat om een psychiatrische patiënt die wordt opgenomen

Ons uiteindelijk doel van dit project is een duidelijke handleiding over de benaderingswijze bij psychiatrisch patiënten. Door bovenstaande activiteiten uit te voeren willen wij dit doel bereiken.

Achtergronden

Door middel van de stage-ervaringen die wij hebben opgedaan de afgelopen 3 jaar, hebben wij gemerkt dat veel verpleegkundigen weinig ervaring hebben in de omgang met psychiatrische patiënten. Bij opname van een psychiatrische patiënt in een algemeen ziekenhuis, komt er vooral de volgende vraag naar voren: Hoe om te gaan met de psychiatrische patiënt?

Deze vraag komt vooral naar boven doordat de verpleegkundige niet veel ervaring hebben met deze patiënten. De reden hiervan is dat de oude verpleegkundigen opleiding anders ingedeeld was. Zo moest er gekozen worden voor een richting dit was dan de A (algemeen ziekenhuis) of de B (psychiatrie). Wanneer iemand voor de richting algemeen ziekenhuis koos dan kreeg je geen theorie over de psychiatrie. En de richting B kreeg geen/weinig informatie over het algemeen ziekenhuis.

Wij willen de kennis van de verpleegkundige vergroten door de handleiding met benaderingswijze te ontwikkelen.

Het gebruik van literatuur zal in ons project een grote rol spelen, in de vormgeving van het project. Tevens onze eigen ervaringen die wij tijdens onze stages met psychiatrische patiënten opgedaan hebben kunnen wij gebruiken bij het maken van de handleiding. Dit zal vooral tot uiting komen in de benaderingswijzen.

Dit project zullen wij toepassen in de rol van ontwerper (domeinsspecificatie: kwaliteitsborging) en beroepsbeoefenaar (domeinsspecificatie: deskundigheidsbevordering). De rol van ontwerper komt tot uiting in het vormgeven van het project en het ontwerpen van een handleiding. De rol van beroepsbeoefenaar komt tot uiting in het overdragen van de kennis aan andere verpleegkundigen. Ook de implementatie¹ van de psychiatrie in het algemeen ziekenhuis, komt door dit project tot uiting.

Doelstelling:

Verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis van de afdeling cardiologie een handleiding aanreiken om psychiatrische patiënten met de ziektebeelden; schizofrenie, delier en manische depressie (die wij in dit project gaan behandelen), in het ziekenhuis te kunnen begeleiden.

Het uiteindelijke doel is dat verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie, op een adequate en deskundige wijze patiënten kunnen behandelen met een psychiatrische ziekte, naast hun somatische klachten waarvoor ze in het ziekenhuis zijn.

¹ Implementatie is 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde. Het uiteindelijke doel is een structurele plaats in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg' (ZonMw, 1997).

Probleemstelling:

Verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis hebben over het algemeen te weinig ervaring met de omgang bij psychiatrische patiënten.

Hierbij is het probleem dat de zorg die verpleegkundigen leveren vaak niet geheel op de patiënt is aangepast, omdat de verpleegkundige vaak niet weten hoe zij met het gedrag van de psychiatrische patiënt om kunnen gaan.

Vraagstelling:

Op wat voor manier kun je bij verpleegkundigen in het Algemeen Ziekenhuis op een duidelijke en begrijpelijk wijze, hun vaardigheden met betrekking tot de omgang met een psychiatrische patiënt vergroten en tevens hun kennis laten vergaren over patiënten met een psychiatrische aandoening?

De projectopdracht:

De opdrachtgevende instantie voor dit project is de Haagse Hogeschool te Den Haag. Het project wordt uitgevoerd voor het 'Groene Hart' Ziekenhuis te Gouda. De opdrachtgevers van het project zijn Ben van Galen en Janke Damoiseaux.

De opdrachtnemers zijn Anouschka De Puy- de Groot, Susan van Eeden en Siepke van den Burg.

De inhoud van het project zal gericht zijn op het implementeren en voorlichting geven aan verpleegkundigen over de omgang met psychiatrische patiënten die gedurende een opname in het algemeen ziekenhuis zijn opgenomen.

Het eindresultaat van dit project zal zijn; er is een handleiding ontwikkeld en er is voorlichting gegeven over de handleiding, waarbij tevens een implementatieplan is geschreven, zodat het uitvoerbaar is voor verpleegkundigen in het ziekenhuis.

Projectactiviteiten:

- Verzamelen van informatie en bestuderen van literatuur over de genoemde onderwerpen. De informatie zal voornamelijk gezocht worden in verschillende boeken. Tevens zullen wij ook andere informatiebronnen gebruiken zoals internet, beide instellingen Parnassia en Rivierduinen.
- Conceptplan van aanpak inleveren bij de opdrachtgever;
- Gesprek aan het begin en tussenevaluatie met de opdrachtgever over de voortgang van het project;
- Per bijeenkomst wordt er een taakverdeling gemaakt, voor de te ondernemen activiteiten;
- Er wordt per vergadering een voorzitter en notulist aangewezen;
- Er word 1 enquête gemaakt om de beginsituatie te inventariseren (wat weet de verpleegkundige al over psychiatrische patiënten);
- Met een feedbackformulier aan het eind van de bijeenkomst willen we te weten komen of de verpleegkundige voldoende informatie hebben gekregen. En of de verpleegkundige nieuwe kennis hebben opgedaan tijdens onze bijeenkomst. Dit willen wij weten om ons project tot een geslaagd project te kunnen noemen. Op deze manier kunnen wij een beeld krijgen of het doel van ons project is bereikt.
- Iedere week op dinsdag en vrijdag zullen wij als projectgroep bijeenkomen om aan het project te werken;

- Het eindresultaat wordt op cd-rom ingeleverd bij de opdrachtgever;
- Er wordt een apart emailadres aangemaakt waar de documentatie van het project op te vinden is.
- Ontwerp van de handleiding maken voor de verpleegkundigen voor de afdeling Cardiologie in het algemeen ziekenhuis.

Beoordelingscriteria:

- Het projectdocument is relevant voor de verpleegkundige beroepsuitoefening, sluit aan bij de kerncompetenties van de rol van beroepsbeoefenaar en zorgverlener en is praktisch toepasbaar;
- De handleiding is uitgewerkt met de onderdelen die wij erin wilden verwerken en volgens de door ons op gestelde criteria. De handleiding is overzichtelijk, helder en duidelijk uitgewerkt.
- De onderdelen implementatie, voorlichting en het veranderplan zijn uitgewerkt, theoretisch onderbouwd en toegespitst op de situatie in de praktijk.
- Het praktijk- en theorie-gedeelte vertoont een logische samenhang met elkaar, keuzes worden onderbouwd en logisch verantwoord op basis van praktische en theoretische bevindingen
- Het doel van het project, zal met de handleiding gerealiseerd worden;
- Er is gebruik gemaakt van relevante literatuur en deze is geïntegreerd in de handleiding en het projectdocument;
- Er is een verantwoording voor de gekozen onderwerpen.
- De gegevens die we uit de enquête hebben gekregen zijn schematische en overzichtelijk uitgewerkt. .
- Er wordt in het projectverslag een conclusie en samenvatting van het project gegeven.
- Er zijn individuele evaluatieverslagen (reflectieverslagen) geschreven. Er wordt een conclusie en samenvatting van het project gegeven. Apart onderdeel: hoort bij proeven, niet bij projectdocument
- De lay-out van het project voldoet aan de voorwaarden die wij hebben opgesteld (lettertype etc).

Projectgrenzen en randvoorwaarden:

Begindatum: 22 november 2005

Einddatum : 8 juni 2006

De volgende ziektebeelden zullen worden uitgewerkt:

- Schizofrenie;
- Manisch-depressief;
- Delier.

Deze ziektebeelden hebben wij gekozen op basis van navraag bij de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie, waarbij zij aangaven dat deze ziektebeelden regelmatig op de afdeling voorkomen bij psychiatrische patiënten.

De handleiding zal alleen geïmplementeerd worden op de afdeling Cardiologie in het Groene Hart ziekenhuis. Dit omdat het anders een te breed onderwerp zal worden.

Voor de verpleegkundige moet er voldoende informatie in de handleiding staan. Het moet makkelijk zijn om de handleiding er even snel op na te slaan tijdens de opname van een psychiatrische patiënt.

Randvoorwaarden:

- Coöperatie van de opdrachtnemers;
- Bij onduidelijkheden/knelpunten kunnen wij terecht bij onze tutor en opdrachtgever.
- Begeleiding van de opdrachtgever;
- Er is voldoende relevante literatuur over het onderwerp beschikbaar;
- Er is een emailadres waar alle documenten naartoe worden gestuurd;
- Er zijn computers beschikbaar;
- De tijdsplanning is haalbaar;
- Er is mogelijkheid tot het afnemen van enquêtes;
- Er is coöperatie van beide partijen;
- Er is een beschikbare ruimte voor de bijeenkomsten;

Producten:

- Een projectdocument in de vorm van een handleiding;
- Projectdocument in de vorm van cd-rom;
- PowerPoint presentatie;

Samenwerkingsafspraken:

- Iedereen is op tijd;
- Wanneer je niet kan, liefst een dag van te voren afmelden bij een van de groepsleden;
- Documenten op tijd opsturen, 2 dagen voor een bijeenkomst;
- Groepsleden nemen hun verantwoordelijkheid voor het project, dit betekent dat iedereen haar taak op een goede manier uitvoert;
- Documenten worden gemaild naar het gezamenlijke emailadres gripopjegedachten@hotmail.com
- Ieder projectlid moet een evenredige bijdragen leveren aan het project. De taken zullen evenredig verdeeld worden en er zal geëvalueerd worden naar de zwaarte van de taak.
- De projectleden schrijven ieder een individueel leerverslag.
- Als men ergens niet uitkomt, moet dit tijdig gemeld worden. Zo kan het besproken worden en kan het knelpunt worden opgeheven.
- Elkaar laten uitpraten en naar elkaar luisteren.
- Bij elk e- mail naar het gezamenlijke e-mail adres moet een titel/ onderwerp bijgeschreven worden zodat het voor iedereen duidelijk is waar de e-mail over gaat;
- Het project zal uitgetypt worden in lettertype 12, met stijl Times New Roman.

Taakverdeling:

Eindverantwoordelijk geheel projectdocument:	Siepke van den Burg
Contactpersoon:	Siepke van den Burg
Literatuur implementatie:	Anouschka de Puy-de Groot
Literatuur enquêtes:	Susan van Eeden
Literatuur Ziektebeelden:	Siepke van den Burg
Afstemming:	Allen

Literatuurbron:

Roel Grit, Projectmanagent; Projectmatig werken in de praktijk

4^{de} editie, ISBN/ISSN 9001347037

Tijdsplanning:

Datum	Activiteit
22-11-2005 t/m 5-12-2005	Projectplan is ingeleverd en goedgekeurd
6-12-2005 t/m 13-12-2005	Verdiepen in literatuur rondom enquêtes, implementatie en ziektenbeelden.
14-12-2005 t/m 10-1-2006	Opstellen van enquêtes.
11-1-2006 t/m 31-1-2006	Invoeren enquêtes op de afdeling.
1-2-2006 t/m 9-4-2006	Uitwerken enquêtes. Handleiding maken en opzet van de voorlichting;
14-2006 t/m 14-4-2006	Voorlichting aan verpleegkundigen in het ziekenhuis. Inhoud presentatie: de handleiding inhoudelijk presenteren.
14-4-2006 t/m 30-4-2006	Compleet maken projectdocument en inleveren bij tutor.

Nieuwe tijdsplanning voor aanpassen van het document:

<i>Week 19</i> 8-5 t/m 14-05 2006	- Plan van aanpak aanpassen - Ziektebeelden aanpassen - Pagina nummers invoegen - Enquete opnieuw uitwerken - Agressie, WGBO, Fixatie mogelijkheden aanpassen. - Implementatie aanpassen
<i>Week 20</i> 15-05 t/m 21-05 2006	- 16 mei 10.30 feedback gesprek Kitty Martens - Aanpassen plan van aanpak - implementatieplan opstellen, deze richten op de praktijk. - veranderplan opstellen - voorlichtingsplan opstellen - Presentatie document maken - (feedback Kitty Martens)
<i>Week 21</i> 22-05 t-m 28-05 2006	- Projectdocument evt. aanpassen, - goed nakijken op fouten - projectdocument laten inbinden - projectdocument op CD-rom zetten.
<i>Week 22</i> 28-05 t/m 04-05 2006	- 28 mei bijeenkomst ziekenhuis - Presenteren handleiding

<i>Week 23</i> 5-06 t/m 08-06 2006	- Handleiding op de afdeling presenteren en implementeren. - 8 juni definitief projectdocument CD-rom + schriftelijk inleveren
---------------------------------------	--

Bijlage 2: Evaluatieformulier

Evaluatie formulier Voorlichting

1=goed, 2=voldoende, 3=matig, 4=slecht

1) Hoe vond u onze voorlichting?

Omcirkel een cijfer **1 2 3 4**

Toelichting:.....
.....
.....

2) Ziet u de belangrijkheid in van het in gebruik neming van de handleiding?

Ja / Nee

Toelichting:.....
.....
.....

3) Denkt u zelf de handleiding te gaan gebruiken tijdens opname van een psychiatrische patiënt?

Ja / Nee

Toelichting:.....
.....
.....

4) Heeft u tijdens onze voorlichting nieuwe kennis opgedaan over de psychiatrische patiënt?

Ja / Nee

Zo ja welke kennis?.....
.....
.....

5) Hoe vond u het geheel van de handleiding eruit zien?

Omcirkel een cijfer **1 2 3 4**

Toelichting:.....
.....
.....

6) Wat vond u van de quiz?

Omcirkel een cijfer **1 2 3 4**

Toelichting:.....
.....
.....

Dank u wel voor de medewerking!!!!

Anouschka, Siepke en Susan

Literatuurlijst

Boeken:

- ✓ H. Wapenaar, N.G Rolling en A.W. van den Ban; Basis boek voorlichtingskunde
- ✓ Grol R.P.T.M; Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of costeffective care; Int J Qual Health Care; 2000
- ✓ Michel Wensing, Peter van Splunteren, Marlies Hulscher, Richard Grol, Praktisch nieuw; Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg
- ✓ Roel Grit, Projectmanagent; Projectmatig werken in de praktijk 4^{de} editie.
- ✓ Rita Zijlstra, Carla Vlaskamp, Petra Poppes, Met zorg vernieuwen; Handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-ondersteuningsprogramma
- ✓ H. Bouwman, J van Dijk, B, v.d. Hooff en L. v.d. Wijngaert, ICT in organisaties; Adoptie, implementatie, gebruik en effecten; Boom Amsterdam; 2002
- ✓ Schoemaker, E, Albersnagel, E, Aukes, L; Regie van het primaire proces; Groningen, Wolters-Noordhoff; 1999
- ✓ Kedzierski en Vlemmix; Kwaliteit en beheer, instrumenten voor de manager in de zorg; Houten/Diemen, Bohn Stafleu Van Loghum; 1996
- ✓ Mittman, S.A; Invoering richtlijnen en veranderingen; Lochum, de Tijdstroom; 1994

Internet:

- ✓ Via google- Implementatiecyclus Groll.

Handleiding

*Informatie over psychiatrisch patienten
voor verpleegkundigen in het Algemeen ziekenhuis.*

Differentiatieproject HBO-V

**Gemaakt door: Susan van Eeden
Siepke v/d Burg
Anouscka de Puy- de Groot**

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1: Uitwerking van de verschillende ziektebeelden	4
1.1 Schizofrenie	4
1.2 Delier.....	6
1.3 Manische depressie	7
Hoofdstuk 2: Benaderingswijzen.....	12
Benaderingswijzen gericht op het ziektebeeld.....	14
Hoofdstuk 3: Medicatie.....	16
Hoofdstuk 4.1: Agressie.....	28
4.2 Fixatiemogelijkheden.....	31
Bijlage 1: DSM IV: Meerassige beoordeling.....	35
Bijlage 2: Werkwijze middelen/maatregelen.....	41
Bijlage 3: Antipsychotica.....	49
Literatuurlijst.....	56

Inleiding

Deze handleiding is ontworpen voor de afdeling Cardiologie van Het Groene Hart ziekenhuis in Gouda. De handleiding is onderdeel van ons afstudeerproject Grip op je gedachten, handvatten bieden voor verpleegkundigen in het Algemeen Ziekenhuis, wanneer ze in aanraking komen met een psychiatrische patiënt.

In deze handleiding worden de ziektebeelden schizofrenie, delier en manische depressie kort omschreven, er wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende medicatie bij psychiatrische patiënten en er worden benaderingswijzen gegeven, gericht op de bovenstaande ziektebeelden.

Tevens wordt er in de handleiding een hoofdstuk besteed aan het onderwerp agressie, omdat dit veelvuldig voorkomt bij psychiatrische patiënten en het naar ons idee belangrijk is dat verpleegkundigen hiervan op de hoogte zijn. Ook het onderwerp fixatie wordt in dit hoofdstuk kort uitgewerkt, en tevens de Wet WGBO wordt kort toegelicht.

De handleiding kan gebruikt worden als leidraad, wanneer er een psychiatrische patiënt in het algemeen ziekenhuis wordt opgenomen.

Hoofdstuk 1: Uitwerking van de verschillende ziektebeelden

1.1 Schizofrenie

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ziektebeelden; schizofrenie, delier en manische-depressie kort toegelicht. Deze ziektebeelden hebben wij uitgekozen, omdat deze regelmatig voorkomen op de afdeling Cardiologie. De ziektebeelden lichten wij toe, volgens de DSM-IV waarbij we tevens een korte omschrijving geven van het ziektebeeld en de behandeling ervan. Tevens benoemen we aan het einde van het hoofdstuk de mogelijke oorzaken. De oorzaken benoemen we aan het einde, omdat ze voor alledrie de ziektebeelden betrekking hebben op de hersenen. Op deze manier houden we de uitwerking van de ziektebeelden kort en bondig.

Criteria DSM- IV

- A. Kenmerkende symptomen: Twee (of meer) van de volgende, elk gedurende een maand, die een belangrijk deel van de tijd aanwezig zijn (kan ook korter bij succesvolle behandeling).
 - (1) Wanen;
 - (2) Hallucinaties;
 - (3) Onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie);
 - (4) Ernstig chaotisch of katatoon gedrag;
 - (5) Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie.
- B. Sociaal/Beroepsmatig disfunctioneren:
Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt is het niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel, school of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).
- C. Duur:
Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste een maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale of restsymptomen. Gedurende deze prodromale of restperiode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).

- D. Uitsluiting schizo- affectieve of stemmingsstoornissen:
Een schizo- affectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat ofwel (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen; of (2) indien er episodes met een stemmingsstoornis tijdens de actieve fase zijn voorgekomen met de totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve en de restperiode.
- E. Uitsluiting van het gebruik van middelen/of een somatische aandoening:
De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische gevolgen van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.
- F. Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis:
Indien er een voorgeschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

Korte omschrijving van het ziektebeeld:

Bij schizofrenie is het realiteitsbesef verstoord en de eenheid van denken, voelen, willen en handelen gaat verloren. Ook kan de ene schizofrene patiënt heel andere symptomen hebben dan de andere. Het beeld bij een en dezelfde patiënt kan bovendien in de loop van tijd wisselen. Grof wordt er een onderscheid gemaakt tussen inhoudelijke en formele denkstoornissen. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen 'positieve' en 'negatieve' symptomen.

Onder 'positieve' symptomen wordt verstaan; verschijnselen die er normaal niet moeten zijn, het zijn psychische nieuwvormingen die wijzen op een over productief of ontremd psychisch functioneren.

Onder 'negatieve' symptomen wordt verstaan; het ontbreken van gedragingen of belevingen die er normaal wel moeten zijn, het zijn psychische uitvalsverschijnselen die wijzen op een onderdrukt, afgeremd of verstoord psychisch functioneren. Er zijn tevens nog verschillende typen van schizofrenie te benoemen; paranoïde type, gedesorganiseerd of hebefreen type, katatoon type, ongedifferentieerd type. Deze zullen niet verder worden uitgewerkt, omdat dit niet direct van belang is voor de verpleegkundigen van de afdeling.

Behandeling:

Aan patiënten met schizofrenie, wordt voornamelijk anti-psychotica voorgeschreven. Deze hebben vooral een onderdrukkend effect op de 'positieve' symptomen. Na een dag of veertien worden de wanen en hallucinaties bij de meeste patiënten minder, al valt het resultaat pas na zes weken goed te bepalen. Ook de terugval die bij deze patiënten vaak voorkomt, kan met anti-psychotica worden behandeld. Antipsychotische medicijnen hebben vervelende bijwerkingen zoals sufheid, duizeligheid en vooral beven en verminderde beweeglijkheid. Antipsychotische medicijnen zijn onmisbaar bij de behandeling, maar dan altijd in combinatie met een psychosociale aanpak.

Het belang van een gecombineerde aanpak komt vooral tot uiting bij schizofrene patiënten die niet in staat zijn zichzelf staande te houden in de maatschappij of die als dakloze een schrijnend bestaan leiden.

Over het algemeen richt psychologische behandeling zich bij schizofrene patiënten niet op volledig herstel, maar vooral op acceptatie van en optimale aanpassing aan de beperking in psychosociaal functioneren. Waar mogelijk moet de omgeving bij de behandeling worden betrokken. De laatste jaren zijn er voor schizofrene patiënten resocialisatieprogramma's opgericht, waarbij er aandacht besteed wordt aan de zelfredzaamheid, zelfverzorging en beheer van geld. Goede behandeling wordt vaak belemmerd, doordat het lastig is om met psychotische mensen in contact te treden. Moet je wel of niet 'meegaan' met de psychotische denk- en belevingswereld van patiënten? Meegaan is over het algemeen niet vol te houden. De kunst is om psychotische patiënten duidelijk te maken dat onze werkelijkheid anders is zonder dat hún visie op de realiteit wordt verworpen. Men zou iets kunnen zeggen in de trant van: 'Wat vervelend dat u die dingen ziet (of denkt), maar ik zie (of denk) ze niet'.

1.2 Delier

DSM-IV

- A. Bewustzijnsstoornis (dat wil zeggen verminderde helderheid van het besef van de omgeving) met verminderd vermogen om de aandacht te richten, vast te houden of te verplaatsen;
- B. Een verandering in de cognitieve functie (zoals geheugenstoornis, desoriëntatie, taalstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis die niet eerder is toe te schrijven aan een reeds aanwezige, vastgestelde of zich ontwikkelende dementie;
- C. De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd (meestal uren tot dagen) en neigt ertoe in de loop van de dag te fluctueren;
- A. Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen, dat de stoornis veroorzaakt is door:
 - De directe fysiologische consequenties van een somatische aandoening;
 - Intoxicatie met een middel (drugs, alcohol, medicatie);
 - Een onthoudingssyndroom (drugs, alcohol, medicatie);
 - Meer dan één oorzaak.

Predisponerende factoren:

- Leeftijd > 60;
- Hersenaandoening (dementie);
- Operatie (open- hartchirurgie, heupoperaties en transplantaties);
- Psychiatrische voorgeschiedenis;
- Gebruik van (verschillende) geneesmiddelen (tegelijk);
- Te weinig prikkeling van zintuigen (sensore deprivatie) of juist overprikkeling.

Korte omschrijving ziektebeeld:

Bij een delier is er sprake van een verlaagd bewustzijn, concentratiestoornissen en desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. Dit wil zeggen dat iemand moeite heeft met het bepalen van tijd, en ruimte, maar ook met het herkennen van andere mensen. Over het algemeen treden de symptomen plotseling en met wisselende intensiteit op en is de patiënt snel geïrriteerd en vooral 's nachts onrustig.

Behandeling:

Wanneer de oorzaak een lichamelijke aandoening betreft, dan moet uiteraard deze aandoening allereerst behandeld worden. Zijn medicijnen of andere stoffen de oorzaak dan ligt bijstelling van het gebruik hiervan voor de hand. Soms rest er weinig anders dan de lichamelijke conditie scherp in de gaten te houden en zo mogelijk op peil te brengen. Tegen onrust, hallucinaties en waanideeën kan antipsychotische medicatie worden gegeven, en tegen hevige angst benzodiazepinen.

Wanneer een delier zelf voor grote angst gezorgd heeft zijn voor de verwerking hiervan gesprekken noodzakelijk. Patiënten hebben baat bij een vertrouwde, geruststellende, prikkelarme omgeving. Om deze reden is bij een licht delier opname niet gewenst, als tenminste de directe omgeving voldoende zorg kan bieden. Bij een ernstig delier is opname onvermijdelijk en afhankelijk van de oorzaak kan dat in een algemeen of een psychiatrisch ziekenhuis zijn.

1.3 Manische depressie

DSM-IV

- A. Er wordt voldaan aan de criteria van zowel een manische episode als aan die van een depressieve episode (behalve in duur), bijna elke dag gedurende ten minste een week.
- D. De stemmingsstoornis is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in werk, gewone sociale activiteiten, of relaties met anderen te veroorzaken, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om de schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.
- E. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel of andere behandeling) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie = verlaagde schildklierwerking).

NB.: Gemengde episodes die onmiskenbaar veroorzaakt zijn door een somatische antidepressieve behandeling (bijvoorbeeld geneesmiddelen, elektroconvulsietherapie, lichttherapie) mogen niet meetellen voor het stellen van de diagnose "bipolaire I stoornis".

DSM-IV criteria Depressieve episode

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel depressieve stemming, ofwel verlies van interesse of plezier.

- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betrand);
N.B.: Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn;
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen);
- Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan vijf procent van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust;
N.B.: Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename;
- Insomnia (slapeloosheid) of hypersomnia (overmatige slaap en slaperigheid) bijna elke dag;
- Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag;
- Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag;
- Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag;
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag;
- Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcide-gedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie = verlaagde schildklierwerking)

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig geweest of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide-gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

DSM-IV criteria Manische periode

A. Een duidelijk herkenbare periode met een abnormale en voortdurend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, gedurende ten minste een week (of elke duur indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is).

B. Tijdens de stemmingsstoornis zijn drie (of meer) van de volgende symptomen (vier indien de stemming alleen geprikkeld is) voortdurend en in belangrijke mate aanwezig:

- Opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën;
- Afgenomen behoefte aan slaap (bijvoorbeeld voelt zich uitgerust na slechts drie uur slaap);
- Spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang;
- Verhoogde afleidbaarheid (dat wil zeggen de aandacht wordt te gemakkelijk getrokken door onbelangrijke of niet ter zake doende van buiten komende prikkels);
- Toeneming van doelgerichte activiteit (ofwel sociaal, op het werk of op school ofwel seksueel) of psychomotorische agitatie;
- Zich overmatig bezig houden met aangename activiteiten waarbij grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (bijvoorbeeld ongeremde koopwoede, seksuele indiscreties of zakelijk onverstandige investeringen).

C. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode.

D. De stemmingsstoornis is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in werk, of normale sociale activiteiten, of relaties met anderen te veroorzaken, of opname in een ziekenhuis noodzakelijk te maken om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.

(Redactie: In circa 10 à 15% van de gevallen ontwikkelt zich een psychose, dat wil zeggen een verlies van de realiteit die tot uiting komt in voornamelijk wanen - oncorrigeerbare gedachedwalingen - of een zeer bizar gedrag. De thema's van die wanen zijn vaak in overeenstemming met het overdreven gevoel van eigenwaarde, men denkt b.v. een beroemde persoonlijkheid te zijn, een bijzondere relatie met God te hebben, speciale macht of kennis te bezitten).

E. De symptomen zijn niet het gevolg van het directe fysiologische effect van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel of andere behandeling) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyroïdie = verlaagde schildklierwerking).

N.B.: Maniforme episodes die onmiskenbaar veroorzaakt zijn door een somatische antidepressieve behandeling (bijvoorbeeld geneesmiddelen, elektroconvulsietherapie, lichttherapie) mogen niet meetellen voor het stellen van de diagnose "bipolaire I stoornis".

Korte omschrijving ziektebeeld:

Een manische fase is in veel opzichten het spiegelbeeld van een depressie. Manische patiënten voelen zich prima. Hun stemming is uitzonderlijk opgewekt en blij, al kunnen sommigen snel geïrriteerd raken wanneer men hun dadendrang probeert af te remmen. Ze beschouwen zichzelf boven iedere kritiek verheven en in alle opzichten superieur. Zelf zien ze veelal geen enkele reden voor behandeling. Er kunnen ook hallucinaties of wanen voorkomen. Deze psychotische kenmerken hoeven echter geen deel uit te maken van deze stoornis. Ze ontbreken helemaal bij een mildere vorm van het manische syndroom (hypomanie).

Manische fasen komen meestal afwisselend voor met periodes van depressie. De manische en depressieve fasen duren elk vaak een paar maanden. Hoe vaker de bipolaire stoornis terugkeert, hoe korter deze tussenliggende periodes.

Wanneer de periodes van depressie en manie elkaar afwisselen, maar minder ernstig zijn, spreekt men van een cyclothyme stoornis. Treden de stemmingswisselingen met tussenperiodes van meerdere maanden op dan moet ook worden gedacht aan seizoensgebonden stemmingsstoornis.

Bipolaire stoornissen komen relatief weinig voor.

Behandeling:

Voor manieën en bipolaire stoornissen zijn vooral biologische therapieën ontwikkeld. Medicatie als Lithium wordt vaak voorgeschreven. Dit middel kan bij 70% van de patiënten nieuwe manische of depressieve fasen voorkomen of althans in aantal of ernst doen afnemen. Jarenlang gebruik van lithium is dus vaak noodzakelijk als vorm van preventie. De juiste dosis wordt bepaald aan de hand van laboratoriumonderzoek van de gemiddelde lithiumhoeveelheid in het bloed. Bij veel patiënten leidt lithium tot bijwerkingen als beven, spierschokken, misselijkheid, dorst, huidafwijkingen en gewichtstoename, tevens komen concentratie- en geheugenproblemen voor.

Bij een manische fase wordt veelal in het begin ook een antipsychotisch middel voorgeschreven, omdat dit sneller effect heeft. Een deel van de manische patiënten reageert ook goed op het anti-epileptische middel carbamazepine. Bij ernstig manisch gedrag, is opname in een psychiatrische kliniek noodzakelijk. Een opname kan nieuwe onbezonnen acties voorkomen, terwijl het medicijngebruik beter kan worden gecontroleerd. Alleen medicatie als behandeling is niet voldoende. Gelijktijdige psychologische en sociale begeleiding van patiënt en familie is ook van groot belang. De laatste jaren is er ook sprake van psychotherapie.

Oorzaken:

De oorzaken voor schizofrenie, delier en manische depressie worden allen veroorzaakt door biologische factoren. Deze hebben met name betrekking tot het niet juist functioneren van de hersenen. Bij schizofrenie ligt de nadruk op de hyperactiviteit van de neurotransmitter dopamine in bepaalde delen van de hersenen.

Bij een delier heeft het meer te maken met de hersenactiviteit die verminderd is en het contact tussen de hersencellen verstoord is. Dit kan komen door alcohol gebruik, na een operatie, of acuut stoppen met sommige medicatie.

Bij manische depressie gaat het om een laag niveau van serotonine gecombineerd met een hoog niveau van noradrenaline.

Hoofdstuk 2: Benaderingswijzen

Inleiding

In dit hoofdstuk worden verschillende benaderingswijzen genoemd. Met deze benaderingswijzen als beginpunt, kun je een psychiatrische patiënt, opener tegemoet treden. Het hoofdstuk is opgedeeld in twee gedeelten. Het eerste gedeelte bestaat uit algemene benaderingswijzen, die voor elke patiënt gebruikt kunnen worden. Het tweede gedeelte bestaat uit benaderingswijzen specifiek gericht op de ziektebeelden schizofrenie, delier en manische depressie. Deze benaderingswijzen, komen van onze eigen ervaringen vanuit de praktijk, waarbij het eerste gedeelte ook op de theorie is gericht.

Algemene benaderingswijzen

Benader de patiënt zoals je zelf benaderd zou willen worden

Algemene uitgangspunten voor het gesprek zijn dezelfde als voor een gesprek met elk ander mens: Goed luisteren, respect voor de ander hebben en geen verwijten maken zijn daarbij belangrijk.

Echtheid, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt

Volgens empirisch onderzoek lijkt voor het welslagen van diverse soorten therapieën niet de therapie maar de therapeut van doorslaggevende invloed te zijn. Het lijkt er dus niet om te gaan wat de therapeut precies doet, maar om de houding die hij daarbij aanneemt tegenover de patiënt. Het gaat om de ‘gregoriaanse’ basisattitudes: Echtheid, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt.

Over gewone dingen praten, in gewone taal praten

Patiënten wonen 24 uur per dag op de afdeling. Praat daarom met ze over gewone dingen zoals hobby's, sport, actualiteit, wat we gaan doen vandaag etc. Wanneer je wel over problemen en moeilijkheden met de patiënt moet praten, vermijd dan psychiatrisch of psychologisch vakjargon, maar gebruik gewone taal die iedereen begrijpt.

Druk je eerlijk en direct uit, zeg wat je bedoelt

Door hun psychose zijn mensen vaak onzeker; het kan ze moeite kosten de gevoelens van de anderen juist te plaatsen. Uit wat ze horen en zien, trekken ze soms verkeerde conclusies. Het is belangrijk dat je zo duidelijk en eerlijk mogelijk aangeeft wat je denkt en voelt. Bijvoorbeeld:

Zeg niet ‘Zou je dat wel doen?’ als je bedoelt: ‘Ik heb liever niet dat je dat doet’.

Ga na wat de patiënt denkt en voelt

De patiënt kan tijdens een psychose of psychotische beleving erg in zichzelf gekeerd zijn. Dat je dan gevoelens en gedachten voor hem invult, lijkt voor de hand te liggen. Toch is het juist in deze situaties belangrijk te vragen wat uw familielid zelf ervaart. Het kan helpen om zijn mening te herhalen in je eigen woorden en te vragen dat is wat hij bedoeld had.

Met het interpreteren van zijn gedachten raakt de patiënt alleen nog verder in de war. Belangrijk in de gespreksvoering is dat je niet oneindig doorgaat te proberen precies te begrijpen wat hij bedoelt. Doorvragen kan tot het toppunt van verwarring leiden.

Ontzie de patiënt niet te veel

Een psychose hoeft niet op alles invloed te hebben, maar het vergt veel tijd om te ontdekken wat je wel en wat je niet kunt bespreken. In veel gevallen kun je over alledaagse dingen gewoon afspraken maken. Je laat de patiënt daarmee in zijn waarde en je voorkomt dat de patiënt zijn ziekte ‘gebruikt’ om dingen van je gedaan te krijgen.

Vermijd overbezorgdheid en betutteling

Het ligt voord de hand dat je bezorgd bent, maar probeer overbezorgdheid en betutteling te vermijden. Dat zou je zelf ook niet op prijs stellen. Gun de patiënt zijn eigen leven zonder hem van minuut tot minuut in de gaten te houden. Wees wel alert als er sprake is van gevaar.

Ga niet beleren en bekritisieren

Ontkom je niet aan kritiek geven, breng het dan in positieve bewoordingen. Dring jezelf niet op. Zo voorkom je dat de patiënt de hakken in het zand zet of reageert vanuit een regressieve rol.

Stap niet in de reddersrol

Het verschijnsel dat de verpleegkundige als reddersfiguur gesprekken voert, waarbij de patiënt een andere, verborgen motivering heeft. De verpleegkundige als koppige, idealistische reddersfiguur kan zich soms diep in de nesten werken. Bijvoorbeeld: een patiënt die om advies vraagt en vervolgens elk voorstel van tafel veegt terwijl de verpleegkundige steeds wanhopiger wordt. Of waarin de patiënt zich telkens in situaties manoeuvreert waarbij hij afkeuring en afwijzing door de verpleegkundige uitlokt, om dit vervolgens de verpleegkundige weer in te peperen. Wat de verborgen motivatie achter dit gedrag is, is onduidelijk.

Maak verwachtingen van het gesprek duidelijk

Stel je verwachtingen niet te hoog. Doe je dat wel dan raak jezelf en de patiënt teleurgesteld. Zijn je doelstellingen en je verwachtingen van het gesprek anders dan die van de patiënt, is er ook kans op teleurstelling.

Toon begrip waarom een patiënt niet wil praten

De emotionele investering kan voor een patiënt te hoog zijn vanwege het ziektebeeld dat hij heeft of vanwege eerdere teleurstellingen die hij gehad heeft na allerlei gesprekken en therapieën in het verleden, terwijl zijn ziekte misschien alleen maar erger is geworden. Misschien is de patiënt ook bang om te veranderen, heeft hij na jaren een broos evenwicht bereikt en denkt hij dat hij van een verandering alleen maar zwakker kan worden.

Benaderingswijzen gericht op het ziektebeeld

Schizofrenie:

- Betrokkenheid als mens moet op de voorgrond staan;
- De patiënt in korte en duidelijke zinnen toespreken;
- Wanneer dat nodig is, de grenzen aangeven;
- Eigen hulpvraag duidelijk krijgen;
- De regie van de patiënt overnemen, wanneer blijkt dat zij dit niet zelf kunnen;
- Niet ontkennen wanneer iemand wat ziet, maar bijvoorbeeld zeggen: “ik begrijp dat je dat ziet en dat je er bang van wordt, wil je hierover praten?”;
- Structuur blijven aanbieden, wat de dagindeling betreft;
- Zorgen voor weinig prikkels;
- Vast aanspreekpunt per dienst;
- Uitleg geven bij wat je doet;
- ADL hulp aanbieden, of in ieder geval zeggen dat hij/zij zich kan gaan douchen/aankleden;
- Geen angst tonen bij benadering van de patiënt;
- Zorgen voor genoeg medicatie (evt. ook z.n medicatie);
- Rustige benadering.

Delier:

- Zorg voor een prikkelarme omgeving (niet te veel licht, geluid en mensen);
- Leg de patiënt bij voorkeur op een aparte kamer;
- Stel je iedere keer dat je bij de patiënt komt voor;
- Biedt de patiënt een vaste dagindeling aan;
- Zorg ervoor dat de patiënt vasthoudt aan normale slaap- waak ritme(niet te veel overdag slapen) ga ‘s nachts regelmatig kijken bij de patiënt;
- Vraag de familie vertrouwde spullen mee te nemen van huis (foto’s wekker);
- Zorg ervoor dat de patiënt steeds zoveel mogelijk door dezelfde verpleegkundige wordt verpleegd;
- Blijf rustig als je met de patiënt werkt en probeer te voorkomen dat hij onnodig schrikt;
- Zorg voor een kalender en een klok op de kamer van de patiënt;
- Benoem dag en tijdstip;
- Praat met de patiënt over echte gebeurtenissen; betrek de patiënt in het hier en nu door bijvoorbeeld stukjes voor te lezen uit plaatselijke of regionale krant;
- Verwijder gevaarlijke voorwerpen uit de omgeving van de patiënt;
- Maak contact door oogcontact, aanraking en het noemen van de naam van de patiënt;
- Als de patiënt aanspreekbaar is, geeft de verpleegkundige waar nodig informatie die eenduidig is en zo vaak als nodig herhaald wordt;
- Probeer te achterhalen als de patiënt angstig is waardoor de angst wordt veroorzaakt;
- Stel de patiënt gerust. Verklaar wat er te horen is;
- Laat de patiënt bij onrust niet alleen;
- Ga na wie of wat een positieve uitwerking heeft op de angst van de patiënt;

- Let erop dat de patiënt (indien van toepassing) bril en gehoorapparaat gebruikt
- Laat de patiënt weten dat je zijn waarnemingen niet deelt. Help de patiënt zijn aandacht op de werkelijke situatie te richten;
- Raad het bezoek aan frequent langs te komen en korte bezoeken te houden (lange bezoeken zijn te vermoeiend en minder goed);
- Geef de patiënt bij opdrachten de tijd om deze uit te voeren en stuur hem desnoods in de juiste richting;
- Houdt uitleg van zaken eenvoudig en laat altijd je gezicht zien;
- Dien sederende medicatie toe op voorschrift van de arts. Overleg ook met de arts over eventuele bijwerkingen van medicatie (opioiden, medicatie met een sederende bijwerking, bezodiazepinen (onttrekking ervan kan ook), corticosteroïden, anticholinergica en ook medicamenten met een anticholinerge bijwerking (bijvoorbeeld tricyclische antidepressiva, fenothiazinen, antihistaminica, spasmolytica, anti-parkinsonmiddelen, anti-emetica en anti-aritmica), metoclopramide, NSAID's, sommige antibiotica, digoxine, isoniazide en ketamine);
- Fixeer de patiënt tijdens zeer heftige onrust. Zorg voor een overzichtelijke omgeving om de verwardheid te beperken;
- Licht de familie in over de situatie van de patiënt (niet te veel mensen op de kamer, veel vertrouwde gezichten etc.).

Manisch-depressief:

- Stimuleren van de depressieve patiënt om toch activiteiten te ondernemen, zover dat mogelijk is;
- Structuur aanbieden;
- Genoeg medicatie;
- De regie overnemen, wanneer dat nodig is;
- Met de patiënt praten in plaats van tegen de patiënt;
- De patiënt open toetreden;
- Respect tonen voor de patiënt;
- Medezeggenschap in zijn/haar behandeling;
- Wat ze doen/kunnen complimenteren;
- Rustige benadering;
- Duidelijk zijn.

Hoofdstuk 3: Medicatie

Inleiding

In het onderstaande overzicht wordt de medicatie toegelicht die veel door psychiatrische patiënten wordt gebruikt. Omdat verpleegkundigen in het ziekenhuis met andere medicatie te maken krijgt, is naar ons idee deze lijst een goed hulpmiddel om snel en overzichtelijk de medicatie op te zoeken, waarbij gelijk staat welke bijwerkingen bij de medicatie voor kan komen.

Biperideen

Merknaam: Akineton

Indicatie:

Biperideen vermindert de werking van de zenuwen die de spieren aansturen. Het is een geneesmiddel dat de werking van de boodschapperstof acetylcholine tegengaat, zodat het zenuwstelsel wordt geremd. Artsen schrijven het voor bij bewegingsstoornissen veroorzaakt door geneesmiddelen en, zeer zelden, bij de ziekte van Parkinson. Sommige geneesmiddelen kunnen problemen met bewegen veroorzaken. Dit is vooral het geval met antipsychotica. Deze worden gebruikt bij psychoses, schizofrenie en ernstige verwardheid.

Onder bewegingsstoornissen verstaat men verschijnselen die lijken op de ziekte van Parkinson (parkinsonisme), plotselinge spiertrekkingen (acute dystonie) en rusteloosheid (acathisie).

Bijwerkingen:

- Wazig zien
- Droge ogen
- Sufheid
- Hartkloppingen
- Blozen
- Maagdarmklachten, zoals verstopping en misselijkheid
- Verlies van smaak
- Droge mond
- Moeilijk kunnen plassen
- Psychische klachten
- Verhoogde oogboldruk

Contra-indicaties:

- Sommige middelen tegen depressiviteit, psychoses en allergie geven ook bijwerkingen als droge mond, wazig zien, moeite met plassen en verhoogde oogboldruk.
- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.

Citalopram

Merknaam: Cipramil

Indicatie: Citalopram behoort tot de groep geneesmiddelen *serotonineheropname-remmers, ofwel SSRI's*. Het regelt in de hersenen de hoeveelheid serotonine. Deze natuurlijk voorkomende stof speelt een rol bij emoties en stemmingen. SSRI's verbeteren de stemming en verminderen angsten. Artsen schrijven het voor bij depressiviteit, angststoornissen, zoals dwangneurosen en paniekstoornissen.

Bijwerkingen:

- Maagdarmklachten
- Slapeloosheid
- Hoofdpijn
- Zweten
- Trillen
- Seksuele stoornissen
- Droge mond
- Sufheid
- Wazig zien
- Bloedingen
- Gewichtsverandering
- Overgevoeligheid
- Rusteloosheid

Contra-indicaties

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingssticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.
- Ontstekingsremmende pijnstillers. Gelijktijdig gebruik van citalopram en deze middelen geeft kans op een maagbloeding. Maagbloedingen komen wel eens voor bij het gebruik van ontstekingsremmende pijnstillers. Dit risico is hoger als u ook citalopram gebruikt. Gebruik daarom liever paracetamol als pijnstiller. Die heeft dat nadeel niet.
- Middelen tegen depressie van de tricyclische groep. Dit zijn amitriptyline, clomipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, maprotiline, nortriptyline en trimipramine. De hoeveelheid van deze middelen in het bloed kan toenemen. Hierdoor kunnen ze te sterk werken en meer bijwerkingen geven als u ze tegelijk met citalopram gebruikt.
- Sommige andere middelen tegen depressiviteit, namelijk fenelzine (Nardil), trancylpromine (Parnate), moclobemide (Aurorix) en trazodon (Trazolan), kunnen te sterk werken en meer bijwerkingen geven als iemand ze tegelijk met citalopram gebruikt.
- Selegiline (Eldepryl), een middel tegen de ziekte van Parkinson. Selegiline en citalopram kunnen elkaars werking versterken en daardoor meer bijwerkingen geven.
- Sibutramine, een middel tegen overgewicht. In combinatie met dit middel kunnen in zeer zeldzame gevallen zeer ernstige bijwerkingen ontstaan.
- Cyproheptadine, een middel tegen onder andere allergie, kan de werking van citalopram verminderen.

- De bloedverdunners acenocoumarol (Sintrom) en fenprocoumon (Marcoumar). Citalopram kan de werking van de bloedverdunner versterken.
- Een middel tegen migraine, namelijk sumatriptan (Imigran), en een pijnstillert tramadol (Tramal). In combinatie met citalopram is er een kleine kans op een ernstige bijwerking.

Clorazepaat

Merknaam: Tranxene

Indicatie: Clorazepinezuur behoort tot de groep geneesmiddelen *benzodiazepinen*. Het werkt rustgevend, spierontspannend, vermindert angstgevoelens en helpt bepaalde epilepsieaanvallen te voorkomen. Artsen schrijven het voor bij angststoornissen en alcoholontwenning.

Bijwerkingen:

- verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen.
- Afname van emoties
- Afhankelijkheid
- Overgevoeligheid

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is meestal op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.
- Middelen gebruikt bij HIV-infectie: Door ritonavir (Norvir) kan de hoeveelheid clorazepinezuur in het bloed stijgen. Hierdoor zijn de werking en de bijwerkingen sterker.

Clozapine

Merknaam: Leronex

Indicatie: Clozapine behoort tot de groep *atypische antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen het effect van natuurlijk voorkomende stoffen, voornamelijk dopamine en serotonine. Hierdoor nemen psychosen af. Artsen schrijven het voor bij psychose, schizofrenie, bewegingstoornissen, manie en depressie.

Het wordt voorgeschreven bij een therapieresistente schizofrenie, die niet of onvoldoende heeft gereageerd op ten minste 2 andere antipsychotica of waarbij andere antipsychotica onbehandelbare neurologische bijwerkingen gaven.

Ook wordt het voorgeschreven bij psychotische aandoeningen bij de ziekte van Parkinson, in gevallen waar standaardtherapie heeft gefaald.

Bijwerkingen:

- Risico van granulocytopenie;
- Leukopenie;
- Sufheid;
- Speekselvloed;
- Hartkloppingen;
- Duizeligheid;
- Gewichtstoename.

Contra-indicaties:

- Bepaalde middelen tegen een depressie: fluvoxamine (Fevarin), fluoxetine (Prozac) en sertraline (Zoloft). De hoeveelheid clozapine in het bloed kan stijgen, waardoor de werking en de bijwerkingen sterker worden;
- Ritonavir (Norvir, Kaletra), middel gebruikt bij HIV-infectie. De hoeveelheid clozapine in het bloed kan door dit middel stijgen. Deze middelen mogen niet samen gebruikt worden;
- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingssticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar;
- Bupropion (Zyban), een middel tegen rookverslaving. De kans op een epileptische aanval neemt toe.

Waarschuwingen en voorzorgen:

Het witte bloedbeeld dient te worden onderzocht voorafgaand aan en tijdens de behandeling of bij een infectie de eerste 4–5 maanden wekelijks, later maandelijks tot ten minste één maand na staken van de behandeling. Wanneer langdurige behandeling meer dan drie dagen maar minder dan vier weken is onderbroken, is controle gedurende zes weken noodzakelijk; indien wekelijks geen afwijkingen worden geconstateerd, kan de controle maandelijks worden voortgezet. Daalt het aantal leukocyten tussen 3500/mm³ en 3000/mm³ of is het absolute neutrofielen aantal (ANC) gedaald tussen 2000/mm³ en 1500/mm³, dan dient de controle van het bloedbeeld te worden opgevoerd tot ten minste tweemaal per week. De toediening van clozapine direct staken, indien het aantal leukocyten kleiner is dan 3000/mm³ of het ANC kleiner is dan 1500/mm³.

Diazepam

Merkmamen: Stesolid, Valium

Indicatie: Diazepam behoort tot de groep geneesmiddelen *benzodiazepinen*. Het werkt rustgevend, spierontspannend, vermindert angstgevoelens en helpt bepaalde epilepsieaanvallen te voorkomen. Artsen schrijven het voor bij angststoornissen, slapeloosheid, alcoholontwenning, spierkrampen, spierpijn en epilepsie.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingssticker op het medicatiedoosje geplakt is.
- Middelen gebruikt bij HIV-infectie: saquinavir (Invirase), ritonavir (Norvir), indinavir (Crixivan), nelfinavir (Viracept), amprenavir (en delavirdine (Rescriptor).

Flufennazinedecanoaat

Merknaam: Anatenzol

Indicatie: Psychosen, Manie, symptomatische behandeling van ernstige vormen van onrust en opwindning.

Bijwerkingen:

- Dosis afhankelijk kunnen er parkinsonisme verschijnselen optreden;
- Na langdurig gebruik (na maanden tot jaren) kunnen er bewegingsstoornissen ontstaan;
- Verergering van depressies;
- Mictiestoornissen;
- Erectieproblemen.

Contra-indicaties:

- Bij epilepsie is oplettendheid vereist;
- Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met parkinsonisme, daar de antipsychotica de symptomen kunnen verergeren;
- Het kan de rijvaardigheid beïnvloeden.

Flupentixol (depot)

Merknaam: Fluanxol

Indicatie: Flupentixol behoort tot de groep *klassieke antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen onder andere het effect van de natuurlijk voorkomende stof dopamine. Hierdoor nemen psychosen, hevige onrust, misselijkheid en bepaalde spiertrekkingen af. Artsen schrijven het voor bij psychose, manie, schizofrenie en depressie. Het depotpreparaat is geïndiceerd voor onderhoudsbehandeling van psychosen.

Bijwerkingen:

- Afvlakking van het gevoelsleven
- Bewegingsstoornissen (extrapiramidale verschijnselen)
- Rusteloosheid
- Plotselinge spiertrekkingen
- Seksuele stoornissen

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.
- Bupropion (Zyban), een middel tegen rookverslaving. De kans op een epileptische aanval neemt toe.

Flurazepam

Merknaam: Dalmadorm

Indicaties: Flurazepam behoort tot de groep geneesmiddelen *benzodiazepinen*. Het werkt rustgevend, spierontspannend en vermindert angstgevoelens.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingsticker op het medicatiedoosje geplakt is.
- Middelen gebruikt bij HIV-infectie: saquinavir (Invirase), ritonavir (Norvir), indinavir (Crixivan), nelfinavir (Viracept), amprenavir (en delavirdine (Rescriptor)).

Haloperidol

Merknaam: **Haldol**

Indicatie: Haloperidol behoort tot de groep *klassieke antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen onder andere het effect van de natuurlijk voorkomende stof dopamine. Hierdoor nemen psychosen, hevige onrust, misselijkheid en bepaalde spiertrekkingen af. Artsen schrijven het voor bij psychose, manie, onrust, schizofrenie, depressie, alcoholontwenning, dementie, misselijkheid en braken, hik, tics, dwangstoornissen en pijn.

Bijwerkingen:

Afvlakking van het gevoelsleven

Bewegingsstoornissen (extra-pyramidale verschijnselen)

Rusteloosheid

Plotselinge spiertrekkingen

Seksuele problemen

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar;
- Bupropion (Zyban), een middel tegen rookverslaving. De kans op een epileptische aanval neemt toe;
- Ritonavir (Norvir, Kaletra) een middel gebruikt bij HIV-infectie. De hoeveelheid haloperidol in het bloed kan door deze middelen stijgen;
- Door de volgende middelen kan haloperidol sneller uit het lichaam verdwijnen. Het is dan slechter werkzaam. Dit is ter sprake bij de volgende middelen:
 - Veel middelen tegen epilepsie: fenytoïne, carbamazepine en barbituraten, zoals fenobarbital, secobarbital, cyclobarbital, methylfenobarbital en primidon;
 - Middelen tegen tuberculose, zoals rifampicine (Rifadin, Rimactan);
 - Een middel tegen kanker, aminogluthemide (Orimetan).

- Bij combinatie van haloperidol met een van de volgende middelen is er een verhoogd risico op hartritmestoornissen: amiodaron, amitriptyline, chloorpromazine, chloroquine, cisapride, claritromycine, clomipramine, disopyramide, domperidon, doxepine, droperidol, erytromycine, ibutilide, indapamide, ketanserine, kinidine, mianserine, pentamidine, pimozone, procaïnamide, promethazine, sertindol, sotalol, sulfamethoxazol, tacrolimus, terfenadine en thioridazine. De wisselwerking is voornamelijk van belang voor mensen met een bepaalde hartritmestoornis, het syndroom van het verlengde QT-interval, of bij wie dat in de naaste familie voorkomt.

Lithiumcarbonaat

Merkaam: Priadel

Indicatie: Lithium is als medicijn op de markt in de vorm van lithiumcarbonaat en lithiumcitraat. Deze lithiumproducten verminderen hevige stemmingsschommelingen. Artsen schrijven het voor bij manie, depressie, psychose en clusterhoofdpijn.

Bijwerkingen:

- Dorst, droge mond, veel behoefte aan drinken en veel plassen
- Tremoren
- Maag-darmklachten
- Gewichtstoename
- Sufheid

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar. Rijd geen auto als u twee of meer van dergelijke middelen gebruikt.
- De volgende medicijnen kunnen de hoeveelheid lithium in het bloed doen toenemen. Hierdoor kunnen meer bijwerkingen optreden, zoals maagdarmklachten, spiertrekkingen, duizeligheid, slaperigheid en moeite met spreken.
 1. Plasmiddelen, zoals bendroflumethiazide, chloortalidon, clopamide, epitizide, hydrochloorthiazide, indapamide, bumetanide en furosemide.
 2. Pijnstillers van het NSAID-type, zoals ibuprofen, ketoprofen, piroxicam, meloxicam, naproxen, diclofenac, indometacine, sulindac, azapropazon en fenylbutazon.
 3. Hart- en vaatmiddelen van de groep ACE-remmers, zoals enalapril, captopril, benazepril, fosinopril, lisinopril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril en de groep angiotensine-II-blokkers, zoals candesartan, irbesartan, losartan en valsartan. Dit zijn middelen die gebruikt worden bij hoge bloeddruk, hartfalen en bepaalde nierziekten.
 4. Metronidazol, een antibioticum.

Lorazepam

Merknaam: Temesta

Indicaties: Lorazepam behoort tot de groep geneesmiddelen die *benzodiazepinen* worden genoemd. Het werkt rustgevend, spierontspannend en vermindert angstgevoelens. Artsen schrijven het voor bij angstgevoelens en gespannenheid, slapeloosheid en alcoholontwenning.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingsticker op het medicatiedoosje geplakt is.
- Middelen gebruikt bij HIV-infectie: saquinavir (Invirase), ritonavir (Norvir), indinavir (Crixivan), nelfinavir (Viracept), amprenavir (en delavirdine (Rescriptor)).

Nitrazepam

Merknaam: Mogadon

Indicatie: Nitrazepam behoort tot de groep geneesmiddelen benzodiazepinen. Het werkt rustgevend, spierontspannend, vermindert angstgevoelens en helpt bepaalde epilepsieaanvallen te voorkomen. Artsen schrijven het voor bij slaapstoornissen en epilepsie.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingsticker op het medicatiedoosje geplakt is.

Normison

Merknaam: Temazepam

Indicatie: Temazepam behoort tot de groep geneesmiddelen die *benzodiazepinen* worden genoemd. Het werkt rustgevend, spierontspannend en vermindert angstgevoelens. Artsen schrijven het voor bij angststoornissen en slapeloosheid.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingsticker op het medicatiedoosje geplakt is.

Olanzapine

Merknaam: Zyprexa

Indicaties: Olanzapine behoort tot de groep *atypische antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen het effect van natuurlijk voorkomende stoffen, voornamelijk dopamine en serotonine. Hierdoor nemen psychosen, hevige onrust en bepaalde spiertrekkingen af. Artsen schrijven het voor bij psychose, manie, onrust, schizofrenie en tics.

Bijwerkingen:

- Extrapyramidale verschijnselen (bewegingsstoornissen)
- Sufheid
- Afvlakking van het gevoelsleven
- Moeite met bewegen, zoals stijve spieren, beven, een maskerachtige uitdrukking op het gezicht, murmelen, moeite met lopen en spreken. Deze bewegingsstoornis wordt ook wel 'parkinsonisme' genoemd, omdat de verschijnselen lijken op die van de ziekte van Parkinson
- Rusteloosheid
- Plotselinge spiertrekkingen
- Gewichtstoename

Contra-indicaties:

De medicijnen waarmee de belangrijkste wisselwerkingen zijn, zijn middelen die het reactievermogen verminderen, bupropion en fluvoxamine, en ritonavir.

Oxazepam

Merknaam: Seresta

Indicatie: Oxazepam behoort tot de groep geneesmiddelen *benzodiazepinen*. Het werkt rustgevend, spierontspannend en vermindert angstgevoelens. Artsen schrijven het voor bij angststoornissen, slapeloosheid en alcoholontwenning.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie-, concentratie- en coördinatievermogen
- Controle vermindering over de spieren
- Afname van emoties
- Gewenning

Contra-indicaties:

Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Dit is te zien doordat bij deze geneesmiddelen een gele waarschuwingsticker op het medicatiedoosje geplakt is.

Pipamperon

Merknaam: Dipiperon

Indicatie: Pipamperon behoort tot de groep *klassieke antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen onder andere het effect van de natuurlijk voorkomende stof dopamine. Hierdoor nemen psychosen en hevige onrust af. Artsen schrijven het voor bij psychose, onrust, schizofrenie en dementie.

Bijwerkingen:

- Afvlakking van het gevoelsleven
- Bewegingsstoornissen (extra-pyramidale verschijnselen)
- Rusteloosheid
- Plotselinge spiertrekkingen
- Seksuele problemen

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.
- Bupropion (Zyban), een middel tegen rookverslaving. De kans op een epileptische aanval neemt toe.

Risperidon

Merknaam: Risperdal

Indicatie: Behandeling van chronische schizofrene psychose.

Bijwerkingen:

Frequent:

- Trillingen
- Slapeloosheid
- Agitatie
- Angst

Minder frequent:

- Moeheid
- Duizeligheid
- Verminderde concentratie
- Erectiestoornissen
- Orgasmestoornissen
- Wazig zien

Contra-indicaties:

- Overgevoeligheid voor het middel
- Risperdal kan het reactievermogen nadelig beïnvloeden. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor deelname aan het verkeer.

Valproïnezuur

Merknaam: Depakine

Indicatie: Valproïnezuur is een middel tegen epilepsie. Het beïnvloedt de informatieoverdracht via zenuwen in de hersenen. Het wordt toegepast bij verschillende aandoeningen. Artsen schrijven het voor bij epilepsie, migraine, manie en zenuwpijn.

Bijwerkingen:

- Maagdarmklachten
- Sufheid
- Tremoren (met name in de handen)

Contra-indicaties:

- Fenytoïne en lamotrigine, andere middelen tegen epilepsie, en valproïnezuur kunnen elkanders werking beïnvloeden.
- Barbituraten (slaap- en kalmeringsmiddelen), zoals fenobarbital (ook in gebruik bij epilepsie). Valproïnezuur kan het effect van barbituraten versterken.
- Ritonavir (Norvir, Kaletra) en zidovudine (Retrovir) worden gebruikt bij de behandeling van een HIV-infectie. Deze middelen en valproïnezuur kunnen elkanders werking beïnvloeden.

Venlafaxine

Merknaam: Efexor

Indicatie: Episode van een depressie in ergere zin, in het bijzonder die met vitale kenmerken.

Bijwerkingen:

Mogelijke interactie met MAO-remmers zijn bijwerkingen:

- Trillingen;
- Zweten;
- Braken;
- Overmatig blozen;
- Duizeligheid;
- Hyperthermie.

Contra-indicaties:

- Overgevoeligheid voor venlafaxine. Efexor dient niet tegelijkertijd met MAO-remmers te gebruiken of binnen 14 dagen na het gebruik van MAO-remmers. Tussen efexor en MAO-remmers dient 7 dagen gewacht te worden.

Zolpidem

Merknaam: Stilnoct

Indicatie: Zolpidem remt bepaalde prikkels af in de hersenen en bevordert zo de slaap. Artsen schrijven het voor bij slapeloosheid.

Bijwerkingen:

- Verminderd reactie- en concentratievermogen
- Toename van de eetlust
- Gewichtstoename

Contra-indicaties:

- De medicijnen waarmee de belangrijkste wisselwerkingen optreden, zijn andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een *gele waarschuwingsticker* geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.

Zuclopentixol

Merknaam: Cisordinol

Indicatie: Zuclopentixol behoort tot de groep *klassieke antipsychotica*. Het vermindert in de hersenen onder andere het effect van de natuurlijk voorkomende stof dopamine. Hierdoor nemen psychosen en hevige onrust af. Artsen schrijven het voor bij psychose, manie, onrust, schizofrenie, depressie en dementie.

Bijwerkingen:

- Afvlakking van het gevoelsleven
- Bewegingsstoornissen (extra-pyramidale verschijnselen)
- Rusteloosheid
- Plotselinge spiertrekkingen
- Problemen met geslachtsgemeenschap

Contra-indicaties:

- Andere middelen die het reactievermogen verminderen. Bij deze middelen is vaak op de verpakking een gele waarschuwingsticker geplakt. De effecten op bijvoorbeeld de rijvaardigheid versterken elkaar.
- Bupropion (Zyban), een middel tegen rookverslaving. De kans op een epileptische aanval neemt toe.

Hoofdstuk 4.1: Agressie

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over agressie. Agressie komt regelmatig voor bij patiënten met een psychiatrische ziekte. Daarom is het belangrijk dat verpleegkundigen ook weten wat agressie is, en hoe ze er mee om kunnen gaan.

Bij opname van een psychiatrische patiënt kan de patiënt veel angst hebben. Voor de verpleegkundigen is het daarom van groot belang dat zij de patiënt geruststellen om de angst te verminderen (dit valt ook onder de benaderingswijzen). Vanuit de angst kan namelijk de agressie opkomen en escaleren bij een patiënt. Het is belangrijk dat bij opname in het ziekenhuis de patiënt duidelijke instructies krijgt over de behandeling. Dit kan de patiënt dan in zekere zin geruststellen.

Wij zullen in dit hoofdstuk uitleggen wat agressie precies is. Hoe herken je dit, en wat kun je eraan doen om de agressie te voorkomen.

Agressie:

In de psychiatrie komt veel agressie voor. Wij hebben in het voorgaande hoofdstuk de ziektebeelden kort beschreven, omdat hier niets in verteld wordt over agressie willen wij nu dit hoofdstuk besteden aan agressie.

Wij vinden het van belang dat de verpleegkundigen in het ziekenhuis ook weten hoe zij met agressie om moeten gaan bij een opname van een psychiatrische patiënt.

Vaak kun je agressie zien aankomen door verschillende symptomen te herkennen. De patiënt wordt ongeduldig, gespannen. Je ziet de spanning dan aankomen en kan tijdig de agressie onderdrukken (d.m.v medicatie) of voorkomen.

In niet alle gevallen is dit zo. In de psychiatrie leer je veel over agressie. Er is een speciale training gericht op agressie (de Agressie Hantering Training). Hierin worden ook bepaalde technieken geleerd die je kunt toepassen bij agressie. In het ziekenhuis krijg je deze trainingen niet. De verpleegkundigen leren hier geen technieken toe te passen in noodsituaties. Ook dragen zij geen pieper die zij kunnen indrukken als er een dreigende situatie op de afdeling is. In de psychiatrie reageren collega verpleegkundigen direct op zo'n pieper en schieten collega's te hulp bij deze onvoorzienbare en soms erg dreigende situaties.

Soms kan het zo zijn dat de verpleegkundigen het niet redden met de hulp van andere verpleegkundigen. In de psychiatrie kun je dan nog beroep doen op de politie die dan assisteert. Als verpleegkundige in het ziekenhuis zal je dus escalaties/incidenten met agressie zoveel mogelijk moeten voorkomen. Door te weten wat er aan agressie voorgaat, kun je in sommige gevallen de agressie preventief voor zijn. Onder het volgende kopje zullen wij dit verder toelichten.

Als je je als verpleegkundige niet zeker voelt en angstig bent bij de patiënt zorg dan dat je collega's weten dat je bij die patiënt bent, en zorg dat je collega's je in de gaten houden tijdens de zorg van de psychiatrische patiënt zodat zij tijdig te hulp kunnen schieten en een agressie incident kunnen voorkomen.

Wat er aan agressie voorafgaat:

Door inzicht te hebben wat er aan agressie vooraf gaat, is het mogelijk om preventief te werken of te handelen. Dit biedt aanknopingspunten waarop ingegaan kan worden. Men gaat ervan uit dat er een samenhang bestaat tussen de oorzaken, redenen of aanleiding die leiden tot een kortstondig moment van machteloosheid.

Machteloosheid omdat de patiënt even de grip op eigen leven kwijt is. Voor zijn gevoel zijn het de anderen en de omstandigheden die zijn leven overnemen. De patiënt mist de leiding over zijn eigen leven en de omstandigheden. Hier kan de machteloosheid omslaan in een angstreactie.

Bij machteloosheid en angst kan het ook gaan om waandenkbeelden, -voorstellingen, of –waarneming en hallucinaties. In elk geval betreft het een emotionele toestand waarin radeloosheid, verdriet en boosheid elkaar afwisselen en agressieve gevoelens geuit worden als de reactie op de stresssituatie.

De patiënt wil verder en wil zelf zijn leven en omstandigheden bepalen. Hierbij komen onzekerheden naar voren die onder controle gebracht moeten worden. Hierdoor ontstaat een stresssituatie. Angst is te zien als de grondemotie voor agressie. Er ontwikkelt zich een lading om tot actie over te gaan. Deze lading is te zien als levensenergie om uit de klemsituatie te komen en levensruimte te krijgen. Deze levensenergie is agressie. De agressie is gemobiliseerd (oftewel in stelling gebracht) en het is van vele factoren afhankelijk hoe deze agressie naar buiten komt.

De levensenergie, geuit als agressie, om weer grip op eigen leven te krijgen en de wil zelf te bepalen hoe het verder moet, monden uit in een agressieve uiting. Dit kan zowel constructief zijn, zoals het gaan schrijven aan allerlei bekenden, als agressief gewelddadig, vooral tegen iedereen die bijdragen heeft tot gevoelde ellende. Schelden, vloeken, gooien, het kan allemaal gebeuren.

Als verpleegkundige is het vooral belangrijk dat je deze symptomen kan zien aankomen. Soms is agressie niet te voorkomen, maar bij tijdig signaleren van angst en spanningen is het in enkele gevallen wel te voorkomen.

1.Schuur, G (1991) *Omgaan met agressie geweldloosheid als antwoord op en psychiatrisch probleem*. Houten /Diegem bohn Stafleu Van Loghum

2.Schuur G (2001) *Omgaan met agressie* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Vormen van Agressie

Bij agressie door patiënten jegens verpleegkundige zijn volgens Swanton en Webber in te delen in vier hoofdtypen, die verwijzen naar een aantal oorzaken en motieven.

- 1) Willekeurige agressie: Dit is agressie van een patiënt in een veranderde staat van bewustzijn, zoals dronkenschap, geestenziekte of onder invloed van drugs. Er ontbreekt gewoonlijk aan dergelijk gedrag een rationele grondslag.
- 2) Instrumentele agressie: Dit is het gedrag van een patiënt waarmee een medewerker onder druk wordt gezet opdat er voor de patiënt een gunstige beslissing wordt gezet zodat er voor de patiënt een gunstige beslissing wordt genomen.

In dit soort situaties gebruikt men normaal gesproken algemeen geaccepteerde lichaamstaal zoals een lach, een bepaalde lichaamshouding of alledaagse taal. Er zijn personen die manipuleren door agressief te zijn.

- 3) Expressieve agressie: Oftewel irritatie is waarschijnlijk de meest voorkomende vorm agressie die ontstaat als patiënten hun onvrede laten blijken ten aanzien van een medewerker, de locatie waar zij zich bevinden of de instelling waarmee zij te maken hebben.
- 4) Onvervulde behoefte: Sommige patiënten zijn agressief vanuit een behoefte om zichzelf te bewijzen. Aan dit gedrag liggen vaak onvervulde fysieke, emotionele behoeften ten grondslag of problemen omtrent de eigen identiteit. Een acute woedeaanval kan worden opgeroepen door een gelijkens tussen een eerdere situatie en de huidige. Tot slot kan de oorzaak van agressie gelegen zijn in algemene niet vervulde verlangens en verwachtingen die bij een patiënt leven jegens de organisatie, meer nog dan het conflict dat er op dat moment ligt.

Bij psychiatrische patiënten komen alle vormen van agressie voor. De agressie kan gericht zijn, maar kan ook niet gericht zijn, maar vanuit bepaalde emoties omhoog komen.

Het is belangrijk dat je als verpleegkundige kan achterhalen waar de agressie vandaan komt. Op deze manier kun je agressie incidenten ook voorkomen.

Vaak kan je bij een psychiatrische patiënt de agressie zien opkomen door bepaalde symptomen (zoals onrust, oplopende spanning, agitatie) als je dit tijdig signaleert, kan je tijdig ingrijpen door middel van medicatie of aandacht te geven aan de patiënt door een luisterend oor te bieden.

4.2 Fixatiemogelijkheden

Inleiding

Dit gedeelte gaat over de verschillende fixatiemogelijkheden die er zijn.

Fixatiemogelijkheden kunnen worden toegepast, wanneer een patiënt agressief gedrag vertoont of een gevaar vormt voor zichzelf.

In een algemeen ziekenhuis komen situaties voor waarin een patiënt zich verzet tegen bepaalde verrichtingen/behandelingen. Indien een wilsbekwame patiënt weigert een (be)handeling te ondergaan dient de wens van de patiënt gerespecteerd te worden, ook al is de behandelaar van oordeel dat dit vanuit medisch oogpunt geen verstandige beslissing is.

De toestemming van de patiënt is in principe voorwaarde voor het verrichten van een medische ingreep (art. 450 Wgbo). Indien de patiënt, wilsbekwaam, dat wil zeggen op het moment niet tot een redelijke waardering van zijn eigen belangen in staat is, is de toestemming van de patiënt in de omstandigheden geen voorwaarde voor een (be)handeling. Denk daarbij aan een pas geopereerde patiënt die verward uit de narcose komt en zijn infuus wil verwijderen. Of mensen na een beroerte die niet in de gaten hebben dat ze op de ene lichaamszijde niet kunnen steunen en toch naar het toilet willen lopen.

In het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) worden beschermende middelen en maatregelen met name toegepast op (tijdelijke of gedeeltelijk) wilsbekwame patiënten ten aanzien van het nemen van een bepaalde beslissing of behandeling. De maatregelen die bedoeld zijn om letsel voor de patiënt en/of voor zijn omgeving te voorkomen, worden 'beschermende middelen en maatregelen' genoemd. Voor deze situatie geldt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo).

De onderstaande stukken komen uit de wet WGBO en zijn belangrijk voor de patiënt en zijn naasten als er gewerkt gaat worden met fixeerdende maatregelen. Het geeft duidelijk weer wat er wel en niet mag in het kader van de wet.

Toepassingsgebied

Dit protocol is van toepassing op alle somatische verpleegafdelingen in het GHZ waar Verpleegkundigen en artsen volwassen patiënten verzorgen. In dit protocol wordt met name omschreven in welke situaties beschermende middelen en maatregelen toegepast mogen worden binnen het kader van de WGBO. Daarnaast wordt uitgewerkt welke beschermende middelen en maatregelen tot de beschikking staan in het GHZ.

Criteria

Indien men beschermende middelen en maatregelen wil toepassen dan zal aan een reeks van criteria moeten worden voldaan. Een opsomming van die criteria wordt hierna gegeven.

Indicatie beschermende middelen en maatregelen

De indicatie voor het inzetten van beschermende middelen en maatregelen wordt gesteld in geval van gevaar voor letsel voor de patiënt of zijn omgeving.

Er zijn vele factoren die tot letsel kunnen leiden, zoals omgevingsfactoren, de aard van de ziekte of ingreep en patiëntgebonden kenmerken.

Gedragingen van een patiënt op een somatische afdeling, waardoor de behandeling of verpleging in gevaar komen of die tot direct letsel kunnen leiden zijn bijvoorbeeld:

- Valrisico;
- Dwaalgedrag;
- Onrust/verwardheid/desoriëntatie;
- Lichamelijke agressie tegen zichzelf of anderen;
- Verwijderen van medische hulpmiddelen (drains, katheter, infuus etc.).

Het besluit om beschermende middelen en maatregelen al dan niet toe te passen wordt in principe genomen door de behandelend arts. Alleen in noodsituaties of als de arts niet bereikbaar is kan de verpleegkundige beslissen en vindt fiattering achteraf door de behandelend arts plaats. In de besluitvorming wordt meegenomen:

- Het aanwezige gevaar voor letsel;
- Vaststelling van de wilsbekwaamheid;
- Het risico indien geen beschermende middelen en maatregelen worden toegepast;
- De wens van de vertegenwoordiger.

Bij de keuze van de beschermende maatregel wordt rekening gehouden met:

- Het proportionaliteitsbeginsel: de genomen maatregel staat in duur en omvang in redelijke verhouding tot de aanleiding;
- Het subsidiariteitsbeginsel; er is gekozen voor de minst ingrijpende maatregel;
- Het doelmatigheidsbeginsel; de gekozen maatregel is het meest geschikt om het gestelde doel te bereiken.

Verzet

Onder verzet moet worden verstaan: een volgehouden of bij herhaling uitgedrukt verzet tegen een bepaalde maatregel of behandeling. Als een patiënt zich tegen een behandeling verzet, moet worden nagegaan in hoeverre de patiënt terzake wils(on)bekwaam is. Dat wil zeggen of de op de situatie van de patiënt afgestemde informatie voldoende begrepen wordt om de patiënt zelf een beslissing te laten nemen. Wordt de patiënt niet wilsbekwaam geacht, dan treedt de vertegenwoordigingsregel van de WGBO in werking. Immers letsel is een vorm van ernstig nadeel. Geeft de vertegenwoordiger toestemming, maar verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard, dan moet het verzet serieus worden genomen. De ingreep kan alleen plaatsvinden als deze noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (art. 465 lid 6 WGBO). Of de ingreep kan alleen plaatsvinden als het gaat om een verrichting van niet-ingrijpende aard (art. 466 lid 2 WGBO).

Wils(on)bekwaamheid

Het vereiste ‘informed consent’ geldt voor de patiënt die wilsbekwaam is. Er is sprake van wilsonbekwaamheid wanneer de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake. Een ieder wordt voor bekwaam gehouden totdat het tegendeel komt vast te staan. De arts beoordeelt bij een behandelingsbeslissing van de patiënt in veel gevallen impliciet. Er dient een duidelijke aanleiding te zijn om de bekwaamheid expliciet te beoordelen.

Er kan sprake zijn van tijdelijke wilsonbekwaamheid en er kan sprake zijn van partiële wilsonbekwaamheid, dat wil zeggen dat de patiënt ten aanzien van bepaalde beslissingen bekwaam is en ten aanzien van andere niet. Het ontbreken bij de patiënt van inzicht in zijn ziekte is een factor die in het kader van een beoordeling van wilsbekwaamheid van belang kan zijn. Het ontbreken van ziekte-inzicht is een onvoldoende aanwijzing voor wilsonbekwaamheid.

De behandelend arts stelt de wils(on)bekwaamheid vast en legt dit beargumenteerd vast in het medische dossier. Bij afwezigheid van de behandelend arts stelt de dienstdoende arts de wils(on)bekwaamheid vast en legt dit vast in het medische dossier. Bij twijfel moet een collega om een ‘second opinion’ worden gevraagd. Zo mogelijk wordt de vaststelling van wils(on)bekwaamheid aan de patiënt meegedeeld en aan de wettelijke vertegenwoordiger. De vaststelling van de wils(on)bekwaamheid wordt dagelijks geëvalueerd door de arts en zonodig herzien.

Bij blijvende wilsonbekwaamheid moet de behandelend arts de psychiatrische dienst inschakelen (consult).

De patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd als hij er blijk van geeft de informatie begrepen te hebben over zowel de aard van zijn gezondheidstoestand en het doel van het voorgestelde onderzoek of behandeling, de aard en het doel van eventuele alternatieven, de te verwachten gevolgen en risico’s van het voorgestelde onderzoek of behandeling en de te verwachten gevolgen van het achterwege blijven van het onderzoek of behandeling. Wanneer een patiënt een of meer van deze elementen (bij herhaling) niet blijkt te begrijpen kan dit een aanwijzing zijn dat hij als wilsonbekwaam moet worden beschouwd.

Noodsituatie

In geval van een noodsituatie, dat wil zeggen dat onverwijlde uitvoering van de verrichting noodzakelijk is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (art. 466 WGBO) en dat er acuut gevaar bestaat voor letsel voor de patiënt en/of zijn omgeving, mag en moet er altijd ingegrepen worden en vindt toetsing en evaluatie achteraf plaats. In geval van dreigend of mogelijk toekomstig gevaar voor letsel kunnen te nemen maatregelen in het behandelplan opgenomen worden.

Wettelijke vertegenwoordiger

Als er sprake is van wilsonbekwaamheid dan dient de wettelijke vertegenwoordiger de belangen van de patiënt te behartigen (art. 465 WGBO). De wettelijke vertegenwoordiger is:

1. De door de rechter aangewezen persoon ingeval van curatele of mentorschap
2. De door de patiënt zelf aangewezen persoon (schriftelijk gemachtigde)
3. De echtgenoot/echtgenote, geregistreerde partner, of andere levensgezel, tenzij deze persoon dat niet wenst
4. Ouders, kinderen, broers of zusters (in willekeurige volgorde), tenzij de persoon dat niet wenst.

Toepassen

De arts dient te beslissen over de behandeling, de wilsonbekwaamheid en het wel of niet overgaan tot de behandeling waarbij het belang van de patiënt voor de arts maatgevend is. Bij het toepassen van een maatregel is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het verlenen van verantwoorde zorg. De arts is eindverantwoordelijk voor de gehele behandeling van de patiënt.

Aanwezige beschermende middelen en maatregelen in het Groene Hart Ziekenhuis

In het GHZ zijn de volgende beschermende middelen en maatregelen aanwezig.

Middelen die aangewend kunnen worden, zijn:

- Zweedse band of onrustband
- Pols- en enkelbanden
- Onrusthekken
- Rolstoelfixatie
- Diepe stoel
- Stoel met tafelblad

(in de bijlage zullen wij de werkwijze van deze verschillende middelen/maatregelen toelichten)

Bron: gedeelte van bestaand protocol intranet Groene hart ziekenhuis.

Bijlage 1: DSM IV: Meerassige beoordeling

Inleiding

Hieronder volgt de uitwerking van de DSM IV deze systematische methode hebben wij toegepast bij de uitwerking van de ziektebeelden

Tot een meerassig systeem behoort een beoordeling op afzonderlijke assen, waarbij elke as verwijst naar een ander kennisdomein dat kan helpen bij het opstellen van een behandelingsplan en het voorspellen van de afloop. Er zijn vijf assen in de DSM-IV meerassige classificatie opgenomen:

- As I Klinische stoornissen Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- As II Persoonlijkheidsstoornissen
 Zwakzinnigheid
- As III Somatische aandoeningen
- As IV Psychosociale en omgevingsproblemen
- As V Algehele beoordeling van het functioneren

Het gebruik van het meerassige systeem vergemakkelijkt het maken van een uitgebreide en systematische evaluatie met aandacht voor de uiteenlopende psychische stoornissen en somatische aandoeningen, psychosociale en omgevingsproblemen, en het niveau van functioneren, die over het hoofd gezien zouden kunnen worden als de reden voor zorg gericht zou zijn op het beoordelen van één enkel probleem. Een meerassig systeem biedt een handige manier om gegevens te ordenen en door te geven, om de complexiteit van omstandigheden vast te leggen, en om de heterogeniteit van personen met dezelfde diagnose te beschrijven. Bovendien bevordert een meerassig systeem het gebruik van een bio-psychosociaal model in de kliniek, bij onderwijs en onderzoek.

De rest van deze sectie geeft een beschrijving van elk van de DSM-IV assen. In een aantal settings of situaties kan er de voorkeur aan worden gegeven geen gebruik te maken van het meerassige systeem. Op grond hiervan worden aan het eind van deze sectie richtlijnen verschaft om de resultaten van een DSM-IV beoordeling te noteren zonder gebruik te maken van het formele meerassige systeem.

As I Klinische stoornissen Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

As I dient voor het vastleggen van alle verschillende stoornissen of toestanden in. De classificatie met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid (die op As II worden genoteerd). Ook worden op As I de Andere aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg kunnen zijn.

Wanneer iemand meer dan één As I stoornis heeft, moeten deze alle worden vastgelegd.

Indien meer dan één As I stoornis aanwezig is, moet de hoofddiagnose of de reden voor het contact (zie pagina 5) worden aangegeven door deze als eerste te noteren.

Als iemand zowel een As I stoornis als een As II stoornis heeft, wordt verondersteld dat de hoofddiagnose of de reden voor het contact op As I vermeld staat tenzij de As II diagnose gevolgd wordt door de bepalende term (Hoofddiagnose)' of '(Reden voor contact)'. Indien geen as 1 diagnose aanwezig is, dan moet deze het codenummer V71.09 (Z03.2) krijgen. Indien een As I diagnose wordt uitgesteld, in afwachting van het verzamelen van aanvullende informatie, moet het codenummer 799.9 (R69) worden gebruikt.

As II: Persoonlijkheidsstoornissen Zwakzinnigheid

AS II dient voor het vastleggen van persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Deze kan ook worden gebruikt voor het noteren van opvallende, slecht aangepaste persoonlijkheidstrekken en afweermechanismen.

De vermelding op een aparte as van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid garandeert dat aandacht zal worden gegeven aan de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en zwak zinnigheid die anders over het hoofd gezien zou kunnen worden als de aandacht gericht is op de meestal meer floride As I stoornissen. Het coderen van persoonlijkheidsstoornissen op As II moet niet worden gebruikt om aan te geven dat de pathogenese of de juiste behandeling fundamenteel verschilt van die van de stoornissen die op As I worden gecodeerd.

In de veel voorkomende situatie dat iemand meer dan één As II diagnose heeft, moeten deze alle worden genoteerd. Als iemand zowel een As I als een As II diagnose heeft en de As II diagnose is de hoofddiagnose of de reden voor contact moet dit worden aangegeven door de bepalende term ('Hoofddiagnose') of (Reden voor contact') aan de As II diagnose toe te voegen. Indien er geen As II stoornis aanwezig is, moet dit worden gecodeerd als V71.09 (Z03.2)

en indien een As II diagnose wordt uitgesteld moet dit worden gecodeerd als 799.9 (R46.8).

As II kan ook worden gebruikt om opvallende, slecht aangepaste persoonlijkheidskenmerken aan te geven die niet voldoende zijn voor een persoonlijkheidsstoornis (in deze gevallen moet geen codenummer worden gebruikt). De gewoonte gebruik te maken van slecht aangepaste afweermechanismen kan eveneens op As II worden aangegeven.

As III: Somatische aandoeningen

As III dient voor het vastleggen van actuele somatische aandoeningen, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.

Het meerassige onderscheid tussen As I, II en III stoornissen houdt niet in dat er fundamentele verschillen zijn in de theorievorming, dat psychische stoornissen geen samenhang hebben met lichamelijke of biologische factoren of processen, of dat somatische aandoeningen geen verband houden met gedrags- of psychosociale factoren of processen.

Het doel van het onderscheiden van somatische aandoeningen is diepgang bij evaluatie aan te moedigen en de communicatie tussen hulpverleners te versterken.

Somatische aandoeningen kunnen op allerlei manieren verband houden met psychische stoornissen. In een aantal gevallen is het duidelijk dat de somatische aandoening rechtstreeks een ethologische factor is bij het ontstaan of verslechteren van psychische symptomen en dat het mechanisme hiervoor fysiologisch is. Wanneer een psychische stoornis geacht wordt een direct fysiologisch gevolg te zijn van een somatische aandoening, moet een 'Psychische stoornis door een somatische aandoening' worden gediagnosticeerd op As I en moet de somatische aandoening worden genoteerd op zowel As I als As III. Een voorbeeld: als hypothyreoïdie de directe oorzaak is van depressieve symptomen, is de vermelding op As 1293.83 (F06.xx) Stemmingsstoornis als gevolg van hypothyreoïdie, met depressieve kenmerken, en wordt de hypothyreoïdie eveneens vermeld en gecodeerd op As III als 244.9 (E03.9).

In die gevallen waarbij het etiologisch verband tussen de somatische aandoening en de psychische symptomen onvoldoende duidelijk zijn om een As I diagnose van een psychische stoornis als gevolg van een somatische aandoening te rechtvaardigen, dan moet de juiste psychische stoornis (bijvoorbeeld Depressieve stoornis) worden genoteerd en gecodeerd op As I; de somatische aandoening moet alleen op As III worden gecodeerd.

Er zijn andere situaties waarin somatische aandoeningen op As III worden vastgelegd vanwege hun belang voor het volledig begrijpen of behandelen van iemand met een psychische stoornis. Een As I stoornis kan een psychische reactie zijn op een As III somatische aandoening (bijvoorbeeld de ontwikkeling van 309.0 (F43.20)

Aanpassingsstoornis met depressieve stemming als reactie op de diagnose mammacarcinoom). Een aantal somatische aandoeningen hoeft geen direct verband te hebben met een psychische stoornis, maar heeft niettemin belangrijke implicaties voor de prognose of behandeling (bijvoorbeeld als de diagnose op As 1 296.2 (F32.x)

Depressieve stoornis is en op As 111427.9 (149.9) aritmie, wordt de keuze voor de farmacotherapie beïnvloed door de somatische aandoening; of wanneer iemand met diabetes mellitus in. Een ziekenhuis wordt opgenomen wegens een exacerbatie van schizofrenie en het insulinebeleid moet worden bewaakt).

Als iemand meer dan één relevante As III diagnose heeft, moeten deze alle worden vastgelegd. Indien er geen As III stoornis aanwezig is moet dat worden aangegeven door de vermelding 'As III: Geen'.

Indien een As III diagnose wordt uitgesteld, in afwachting van het verzamelen van aanvullende informatie, moet dit worden aangegeven met de vermelding 'As III: Uitgesteld'.

As IV. Psychosociale en omgevingsproblemen

As IV dient voor het vastleggen van psychosociale ' en omgevingsproblemen die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden (As I en II). Een psychosociaal of omgevingsprobleem kan een negatief 'life event' zijn, een moeilijkheid of onvolkomenheid in de omgeving, een stressveroorzakende factor in het gezin of andere relaties, een tekortschieten van maatschappelijke steun of eigen hulpbronnen of een ander probleem dat verband houdt met de context waarin iemands moeilijkheden zich hebben ontwikkeld. Zogenaamde positieve stressfactoren, zoals een promotie, moeten alleen worden vermeld als deze een probleem vormen of er toe leiden, als bijvoorbeeld iemand moeite heeft zich aart de nieuwe situatie aan te passen. Naast een rol bij het begin of het verergeren van een psychische stoornis kunnen psychosociale problemen ook ontstaan als een consequentie van iemands psychopathologie, of tot problemen leiden die in overweging genomen moeten worden bij het totale behandelingsbeleid.

Wanneer iemand verscheidene psychosociale of omgevingsproblemen heeft kan alles wat relevant geacht wordt genoteerd worden. In het algemeen moet men alleen die psychosociale en omgevingsproblemen vastleggen die aanwezig waren in het jaar voorafgaande aan de huidige beoordeling. Men kan er echter voor kiezen de psychosociale en omgevingsproblemen die vóór het afgelopen jaar voorkwamen vast te leggen indien deze duidelijk bijgedragen hebben aan de psychische stoornis of een reden voor behandeling zijn geworden. Voorbeeld: vroegere ervaringen aan het oorlogsfront die tot een posttraumatische stressstoornis hebben geleid.

In de praktijk zullen de meeste psychosociale en omgevingsproblemen aangegeven worden op As IV. Indien echter psychosociale en omgevingsproblemen de eerste reden voor zorg zijn moet dit ook op As I vastgelegd worden, met een codenummer ontleend aan de sectie 'Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn' (zie pagina 349). Gemakshalve zijn de problemen samengebracht in de volgende categorieën:

Problemen binnen de primaire steungroep

Bijvoorbeeld overlijden van een gezinslid; gezondheidsproblemen in het gezin; het uiteenvallen van het gezin door scheiding of vervreemding; het huis verlaten; hertrouwen van een ouder; seksueel of lichamelijk misbruik; overbescherming door de ouders; verwaarlozing van een kind; tekortschietende discipline; onenigheid tussen de kinderen; geboorte van een broertje of zusje.

Problemen gebonden aan de sociale omgeving

Bijvoorbeeld overlijden of verlies van een vriend(in); tekortschieten van maatschappelijke steun; alleen wonen; problemen met de aanpassing aan een andere cultuur; discriminatie; aanpassing aart nieuwe levensfase (zoals pensionering).

Opvoedingsproblemen

Bijvoorbeeld analfabetisme; studieproblemen; onenigheid met leraren of klasgenoten; ongeschikte schoolomgeving.

Werkproblemen

Bijvoorbeeld werkloosheid; dreiging werk kwijt te raken; belastende werktijden; moeilijke werkomstandigheden; ontevredenheid met het werk; wisselen van betrekking; onenigheid met chef of collega's.

Woonproblemen

Bijvoorbeeld dakloosheid; slechte behuizing; onveilige buurt; onenigheid met burens of huisbaas.

Financiële problemen

Bijvoorbeeld ernstige armoede; onvoldoende financiën; te lage bijstandsuitkering.

Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten

Bijvoorbeeld tekortschieten van gezondheidsdiensten; niet beschikbaar zijn van vervoer naar gezondheidscentra; te lage ziektekostenverzekering.

Problemen met justitie/politie of met de misdaad

Bijvoorbeeld arrestatie; gevangen zitten; in een proces betrokken zijn; slachtoffer van een misdrijf zijn.

Andere psychosociale en omgevingsproblemen

Bijvoorbeeld blootstelling aan rampen, oorlog, andere vijandelijkheden; onenigheid met hulpverleners buiten de familie zoals raadsman, maatschappelijk werker of arts; niet beschikbaar zijn van instellingen voor maatschappelijk werk

As V. Algehele beoordeling van het functioneren

As V dient voor het vastleggen van het oordeel over het algemene niveau van functioneren. Deze informatie kan nuttig zijn bij het plannen van een behandeling en het meten van de werking daarvan en bij het voorspellen van de afloop.

Het vastleggen van het algemene functioneren op As V wordt gedaan met behulp van de Global Assessment of Functioning Scale (GAF-schaal)

De GAF-schaal kan bijzonder bruikbaar zijn bij het, in algemene termen, volgen van vooruitgang van betrokkene door gebruik te maken van een op zichzelf staande meting. De GAF-schaal moet uitsluitend gescoord worden voor wat betreft het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren. De instructies specificeren 'Reken hier niet de beperkingen in het functioneren toe die het gevolg zijn van lichamelijke (of omgevings-)factoren'. In de meeste gevallen moet een score op de GAF-schaal voor de huidige periode gemaakt worden (dat wil zeggen het niveau van functioneren op het moment van de evaluatie) omdat de score van het huidige functioneren in het algemeen de noodzaak van behandeling of zorg zal weerspiegelen. In een aantal situaties kan het nuttig zijn de GAF-schaal score vast te leggen op het moment van opname en het moment van ontslag. De GAF-schaal kan ook gescoord worden op andere momenten (bijvoorbeeld het hoogste niveau van functioneren gedurende ten minste enkele maanden in het afgelopen jaar).

De GAF-schaal wordt als volgt op As V genoteerd: 'GAF = ', gevolgd door een GAF-score van 1 tot 100, gevolgd door de periode weergegeven in de score tussen haakjes - bijvoorbeeld, '(huidig)', '(hoogste niveau in het afgelopen jaar)', '(bij ontslag)'

Bijlage 2: Werkwijze middelen/maatregelen

1. Gebruik van Zweedse (onrust)band

Doelstelling (=product):

- Voorkomen van lichamelijk letsel bij de patiënt door te verhinderen dat de patiënt onverwachts uit bed stapt of valt;
- Voorkomen dat patiënt de afdeling verlaat.

Algemene opmerkingen:

De Zweedseband mag nooit gebruikt worden in de stoel.

Indicaties: Contra indicaties:

- Motorische onrust
- Groot valrisico
- Grote buikwond

Benodigdheden (=structuur):

- Complete band met vast aangebrachte zijbevestiging (voorraad A4);
- Magneetslotjes;
- Magneetsleutel;
- Registratieformulier.

Werkwijze (=proces):

Voorbereiding:

- Vertel de patiënt waarom de maatregel nodig is;
- Vraag toestemming aan de wilsonbekwame patiënt en controleer bij wilsonbekwame patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte is;
- Zorg dat er voldoende personeel aanwezig is om de patiënt onder controle te kunnen houden (vraag eventueel hulp van collega's van een andere afdeling);
- Leg de benodigdheden klaar en controleer of het materiaal compleet is.

Handeling:

- Voer de smalle, van ogen voorziene gordel tussen matras en bedframe door;
- Sla de gordel langs de buitenzijde van het frame over het bed. Trek de gordel stevig aan;
- Zorg dat de gordel in het midden van het matras blijft. Fixeer de gordel met magneetslotjes;
- Leg de band om de taille van de patiënt, boven het bekken en onder de ribben;
- Maak de zijbanden van de tailleband vast aan de onderste aan het frame gefixeerde band;
- Maak de band zodanig vast dat deze niet over het bekken of de ribben kan schuiven (er moet een platte hand tussen passen);
- Zorg dat de (magneet) sleutel in de buurt, maar buiten handbereik van de patiënt is (op vaste en duidelijk zichtbare plaats);
- Zet bed in de laagste stand;
- Zet bedhekken omhoog, gebruik zonodig beschermhoezen.

Nazorg/verslaglegging

- Verwijder materiaal waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen;
- Observeer de patiënt minimaal ieder uur;
- Controleer de huid op beschadiging minimaal 1 x per dienst;
- Bevestig het alarmsysteem binnen handbereik patiënt;
- Registreer de genomen maatregel op het registratieformulier in het verpleegkundig dossier;
- Rapporteer de reacties van de patiënt;
- Evalueer en rapporteer iedere dienst het effect en de noodzaak van de maatregel;
- Band na gebruik in blauwe waszak deponeren (zonder slotjes!).

Complicaties: Interventies:

Huid defecten:

- Huidbescherming aanbrengen;
- Band aan kleding;

Hematomen:

- Huidbescherming aanbrengen;
- Band aan kleding;

Dreigende beknelling:

- Band verplaatsen of verwijderen

Toename van angst en/of onrust

- Band verwijderen i.o.m. arts andere interventie toepassen

2. Gebruik van pols-/enkelbanden

Doelstelling (=product):

Voorkomen van lichamelijk letsel bij de patiënt of anderen door te verhinderen dat patiënt drain, katheter, etc. verwijdert of gericht iemand slaat/trapt

Algemene opmerkingen:

Gebruik de pols/enkelbanden in combinatie met de Zweedse band als de patiënt uit bed probeert te komen

Indicaties: Contra indicaties:

- Patiënt zit regelmatig aan infuus, drain, etc.;
- Een (moeilijk in te brengen) drain, katheter, etc. dreigt, ondanks voorzorgsmaatregelen, te sneuvelen;
- Patiënt slaat/trapt gericht om zich heen naar verpleging/omgeving;
- Patiënt met kwetsuren aan/ verminderde circulatie van de pols (enkel);
- Patiënt heeft een infuus in het pols- /enkelgebied;
- Patiënt met botmetastasen/ osteoporose;
- Patiënt met verminderde sensibiliteit;
- Angstig, achterdochtige patiënt (oorlogsverleden).

Benodigdheden (=structuur):

- 2 polsbanden;
- Registratieformulier;

Werkwijze (=proces):*Vorbereiding:*

- Vertel patiënt waarom de maatregel nodig is;
- Vraag toestemming aan de wilsonbekwame patiënt en controleer bij wilsonbekwame patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte is;
- Zorg dat er voldoende personeel aanwezig is om de patiënt onder controle te kunnen houden (vraag eventueel hulp van collega's van een andere afdeling);
- Leg benodigdheden klaar en controleer of het materiaal compleet is.

Handeling:

- Leg de polshouders op de gewenste hoogte (taille);
- Bevestig de polsbanden in het midden (heuphoogte) aan het bed (niet aan de onrusthekken).

Nazorg/verslaglegging:

- Verwijder materiaal waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen;
- Observeer de patiënt minimaal ieder uur;
- Controleer de huid op beschadiging minimaal 1 x per dienst;
- Bevestig het alarmsysteem binnen handbereik van de patiënt;
- Maak afspraken over wel/niet losmaken van de polsbanden tijdens de maaltijden;
- Registreer de genomen maatregel op het registratieformulier in het verpleegkundigdossier;
- Rapporteer de reacties van de patiënt;
- Evalueer en rapporteer iedere dienst het effect en de noodzaak van de beschermende maatregel.

Complicaties: Interventies:*Afsnoeren van polsen en/of enkels*

- Controle op circulatie voor de ledematen;
- Bij tekenen van circulatiestoornis banden losser maken of verwijderen.

Contracturen van handen en/of voeten

- Regelmatig laten doorbewegen van de ledematen, zo nodig fysiotherapie inschakelen;
- Ander fixatiemiddel kiezen.

3. Gebruik van onrusthekken**Doelstelling (=product):**

Voorkomen van lichamelijk letsel bij een motorisch rustige patiënt (zonder klimneigingen) door te verhinderen dat de patiënt uit bed valt (of stapt).

Algemene opmerkingen:

Wanneer een motorisch onrustige patiënt niet uit bed mag komen, of een hoog valrisico heeft, moet er gebruik gemaakt worden van een onrustband met daarbij de bedhekken omhoog.

Indicaties: Contra indicaties:

- Patiënt geeft zelf aan bang te zijn om uit bed te vallen;
- Patiënt met spierzwakte, die kans heeft op letsel bij het zelfstandig verlaten van het bed;
- Patiënt heeft ongecoördineerde bewegingen met daardoor verhoogde kans om uit bed te vallen patiënt is motorisch onrustig (met klimneigingen).

Benodigdheden (=structuur):

- Onrusthekken aan beide zijden aan het bed (op nieuwe bedden standaard aanwezig);
- Beschermhoezen voor de onrusthekken.

Werkwijze (=proces):*Vorbereiding:*

- Vertel de patiënt waarom de maatregel nodig is;
- Vraag toestemming aan de wilsbekwame patiënt en controleer bij wilsonbekwame patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte is.

Handeling:

- Gebruik onrusthekken aan beide zijden van het bed;
- Zorg voor een goede lage bevestiging voor katheterzak, drains, ed.;
- Zet het bed altijd in de laagste stand;
- Plaats zo nodig beschermhoezen tegen de hekken.

Nazorg/verslaglegging:

- Observeer de patiënt minimaal ieder uur;
- Bevestig het alarmsysteem binnen handbereik van de patiënt;
- Registreer en rapporteer op het registratieformulier in het verpleegkundig dossier;
- Rapporteer de reacties van de patiënt;
- Evalueer en rapporteer iedere dienst het effect en de noodzaak van de beschermende maatregel.

Complicaties: Interventies:**Bij beklemming van ledematen:**

- Plaats beschermende hoezen om de hekken;
- Vallen (over de hekken);
- Ga na of indicatie nog juist is;
- Vul MIP formulier in.

Bij huidbeschadiging:

- Plaats beschermende hoezen om de hekken;
- Desinfecteer de huid;
- Raadpleeg arts.

5. Gebruik van rolstoelfixatie, diepe stoel of stoel met tafelblad

Doelstelling (=product):

- Voorkomen van lichamelijk letsel bij de patiënt door te verhinderen dat de patiënt gaat staan/lopen, waardoor een val onvermijdelijk is;
- Voorkomen dat de patiënt de afdeling verlaat.

Algemene opmerkingen:

Gebruik bovengenoemde maatregelen in combinatie met een dagprogramma, om te voorkomen dat de patiënt lang achter elkaar gefixeerd zit.

Indicaties: Contra-indicaties:

- Motorische onrust;
- Groot valrisico;
- Dwalen;
- Extreem angstige patiënt.

Benodigheden (=structuur):

Bovengenoemde stoelen zijn door arts en/of verpleging aan te vragen bij de afdeling Ergotherapie.

Werkwijze (=proces):

Vorbereiding:

- Vertel de patiënt waarom de maatregel nodig is;
- Vraag toestemming aan de wilsbekwame patiënt en controleer bij wilsonbekwame patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger op de hoogte is;
- Leg benodigheden klaar en controleer of het materiaal compleet is.

Handeling:

- Plaats de patiënt in de stoel en ga na of de patiënt comfortabel zit (denk aan decubitus preventie);
- Bij rolstoelfixatie wordt de patiënt, indien nodig, gefixeerd door middel van veiligheidsgordels.

Nazorg/verslaglegging:

- Observeer de patiënt minimaal ieder uur;
- Houd een toiletschema aan, 1 x per 2 . 3 uur, of bij aangeven van de patiënt;
- Ga regelmatig een stukje met de patiënt lopen als deze daartoe in staat is;
- Bevestig het alarmsysteem binnen handbereik van de patiënt;
- Registreer en rapporteer op het registratieformulier in het verpleegkundig dossier;
- Rapporteer de reacties van de patiënt;
- Evalueer en rapporteer iedere dienst het effect en de noodzaak van de beschermende maatregel.

Complicaties: Interventies:

Decubitus (stuit, hielen):

- Anti-decubitus kussen

Contracturen:

- Regelmatige beweging, eventueel fysiotherapie inschakelen

Risicofactoren – preventieve maatregelen (voorkom vallen) :

(Mogelijke) verpleegkundige interventies ter voorkoming van letsel:

1. Patiënt is eerder gevallen:

- Zet bed altijd in de laagste stand;
- Inventariseer (oorzaken) van valrisico of eerdere valpartij;
- Draag zorg voor extra aandacht/frequente observatie van de patiënt (eventueel door familie);
- Maak duidelijk afspraken met patiënt over (begeleid/ onbegeleid) mobiliseren.

2. Verwardheid/desoriëntatie:

- Onrust;
- Inadequate antwoorden;
- Stoornis in tijd, plaats of persoon;
- 'Rommelen' met spullen;
- 'Plukkerig' gedrag;
- Draag zorg voor extra aandacht/frequente observatie van de patiënt (eventueel door familie);
- Wees alert op veranderingen in de stemming/gedrag;
- Ondersteuning oriëntatie door gericht vragen te stellen over tijd, dag, datum, jaar etc. Laat de patiënt deze informatie na vertellen.

3. Verminderde mobiliteit:

- Kan slecht traplopen;
- Gebruikt zonodig hulpmiddelen;
- Kan/durft niet alleen te lopen;
- Kan niet zonder hulpmiddelen;
- Plaats hulpmiddelen goed bereikbaar in het zicht;
- Begeleid patiënt bij het mobiliseren;
- Plaats benodigdheden binnen handbereik;
- Wijs patiënt op voorzieningen, schakel zonodig fysiotherapie in.

4. Lichamelijke handicap:

- Ledemaat is geamputeerd;
- Arthrose knie/heup;
- Spiercontractuur, -atrofie;
- Rheumatische aandoening;
- Verlamming;
- Botmetastasen;
- Afhankelijk van de zorgvraag hulpmiddelen aanbieden.

5. Beperkt gezichtsvermogen of blindheid:

- Bril + kastje goed bereikbaar en in het zicht plaatsen;
- Licht- en alarmknop binnen handbereik van de patiënt bevestigen;
- Begeleid patiënt bij het mobiliseren.

6. Patiënt:

- Heeft dorst of wil eten;
- Wil naar het toilet;
- Heeft pijn;
- Geef op vaste tijden en zo nodig tussendoor eten en drinken;
- Regelmatig toiletbezoek (toilet tijden);
- Pijn verminderen (medicatie, verandering van houding, etc.).

7. Communicatieproblemen:

- Taalbarrière;
- Afasie;
- Doofheid;
- Informeer patiënt (herhaaldelijk) over afspraken m.b.t. mobiliseren en de werking van de hulpmiddelen, m.b.v. tolk, visuele of schriftelijke uitleg;
- Laat patiënt informatie/instructie navertellen.

8. Postoperatieve toestand:

- Pijn;
- Koorts;
- Algehele malaise;
- Effecten narcose;
- Delirant beeld na eerdere operatie;
- Probeer deze factoren te minimaliseren (draag zorg voor adequate pijnbestrijding);
- Informeer patiënt over effecten narcose en noodzaak bedrust;
- Frequentie observatie van de patiënt (eventueel door familie).

9. Medicatie/alcohol/drugs gebruik:

- Slaapmiddelen;
- Pijnstillers;
- Anti-depressiva;
- Barbituraten;
- Diuretica;
- Anti-hypertensiva;
- Onttrekkingsverschijnselen bij middelen misbruik;
- Informeer patiënt over mogelijke effecten van de middelen;
- Wees alert bij uit bed gaan, opstaan van stoel (orthostatische momenten);
- Toets medicatielijst; overleg zonodig met arts/apotheek.

10. Schoeisel:

- Slippers;
- Sloffen;
- (Bed)sokken;
- Verhoogde hakjes/ gladde zolen;
- Wijs patiënt/ familie op het belang van goed schoeisel met rubberzool.

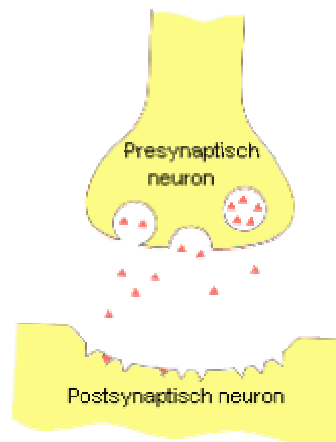
11. Omgevingsfactoren:

- Gladde vloer;
- Slecht verlichte ruimte;
- Losliggende snoeren;
- Defecte gebruiksvoorwerpen;
- Draag zorg voor een veilige omgeving door:
 - zorgvuldige omgang met materialen en meubelen
 - defect materiaal of meubels duidelijk markeren en/of opbergen

Snelle oproep aan technische dienst voor

- reparaties
- Pas zo nodig beschermende maatregelen toe

Bijlage 3: Antipsychotica



Werkingsmechanisme

Hersenweefsel bestaat voor het grootste deel uit twee celsoorten: $\pm 15\%$ neuronen (zenuwcellen) en $\pm 85\%$ gliacellen (ondersteunende cellen). De circa 10 miljard neuronen dragen informatie op elkaar over via een ingewikkeld proces. Het basisprincipe is als volgt:

1. Een neuron stuurt een elektrische prikkel (een boodschap) naar een andere neuron.
2. De prikkel komt bij het uiteinde van het ("presynaptische") neuron.
3. In dit uiteinde van het neuron liggen blaasjes opgeslagen met zogenaamde "neurotransmitters".
4. De elektrische impuls zet een aantal reacties in gang .
5. De blaasjes met neurotransmitters versmelten met de buitenrand van het uiteinde van het neuron.
6. De neurotransmitters komen in een spleet (synaps) tussen twee neuronen.
7. De neurotransmitters gaan naar het begin van het volgende ("postsynaptische") neuron.
8. De neurotransmitters binden zich tijdelijk aan een receptor.
- 9a. Via een ingewikkeld chemisch proces wordt er weer een elektrische prikkel doorgestuurd.
- 9b. De neurotransmitters worden afgevoerd en opgeruimd via afbraak door enzymen, heropname in het neuron van oorsprong en opname in gliacellen.

Hoewel de effectiviteit van antipsychotica bewezen is, ontbreekt een sluitende verklaring voor hun werking. Men veronderstelt dat blokkade van zogenaamde dopaminereceptoren (met name de subgroep dopamine D2-receptoren) het primaire werkingsmechanisme is. Door de blokkade (antagonisme) wordt het teveel aan de neurotransmitter dopamine opgeheven. Deze blokkade is niet alleen verantwoordelijk voor het therapeutisch effect, maar ook voor de motorische en hormonale

bijwerkingen.

Neurotransmitters

Er zijn verschillende neurotransmitters in de hersenen, bijvoorbeeld acetylcholine, dopamine, histamine, noradrenaline en serotonine. De oorzaak van een psychose wordt gezocht in een teveel aan dopamine in de hersenen. De receptoren voor acetylcholine in de hersenen (muscarine receptors) zijn belangrijk in de behandeling van schizofrenie. Men veronderstelt dat deze evenwicht brengen tussen dopamine en acetylcholine. Moderne antipsychotica blokkeren deze receptoren sterk met als gunstig gevolg dat de zeer hinderlijke extrapiramidale bijwerkingen verminderen, maar anticholinerge bijwerkingen zouden meer uitgesproken zijn.

Indeling antipsychotica

KLASSIEKE ANTIPSYCHOTICA

Verbindingen waarbij antipsychotische effect en, met name extrapiramidale, bijwerkingen (dosisafhankelijk) met elkaar verbonden zijn.

A. Butyrofenonen

-  Benperidol (Frenactil®)
-  Broomperidol (Impromen®)
-  Dehydrobenzperidol (Droperidol®)
-  Haloperidol (Haldol®)
-  Pipamperon (Dipiperon®)

B. Difenylbutylaminen

-  Pimozide (Orap®)

C. Fenothiazinen

-  Chloorpromazine (Largactil®)
-  Flufenazine (Anatensol®)
-  Perazine (Taxilan®)
-  Perfenazine (Trilafon®)
-  Periciazine (Neuleptil®)
-  Pipotiazine (Piportil®)
-  Trifluoperazine (Terfluzine®)
-  Trifluopromazine (Siquil®)

D. Thioxanthenen

-  Chloorprotixeen (Truxal®)
-  Flupentixol (Fluanxol®)
-  Zuclopentixol (Cisordinol®)

E. Benzamiden

 Sulpride (Dogmatil®)

 Tiapride (Tiapridal®)

ATYPISCHE ANTIPSYCHOTICA

De term "atypisch" wordt toegevoegd aan middelen met antipsychotische eigenschappen die in ratten geen katalepsie veroorzaken. Katalepsie is een toestand van (wasachtige) spierversijving, waarbij langdurig eenzelfde houding wordt aangenomen, hetgeen een symptoom van schizofrenie kan zijn. In de praktijk betekent het dat de dosering waarop het middel antipsychotisch werkt veel lager is dan de dosering waarbij er extrapiramidale bijwerkingen optreden. Het Farmacotherapeutisch Kompas definieert atypische antipsychotica als: "verbindingen waarbij antipsychotische effecten kunnen worden verkregen met minder extrapiramidale verschijnselen en/of die een therapeutische meerwaarde hebben (effectiviteit bij therapieresistente respectievelijk bij negatieve symptomen zoals affectieve vervlakking, kwantitatieve en kwalitatieve spraakarmoede, apathie en initiatiefverlies)".

Atypische antipsychotica onderscheiden zich van de klassieke antipsychotica doordat ze zich behalve aan dopaminereceptoren van het type 2 (D2-receptoren) ook binden aan serotoninereceptoren van het type 2A. Algemeen wordt aangenomen dat dit het verminderde optreden van extrapiramidale verschijnselen met deze middelen verklaart. Uit zogenaamde SPECT-scans blijkt dat de grens voor het ontwikkelen van extrapiramidale bijwerkingen een binding (blokkade) van 75-80% van de D2-receptoren is.

Volgens sommige onderzoekers echter, komt dit omdat atypische antipsychotica een geringere affiniteit hebben voor de D2-receptoren.

Klik op de bolletjes voor meer informatie

 Aripiprazole (Abilify®)

 Clozapine (Leponex®)

 Olanzapine (Zyprexa®)

 Quetiapine (Seroquel®)

 Risperidon (Risperdal®)

Effecten

Het belangrijkste effect is de verdwijnen van de psychotische verschijnselen zoals wanen en hallucinaties en preventie van een recidief psychose. Andere beoogde effecten kunnen zijn:

- demping van angst en agitatie
- sufheid en slaperigheid ("hypnosedatie")
- afname vijandigheid en agressie (onverschilligheid)

Bijwerkingen

- Extrapiramidale bijwerkingen
Worden veroorzaakt door de blokkade van de dopamine-2-receptoren en kunnen kort

na het begin van de behandeling (acuut) optreden, na enkele dagen tot weken (subacuut) of pas na maanden tot jaren (laat of tardief). Ze wekken vaak grote zorg en kunnen bijzonder hinderlijk (tot zelfs levensbedreigend) zijn. Een ander probleem is dat deze bijwerkingen soms moeilijk te onderscheiden zijn bewegingsstoornissen die als symptoom voor kunnen komen bij schizofrenie.

- a. Acute dystonie
- b. Drug-induced parkinsonisme
- c. Acathisie
- d. Tardieve bewegingsstoornissen

- Anticholinerge bijwerkingen

Droge mond, obstipatie, snelle hartactie, pupilverwijding, wazig zien, transpireren, misselijkheid, moeite met urineren, geheugenstoornissen, verwardheid, hallucinaties. Anticholinerge bijwerkingen berusten op een ongewenste blokkade van cholinerge receptoren. Behandeling bestaat uit verminderen van de dosis van het antipsychoticum of overschakelen op een ander antipsychoticum

- Dysfore reactie

Een groot aantal patiënten heeft last van een onprettig gevoel en idee dat denken en bewegen traag gaat.

- Hypnosedatie (vermoeidheid, sufheid en slaperigheid)

Gevolg van ongewenste blokkade van noradrenerge, histaminerge en serotonine receptoren.

- Lage bloeddruk, duizeligheid

Bloeddrukdaling (en daardoor duizelig) bij plotselinge houdingsveranderingen. Een antinoradrenerge bijwerking, d.w.z. een ongewenste blokkade van noradrenerge receptoren. Behandeling bestaat uit eerst proberen de dosis te verminderen of medicatie 's avonds toedienen.

- Hormonale bijwerkingen

Menstruatieproblemen, gynaecomastie (overmatige ontwikkeling van mannelijke borstklieren), galactorroe (melkvloed).

- Seksuele bijwerkingen

Seksuele bijwerkingen komen frequent voor en zijn de belangrijkste oorzaak van therapieontrouw. De patiënten vinden deze bijwerkingen vervelender dan bijvoorbeeld extrapyramidale bijwerkingen.

Als een antipsychoticum verhoging van de prolactinespiegel (prolactine is een hormoon dat o.a. de ontwikkeling van het borstweefsel stimuleert) veroorzaakt, zijn seksuele bijwerkingen prominent. Het lijkt erop dat daarbij verminderd libido op de voorgrond staat. Als de prolactine spiegel niet verhoogd is, is het patroon van seksuele

bijwerkingen anders: dan is de libido niet of minder aangetast, maar wel de erectie, orgasme en ejaculatie (voor zover van toepassing geldt dat ook voor vrouwen). Dat hangt samen met de anticholinerge en antiadrenerge eigenschappen van de middelen. Volgens sommige onderzoeken verhogen sulpiride en risperidon de prolactine spiegel meer dan haloperidol en menig ander oud antipsychoticum. Clozapine, olanzapine en quetiapine geven weinig verhoging van de prolactine spiegel.

- **Gewichtstoename**

Meerdere factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van gewichtstoename. Het meest waarschijnlijke werkingsmechanisme van gewichtstoename is blokkade van de H1-receptor. Van de atypische antipsychotica geeft clozapine de meeste gewichtstoename, in afnemende mate gevolgd door olanzapine, quetiapine en risperidon. Van de klassieke geven met name thioridazine en chloorpromazine gewichtstoename. Er is (nog) geen medicijn voor een effectieve en veilige behandeling van overgewicht t.g.v. antipsychotica. In een onderzoek uit 2002 zijn acht stoffen onderzocht die bij overgewicht worden gebruikt. Metformine (antidiabeticum) veroorzaakt snel een hypoglykemie; cimetidine (maagzuurremmer, H2 antagonist) geeft veel interacties; amantadine (anti-Parkinson, dopaminerge agonist) kan de psychose verergeren; Orlistat (lipaseremmer) kan alleen goed kan worden toegepast in combinatie met een vetarm dieet, Nizatidine (maagzuurremmer, H2 antagonist) vermindert mogelijk wat de gewichtstoename, maar kan waarschijnlijk niet de gewichtstoename omkeren; Topiramaat (anti-epilepticum) heeft veel bijwerkingen; Sibutramine (serotonine-noradrenaline heropnameremmer, vergelijkbaar met het antidepressivum [venlafaxine](#)) geregistreerd voor de behandeling van overgewicht, maar de vraag is of dat een specifieke eigenschap is

Antipsychotica en de ziekte van Parkinson

Antipsychotica veroorzaken symptomen die passen bij de ziekte van Parkinson. Ter onderscheid van de ziekte van Parkinson worden deze symptomen parkinsonisme genoemd. Atypische antipsychotica veroorzaken duidelijk minder parkinsonisme. Uit onderzoek bij psychotische patiënten met de ziekte van Parkinson, blijkt dat olanzapine geen verergering van parkinsonverschijnselen geeft en quetiapine en duidelijk minder vaak verergering van de ziekte van Parkinson geeft dan olanzapine en risperidon.

Indicatie

- Schizofrenie
- Schizoaffectieve stoornis
- Kortdurende psychotische stoornis
- Waanstoornis
- Psychotische stoornis door een lichamelijke aandoening of door een middel
- Manische episode
- Psychotische depressie
- Gedragsstoornissen

bijv. autisme, dementie, impulscontrole-stoornissen, mentale handicap, Gilles de la Tourette, seksuele stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen,

- Sporadisch bij moeilijk behandelbare aandoeningen
bijv. hevig braken, niet te stoppen hik, slaapstoornissen en stotteren

Wanneer treedt het effect op

Vaak zijn er binnen enkele uren of dagen duidelijke effecten op symptomen van verhoogde prikkelbaarheid zoals (psychomotore) opwinding, rusteloosheid en agitatie. Het kan dagen tot weken duren voordat duidelijke effecten zijn waar te nemen op de waarneming (hallucinaties) en het denken (wanen).

Effectiviteit

70% tot 90% van de patiënten met een (acute) schizofrene psychose verbeteren met een antipsychoticum. Het resultaat op de verschillende psychoses is wisselend.

Verloop behandeling

Wanneer het effect is bereikt, wordt het antipsychoticum nog enige tijd doorgegeven. Bij schizofrenie verdient een preventieve behandeling de voorkeur, het aantal schizofrene patiënten dat zonder antipsychotica vrij van psychoses blijft is erg klein. Antipsychotica reduceren de kans op een nieuwe psychose zeer sterk, maar er blijft een kleine kans op een psychose. Als richtlijn geldt dat na een eerste psychotische episode minstens een à twee jaar behandeld moet worden, na volgende episode minstens vijf jaar en na verschillende episodes en met ernstige gedragsstoornissen en/of suïcidegevaar levenslang.

Staken antipsychotica

Twee soorten onttrekkingsverschijnselen kunnen optreden na afbouw en staken van antipsychotica:

- tardieve bewegingsstoornissen (dyskinesieën)
- algemene klachten
hoofdpijn, slapeloosheid, misselijkheid, braken, angst en anorexie (verlies van eetlust). Deze klachten treden vooral bij fenothiazinen (zie indeling antipsychotica) met sterk anticholinerge eigenschappen.

Farmacokinetiek

De meeste antipsychotica hebben eliminatiehalfwaardetijd van ongeveer een dag of wat korter. Dosering van een- tot tweemaal per dag is daarom aan te bevelen, wanneer na ongeveer een week een "steady state" is bereikt. De meeste antipsychotica hebben een actieve metabooliet.

Dosisequivalentie

Middelen die werkzaam zijn in lage doseringen (enkele mg per dag) noemt men hoogpotent, middelen die werkzaam zijn in hoge doseringen (honderden mg per dag) noemt men laagpotent. Een schatting van de werkzaamheid (mate van blokkade van de

dopamine D2-receptoren) wordt uitgedrukt in zogenaamde equivalente doseringen. Met de nodige restricties kan een equivalente dosering gebruikt worden om over te schakelen van het ene naar het andere antipsychoticum. Het standaardmiddel haloperidol heeft een dosisequivalentie van 1.

Zwangerschap

Gebruik van antipsychotica tijdens de zwangerschap dient te worden vermeden, ook borstvoeding wordt afgeraden.

Literatuurlijst

Gebruikte boeken

- ✓ American Psychiatric Association, *Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*, Meppel.
- ✓ VanderEycken W, Deth van R, *Psychiatrie*, Bohn Stafleu Van Lochem, 2002
- ✓ Schuur, G (1991) *Omgaan met agressie geweldloosheid als antwoord op en psychiatrisch probleem*. Houten /Diegem Bohn Stafleu Van Loghum
- ✓ Schuur G (2001) *Omgaan met agressie* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- ✓ Oud N. *Agressie tegen verpleegkundigen* Uit verpleegkundig consult, mei 1997

Gebruikte internetpagina's

<http://www.parnassia.nl>
<http://www.hulpgids.nl>
<http://www.hulpgids.nl/wetten/bopz.htm>
<http://www.trimbos.nl>
<http://omgaanmetpatienten.nl>