



IEMAND IN NOOD, LAAT JE NIET ALLEEN

EEN EXPLOREREND ONDERZOEK NAAR HOE HET HIC
MODEL BIJDRAAGT AAN HET VERMINDEREN VAN
SEPARATIES

SILVIA BIEZEN

2344262

FONTYS HOGESCHOLEN

Parnassia Klinisch Centrum Acute Psychiatrie
OPENBAAR

Iemand in nood, laat je niet alleen

Een explorerend onderzoek naar hoe het HIC model
bijdraagt aan het verminderen van separaties.

Roosendaal, 25 maart 2019

S. Biezen (Silvia)

Studentnummer: 2344262

Contactgegevens: biezensilvia@gmail.com

Fontys Hogescholen Eindhoven – Toegepaste Psychologie

Begeleidend docent: Henk Verhoeven

Eerste assessor: Tina ten Bruggencate

In opdracht van Parnassia Klinisch Centrum Acute Psychiatrie

Opdrachtgever en begeleider: Petra Moonen

Begeleider: Mandy Charité

VOORWOORD

Na zeven maanden die in het teken staan van onderzoek, ligt dan eindelijk voor u, de scriptie ‘Iemand in nood, laat je niet alleen: een explorerend onderzoek naar hoe het HIC model bijdraagt aan het verminderen van separeren’. Dit onderzoek is gehouden in het kader van mijn afstuderen binnen de opleiding Toegepaste Psychologie. Ik heb de mogelijkheid gekregen langs verschillende GGZ instellingen te gaan binnen Nederland en dit heeft mij ontzettend veel aan kennis gebracht.

Dit onderzoek is verricht in opdracht van Parnassia Klinisch Centrum Acute Psychiatrie. Mijn opdrachtgever en begeleider, Petra Moonen, wil ik bedanken voor haar wijze woorden en feedback die zij mij gegeven heeft. Mijn tweede begeleider, Mandy Charité, wil ik eveneens bedanken voor haar inzichten en hulp bij het zoeken naar de respondenten.

Mijn begeleiders op Fontys, Henk Verhoeven en Tina ten Bruggencate, hebben mij voorzien van nuttige feedback, motivatie en inzichten. Bedankt hiervoor.

Natuurlijk wil ik ook mijn familie en vrienden bedanken, met name mijn vriend. Zij hebben vooral mijn frustraties aan moeten horen, maar zij hebben mij ook weten te motiveren en gaven mij vertrouwen in mezelf.

En nooit te vergeten, mijn ouders. Wetende dat zij ontzettend trots op mij zouden zijn, geeft dit mij de grootste kracht en doorzettingsvermogen die mogelijk is.

SAMENVATTING

Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg van Nederland wordt er reeds de vrijheidsbeperkende interventie separeren ingezet. Mondiaal gezien stond Nederland tot 2012 bovenaan met het gebruik van separeren. Het werd zelfs verkozen boven het gebruik van medicatie. Binnen Nederland is er bewustzijn opgetreden omtrent deze omstreden interventie. Gesepareerd worden is zeer heftig en heeft verstreckende negatieve gevolgen voor de patiënt. Door meerdere onderzoeken zijn deze negatieve gevolgen bestudeerd en bevestigd. Door bewustwording van het aantal en van de gevolgen, zijn er landelijke projecten opgestart ter reducering van dwang en drang. Een van deze projecten heeft een manifest opgesteld, waarbij het doel gesteld wordt dat er per 1 januari 2020 niet meer gesepareerd wordt. Dit manifest is ondertekend door vele GGZ-instellingen, waaronder ParnassiaGroep. Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie wil dit doel gaan bereiken door het implementeren van het HIC model. Hieruit vloeit de onderzoeksvraag: hoe draagt het HIC model bij aan het verminderen van separaties binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia? Door middel van explorierend onderzoek is er getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Er zijn negen semigestructureerde interviews afgenomen bij afdelingen binnen Nederland die het HIC model (deels) hebben geïmplementeerd. Deze interviews zijn gebaseerd op een topiclijst die is samengesteld vanuit de verkregen literatuur in het literatuuronderzoek. De onderwerpen die in de interviews aan bod zijn gekomen, zijn: de frequentie en ervaring omtrent separeren, de *best practice* die zij hanteren en de ervaring omtrent de implementatie van het HIC model. De interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd, waarna de data werd omgezet in de resultaten.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat het implementeren van het HIC model gepaard gaat met zowel positieve als negatieve aspecten. Zo blijkt dat de toename van bejegening en contact, zoals in het HIC model wordt gepretendeerd, zeer effectief is in de reducering van dwang en drang. Eveneens het toepassen van op- en afschalen, zowel door de inzet van ruimtes als door de inzet van extra personeel, blijkt zeer effectief. Echter, de implementatie van het HIC model betreft ook negatieve aspecten. Zo is de realisering van het *healing environment* niet altijd haalbaar en dient er gekeken te worden naar de afdelingsmogelijkheden. Tevens vergt het HIC model een verandering in de visie en werkwijze van de werknemer. Dit resulteert in veel verloop en uiteindelijk onderbezetting van het team. Om deze bezetting te optimaliseren, worden er invalkrachten ingezet. Dit kan zorgen voor een onveilig gevoel.

Op basis van deze resultaten zijn er aanbevelingen gedaan voor het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie, waarbij gericht wordt op bejegening en contact, de werknemers en de *healing environment*.

INHOUDSOPGAVE

VERKLARING VAN AFKORTINGEN	- 0 -
INLEIDING	- 2 -
DOELSTELLING.....	- 5 -
VRAAGSTELLING	- 6 -
THEORETISCH KADER	- 7 -
WAT IS HET HUIDIGE BELEID OMTRENT SEPAREREN?	- 7 -
<i>Separeren</i>	- 7 -
<i>Overgaan tot separatie</i>	- 8 -
<i>Doelgroep separatie</i>	- 8 -
<i>Gevolgen separeren</i>	- 9 -
HOE GAAT HET HIC MODEL OM MET SITUATIES WAARIN HET HUIDIGE BELEID OVERGAAT OP SEPARATIE?.....	- 10 -
<i>Het HIC model</i>	- 10 -
<i>Best practice</i>	- 11 -
CONCLUSIE	- 12 -
METHODEPARAGRAAF	- 13 -
DEELNEMERS	- 13 -
PROCEDURE.....	- 13 -
MEETINSTRUMENTEN	- 14 -
ANALYSE	- 14 -
RESULTATENPARAGRAAF	- 15 -
HOE GAAT HET HIC MODEL OM MET SITUATIES WAARIN HET HUIDIGE BELEID OVER GAAT TOT SEPARATIE?	- 15 -
WAT ZIJN DE VOOR- EN NADELEN VAN HET WERKEN MET HET HIC MODEL?	- 16 -
<i>Aspecten vanuit het HIC model</i>	- 16 -
<i>Dwang en drang</i>	- 18 -
<i>Werknemers</i>	- 19 -
<i>Samenwerking</i>	- 20 -
<i>Advies omtrent het implementeren van het HIC model</i>	- 21 -
DISCUSSIE.....	- 21 -
CONCLUSIE	- 21 -
DISCUSSIE	- 23 -

<i>Limitaties</i>	- 24 -
<i>Aanbevelingen</i>	- 24 -
REFERENTIES	- 26 -
BIJLAGEN	- 30 -
1. ETHISCHE VERANTWOORDING	- 30 -
2. ANALYSEPLAN	- 32 -
<i>2.4 Taxonomie</i>	- 38 -
3. TOPICLIJST	- 42 -
4. VERKLARING VAN VERTROUWELIJKHEID	- 43 -

VERKLARING VAN AFKORTINGEN

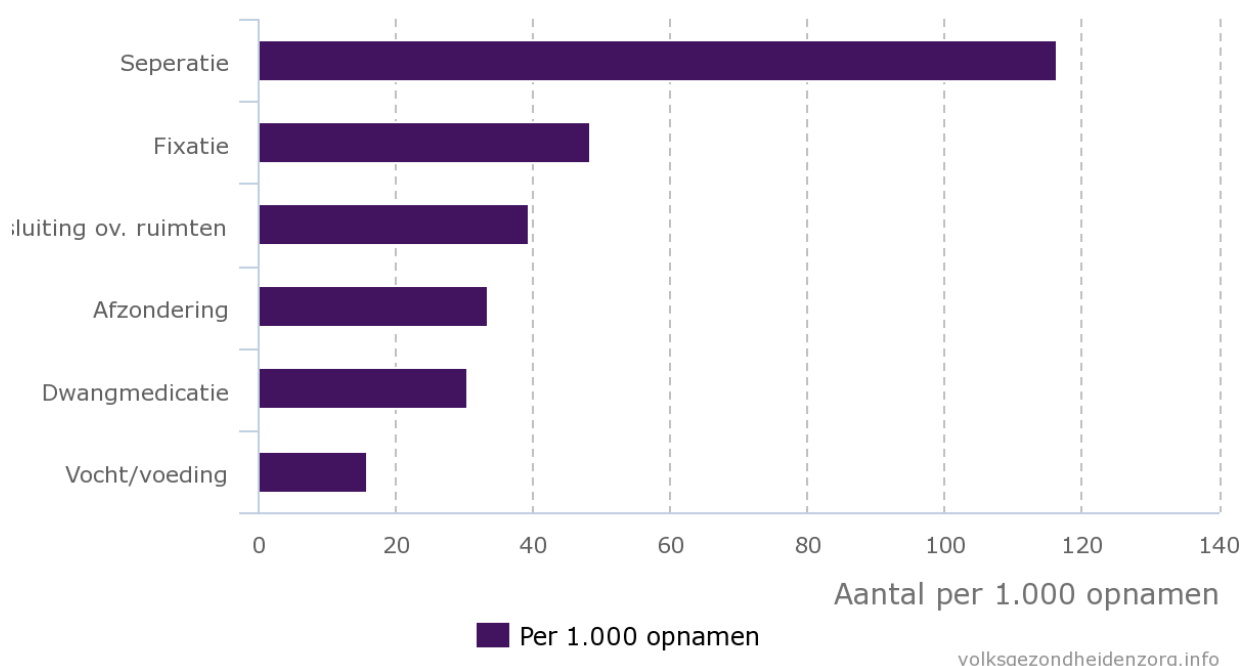
Binnen dit onderzoek wordt veelal gebruikt gemaakt van verschillende afkortingen. Hierbij is een lijst opgesteld met de meest gebruikte afkortingen .

<i>Aforting</i>	<i>Betekenis</i>
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise
(F)ACT	(Flexible) Assertive Community Treatment
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Hbo V	Hoger Beroeps Onderwijs Verpleegkunde
HC	High Care
HIC	High and Intensive Care
IC	Intensive Care
IHT	Intensive Home Treatment
KCAP	Klinisch Centrum Acute Psychiatrie

INLEIDING

Binnen de psychiatrie wordt, bij ernstige ontregeling of agressie, de vrijheidsbeperkende interventie separeren ingezet ter de-escalatie van gedrag. Separeren is een vrijheidsbeperkende interventie die als laatste noodmaatregel wordt ingezet. Hierbij wordt de patiënt gedwongen ingesloten in een kale ruimte. Binnen Nederland werden er in 2014 per 1.000 opnamen in de GGZ 259 maal een vrijheidsbeperkende interventie toegepast, waarvan 116,3 maal separatie (Volksgezondheidzorg.info, 2018). In vergelijking met andere vrijheidsbeperkende interventies wordt separatie veruit het meest gebruikt (zie grafiek).

Aantal vrijheidsbeperkende interventies, 2014



Bron: Volksgezondheidzorg.info: grafiek aantal vrijheidsbeperkende interventies 2014

Nederland stond in het verleden bovenaan met het aantal separaties ten opzichte van andere landen in de wereld (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Volgens het onderzoek van Georgieva (2012) zou dit te wijten kunnen zijn aan de cultuur binnen de GGZ, waarbij de werknemers dwangmedicatie als heftiger ervaren dan separatie. Echter, separatie is een interventie met verstrekken, negatieve gevolgen voor de patiënt. De patiëntengroep die het meest worden gesepareerd zijn gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis of een psychotische stoornis, zoals schizofrenie (GGZ Nederland, 2015). De stoornis is geen directe aanleiding tot separatie. De agressie of ontwijking die vanuit deze

stoornissen komt zijn wel een directe aanleiding. Naast de traumatische ervaringen als gevolg van de separatie, kan het eveneens symptomen van de ziekte verergeren (Frueh, 2005). Daarnaast ervaren patiënten die separatie hebben ondergaan, dit veelal als machtsuitoefening, als inhumain en als vorm van strafmaatregel (Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010), ondanks dat separatie gezien dient te worden als noodmaatregel.

Wereldwijd zijn er onderzoeken gestart om methodes en interventies te zoeken en te ontwikkelen waarbij het separatiepercentage lager wordt. Zo ook in Nederland. Sinds de bewustwording binnen de GGZ van Nederland omtrent het vele gebruik van separatie en de negatieve gevolgen ervan, is er veel onderzoek verricht naar mogelijkheden dit te laten dalen. Een doel wat hiervoor is opgesteld, is vanaf 1 januari 2020 een einde te maken aan separaties binnen de psychiatrie (Ypsilon, 2016). Dit doel is afkomstig vanuit het Dolhuys-museum, die zich inzet voor objectieve beeldvorming omtrent psychiatrie (Dolhuys, z.j.). Zij hebben een manifest opgesteld waarin de separatie verdwijnt uit de psychiatrie en waarbij het welzijn van de patiënt voorop staat. Dit manifest is ondertekend door de meerderheid van de GGZ-instellingen in Nederland, waaronder ParnassiaGroep.

Daarnaast is dit manifest gebaseerd op het model *High & Intensive Care*, ofwel het HIC model (Ypsilon, 2016). Het HIC model biedt een kader voor de acute psychiatrie waarin dwang en drang zo min mogelijk gebruikt worden. Het model richt zich op de mogelijkheid van het op- en afschalen van zorgzwaarte, waarbij de patiënt en zijn autonomie centraal staan. De visie vanuit het HIC model is dat een klinische opname niet leidend is, maar gezien dient te worden als een tijdelijke onderbreking vanuit de ambulante behandeling (HIC, 2018).

Tevens start het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie op 1 oktober 2018 met een HIC pilot. Op 16 oktober 2018 vindt er een HIC audit plaats, waarbij er gekeken wordt naar de implementatie van dit model (P. Moonen, persoonlijke communicatie, 18 september, 2018). Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie is onderdeel van ParnassiaGroep. Binnen verscheidene afdelingen van ParnassiaGroep behandelen zij jaarlijks 170.000 patiënten, variërend van lichte tot ernstige psychische problematiek (ParnassiaGroep, z.j.). Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie is een gesloten opnameafdeling voor acute psychiatrie.

Het doel wat het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie gesteld heeft, is dat zij op 1 januari 2020 separeervrij zijn. Dit willen zij behalen door het HIC model toe te passen. Het HIC model hanteert een samenstelling van *best practice* en biedt op deze wijze een kader voor de acute psychiatrie (HIC, 2018). Binnen dit onderzoek wordt er onderzocht hoe het HIC model kan bijdragen aan het doel wat het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie heeft gesteld omtrent de vermindering van separeren.

DOELSTELLING

Inzichtelijk krijgen hoe het HIC model kan bijdragen aan het verminderen van separaties binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia.

VRAAGSTELLING

Hoe draagt het HIC model bij aan het verminderen van separaties binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia?

Deelvragen die hieruit vloeien zijn:

- Wat is het huidige beleid omtrent separeren?
- Hoe gaat het HIC model om met situaties waarin het huidige beleid over gaat tot separatie?
- Wat zijn de voor- en nadelen van het werken met het HIC model?

THEORETISCH KADER

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag aan de hand van wetenschappelijke literatuur en onderzoeken. Om de hoofdvraag te beantwoorden, wordt de literatuur per deelvraag uitgewerkt. In de eerste deelvraag ‘wat is het huidige beleid omtrent separeren?’ wordt er gezocht naar de betekenis van separeren, wanneer en waarom deze interventie ingezet wordt, de doelgroep van separatie en uiteindelijk de gevolgen ervan.

De tweede deelvraag ‘hoe gaat het HIC model om met situaties waarin het huidige beleid over gaat tot separatie?’ geeft antwoord op de hoofdvraag aan de hand van literatuur, met name vanuit het HIC werkbboek. De derde deelvraag zal beantwoord worden in het veldonderzoek.

WAT IS HET HUIDIGE BELEID OMTRENT SEPAREREN?

SEPAREREN

Separeren is een vrijheidsbeperkende interventie waarbij de patiënt wordt ingesloten in een kale ruimte, waarbij alleen een matras op de grond ligt en er een scheurdeken aanwezig is. Vaak is hier geen toilet aanwezig, alleen een kartonnen po. De patiënt kan enkel door de zorgverleners uit de separeer gehaald worden. Deze vrijheidsbeperkende interventie wordt ingezet als noodmaatregel wanneer een patiënt ernstig ontregeld is binnen de afdeling, waardoor hij/zij een gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, n.d.). Agressie houdt verband met het gebruik van de separeer (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2010). Separeren is bedoeld als laatste poging van interveniëren. Hierbij moet voorop staan dat de interventie separeren nimmer bedoelt mag zijn als strafmaatregel (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, n.d.).

Het aantal separaties in Nederland dient sinds 2011 wettelijk te worden vastgelegd in een daarvoor bestemde dataset: Argus (GGZ Nederland, 2012). Deze dataset leidt tot een eenduidige registratie binnen de geestelijke gezondheidszorg van Nederland van het aantal vrijheidsbeperkende interventies. Volgens Argus is de definitie van separeren: “het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde ruimte die aan de wettelijke eisen voldoet” (GGZ Nederland, 2012).

Uit onderzoek is gebleken dat er een bepaalde structuur en cultuur heerst binnen opnameklinieken, waarin separatie wordt verkozen boven dwangmedicatie als vrijheidsbeperkende interventie (Verlinde et al., 2014). Nederland stond in het verleden bovenaan met het aantal separaties ten opzichte van andere landen in de wereld (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Dit zorgde ervoor dat GGZ Nederland als doel stelde het aantal separaties jaarlijks te willen verminderen met 10%. Hiervoor is het landelijke project ‘Dwang en Drang’ opgesteld, waarbij een groot aantal instellingen zich aansloot (de Leede, 2012) en er eveneens eigenhandig projecten werden opgestart omtrent de afname van dwang en drang (Voskes, Theunissen & Widdershoven, 2011). Echter, dit doel is destijds niet behaald, alhoewel er een dalende trend te zien is in het aantal separaties en de duur van

deze separaties. Dit valt onder andere te verklaren door de invoer van de Argus dataset. De registratie in Argus leidt tot kritische reflectie van de desbetreffende afdeling, waardoor er bewustzijn optreedt (GGZ Nederland, 2008). De vermindering van het aantal separaties is zelfs dermate groot dat Nederland zich sinds 2012 onder het Europees gemiddelde bevindt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Ondanks de daling van de absolute cijfers van het aantal separaties, waren het in 2014 alsnog 116,3 patiënten op 1000 opnamen per jaar (Volksgezondheidzorg.info, 2018). Deze cijfers zijn gebaseerd op alle psychiatrische instellingen. Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie ligt boven dit gemiddelde. Een mogelijke verklaring kan zijn dat het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie een acute psychiatrische instelling is, waarbij de patiënt veelal gedwongen opgenomen wordt.

OVERGAAN TOT SEPARATIE

Het meetbaar maken van gedrag, kan worden gedaan via de ‘*Brøset Violence Checklist*’ (BVC). Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie maakt gebruik van dit risicotaxatie instrument. De BVC is ontwikkeld ter identificatie van een gewelddadige episode (Chu, Thomas, Ogloff, & Daffern, 2011). Een gewelddadige episode is meer dan fysiek geweld. Volgens Papa en Venella (2013) vallen fysieke aanvallen, dreigend gedrag, of gedrag dat emotionele en psychische schade kan toebrengen hier eveneens onder. Dit gedrag is meetbaar via de BVC-score, die zes gedragingen meet: verward, geïrriteerd, luidruchtigheid, fysiek bedreigend, verbaal bedreigend en aanval op voorwerpen (Newton, Elbogen, Brown, Snyder, & Barrick, 2012). Bij aanwezigheid van drie of meer gedragingen wordt de score gezien als hoog. Naarmate de score oploopt worden er verschillende interventies ingezet om mogelijke escalatie te voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan extra begeleiding, het aanbieden van zo nodig medicatie en het geven van een time-out op diens kamer. Als blijkt dat deze interventies niet heilzaam zijn, wordt de dienstdoende arts gebeld om toestemming te verkrijgen om noodmedicatie toe te dienen. Het tegen de wil in toedienen van medicatie, wordt door de patiënt veelal ervaren als traumatisch (Georgieff, 2012). De vrijheidsbeperkende interventie separeren wordt als laatste interventiemiddel toegepast op de patiënt. Eerdere interventies dienen vooraf te zijn gegaan. Separeren gaat veelal tegen de wil in van de patiënt. In dit geval verzet de patiënt zich vaak hevig, waarbij agressie getoond kan worden. De zorgverleners dienen de patiënt ‘onder controle’ te houden, zodat er geen schade berokkend kan worden aan beide partijen. Niettemin brengt dit risico’s met zich mee, voor zowel de zorgverlener als de patiënt. Het traumatische effect op de patiënt dient op de voorgrond te staan.

DOELGROEP SEPARATIE

De patiënten die opgenomen zijn in een psychiatrische instelling hebben ernstige psychische problemen, veelal in acute vorm. Binnen deze zeer kwetsbare patiëntengroep komen vooral de volgende stoornissen naar voren: aan een middel gebonden stoornissen, schizofrenie en andere

psychotische stoornissen, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen en stemmingsstoornissen (Trimbos Instituut, 2010).

Uit cijfers van de Argus dataset (GGZ Nederland, 2015) komt naar voren dat patiënten met een bipolaire stoornis (stemmingsstoornis) of psychotische stoornis het meest worden gesepareerd. Dit komt eveneens naar voren binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie. De stoornis is geen directe aanleiding tot separatie. De agressie of ontwijking die vanuit deze stoornissen komt zijn wel een directe aanleiding.

Patiënten met een bipolaire stoornis hebben een veelal verhoogde stemming, zijn geagiteerd, hebben grootheidswanen en zijn veelal ontremd in hun gedrag (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). De stemming kan abrupt omslaan, waarbij agressie kan voortkomen uit de agitatie. In ernstige gevallen kan een manische episode gepaard gaan met wanen of zelfs een psychose. Grootheidswanen en/of de overtuiging hebben van samenzweringen zijn veelvoorkomende wanen (Vandereycken et al., 2008). Binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie worden veelal patiënten gezien die een bipolaire stoornis in ernstige mate hebben.

Patiënten met een psychotische stoornis, met name schizofrenie, worden opgenomen in de acute fase van de stoornis, waarin zij een ernstig gestoord realiteitsbesef hebben. De acute fase gaat gepaard met zowel positieve symptomen, zoals hallucinaties en denkstoornissen, als met negatieve symptomen, zoals affectieve vervlakking en het sociaal terugtrekken (Vandereycken et al., 2008). Patiënten met schizofrenie hebben, vaak aan het begin, een gebrek aan ziekte-inzicht en ziektebesef. Hierdoor is de patiënt vaak terughoudend jegens de behandeling, met name ten aanzien van medicatie. Dit terwijl een medicamenteuze behandeling het belangrijkste aspect is uit de behandeling van schizofrenie en/of psychosen (Vandereycken et al., 2008).

GEVOLGEN SEPAREREN

Onafhankelijk van de stoornis van de patiënt heeft separatie op enige wijze een impact. Separeren is een omstreden methode, wegens de ethische aspecten die eraan hangen. Het heeft negatieve gevolgen voor zowel de patiënt als de hulpverlener. Ondanks dat het veelal ingezet wordt ter voorkoming of vermindering van agressie, kan het daarentegen agressie stimuleren (Donat, 2005). Daarnaast is separatie veelal traumatiserend voor de patiënt (Frueh, 2005; Hallet, Huber, & Dickens, 2014) en kan het zelfs trauma's uit het verleden betreft dwang ophalen (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, & McSherry, 2016). Separatie kan het gevoel geven alsof de hulpverleners macht uitoefenen op de patiënt en zij voelen zich hierdoor gedehumaniseerd (Brophy et al., 2016). Zowel separatie zelf als de bijkomende gevolgen, zijn daarnaast destructief voor het herstelproces. Uit onderzoek van Strauss et al. (2013) komt zelfs naar voren dat 36% van de patiënten met 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' hulp zoeken mijden, uit angst voor separatie. Voor de werknemers is het voornamelijk gericht tot het ethisch aspect. Werknemers geven aan dat zij zich ongemakkelijk voelen wanneer zij

separatie toepassen, omdat zij zich bewust zijn van de vermindering van de autonomie van de patiënt (Valenti et al., 2015).

HOE GAAT HET HIC MODEL OM MET SITUATIES WAARIN HET HUIDIGE BELEID OVERGAAT OP SEPARATIE?

HET HIC MODEL

Een model die zich richt op de autonomie van de patiënt is het *High and Intensive Care* model (HIC), wat zich toont in een opname-afdeling. Het doel van het HIC model is de patiënt zijn regie over het eigen functioneren laten herwinnen en het bieden van bescherming door het bieden van herstel ondersteunende zorg (Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013). Bij herstel ondersteunende zorg staan de vier domeinen van herstel voorop: herstel van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke rollen en identiteit (Droës & Plooy, 2010). Het model is gericht op de reductie van dwang en drang (HIC, 2018) waarin een klinische opname gezien dient te worden als een uiterst middel: een onderbreking van de ambulante behandeling (Mierlo et al., 2013). Deze ambulante behandeling dient op de eerste plaats te komen, veelal in de vorm van *Assertive Community Treatment*-zorg (ACT-zorg) of *Intensive Home Treatment* (IHT). Wanneer deze zorg niet meer haalbaar is, wordt de zorg opgeschaald naar een opname binnen een HIC afdeling. Binnen een HIC afdeling staat het contact met de patiënt centraal, waarbij er tevens preventief en de-escalerend wordt gewerkt. Er heerst een *healing environment* (Mierlo et al., 2013). Daarnaast wordt het contact met zowel het ambulant behandelteam als de naasten van de patiënt nauw verbonden met de behandeling en blijft contact behouden.

Binnen een HIC afdeling worden High Care (HC) en Intensive Care (IC) met elkaar verweven, zodat er ten alle tijden opgeschaald kan worden van zorgzwaarte. Wanneer de zorg geïntensiveerd dient te worden, wordt er een-op-een begeleiding geboden aan de patiënt ter voorkoming van overplaatsing naar de Intensive Care. Wanneer overplaatsing niet voorkomen kan worden, dient deze zo kort mogelijk te duren. Het betreft hier enkele uren tot enkele dagen.

Binnen de IC kan eveneens de zorgzwaarte opgeschaald worden. Het betreft hier wederom een-op-een begeleiding. Echter, deze vorm van begeleiding kan op twee wijzen: direct of op afstand (Mierlo et al., 2013). Wanneer de directe een-op-een begeleiding niet voldoende relaas biedt aan de patiënt, kan er nogmaals gekozen worden voor opschaling van zorg: een-op-een begeleiding op afstand. Hierbij wordt de patiënt overgeplaatst naar een extra beveiligde kamer (EBK). Deze EBK is een vrijheidsbeperkende maatregel binnen het HIC model die vermeden dient te worden. Het is de laatste stap van het HIC model in een noodsituatie. Ondanks dat een separeer en EBK veel van elkaar weg hebben, wordt in de EBK het contact continue bewaard gebleven en behoudt de patiënt eigen

regie over bijvoorbeeld het licht, geluid en temperatuur. Dit in tegenstelling tot de vrijheidsbeperkende maatregel separatie die wordt gebruikt binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie.

BEST PRACTICE

Het behoud of herwinnen van eigen regie van de patiënt is een van de doelen van een opname (Mierlo et al., 2013). De eigen regie die een patiënt heeft betreft niet alleen het zelfstandig maken van keuzes; deze kunnen namelijk schadelijk zijn (op lange termijn). Als voorbeeld kan gedacht worden aan de keuze die een patiënt maakt om zichzelf niet meer te verzorgen. Op langere termijn kan dit schadelijk zijn voor de patiënt. Volgens het HIC model gaat het herwinnen van de eigen regie over langere termijn.

Het reduceren van dwang en drang binnen een klinische opname staat op de voorgrond binnen een HIC afdeling. Het reduceren van dwang en drang betreft hier meer dan alleen het abrupt stoppen met separatie. Vanuit verschillende *best practice* vindt er dwangreductie plaats, met als doel het behouden of herwinnen van de eigen regie van de patiënt (Voskes, Theunissen & Widdershoven, 2011). Deze *best practice* zijn volgens Voskes et al. (2011) onder te verdelen in verschillende thema's.

Bejegening en contact, de-escalerend werken en participatie van naastbetrokkenen zijn thema's voor dwangreductie die voornamelijk gericht zijn op de patiënt, die al dan niet een directe invloed hebben op de patiënt. De hulpverleners worden zich steeds meer bewust dat contact en bejegening van de patiënt een dwang reducerende werking heeft, alsmede een escalatie kan voorkomen door behoud van contact. Wanneer een patiënt gesepareerd wordt, treedt er een contactbreuk op in de relatie van de patiënt en hulpverlener. Dit dient vermeden te worden binnen de behandeling.

Daarnaast zijn er thema's die zich richten op het belang van de patiënt omtrent dwangreductie. Zo wordt er preventief gewerkt door gebruik van risico-taxatie instrumenten. De houding hierin verandert eveneens van "reactief denken en werken naar proactief denken en werken" (Voskes et al., 2011). Tevens vervullen ervaringsdeskundigen steeds vaker een rol binnen de klinische setting. Hun visie wordt hierbij steeds belangrijker.

Dwangreductie beperkt zich niet alleen tot de rol van de patiënt, maar eveneens tot de rol van de hulpverlener. Thema's die een rol spelen tot dwangreductie, gericht op de hulpverlener, zijn: evaluatie, reflectie, registratie, samenwerking en consultatie, en samenwerking met de ambulante zorg. Door middel van een brede en open organisatiecultuur, kunnen bijbehorende interventies slagen (Voskes et al., 2011). Door de registratie en het evalueren treedt er bewustwording op van de frequentie en gevolgen van bijvoorbeeld separeren. Door hierop te reflecteren kan routinematig werken worden teruggedrongen. Op deze wijze blijft 'de persoon achter de patiënt' zichtbaar. Tevens kan er door middel van samenwerking met de ambulante zorg crisis voorkomen worden, door tijdig de zorgzwaarte op te schalen. Zowel de klinische instelling als de ambulante zorgverlener dienen hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen voor de patiënt. Samenwerking kan tevens plaatsvinden

wanneer het een lastige casuïstiek betreft. CCE is een voorbeeld van externe consultatie. Zij kunnen ingeschakeld worden wanneer een patiënt bijvoorbeeld herhaaldelijk of voor langere tijd gesepareerd wordt.

Tot slot is er het thema omtrent Intensive Care. Deze wijze wordt gebruikt binnen het HIC model en weergeeft de opschaling van zorgzwaarte aan de hand van bijvoorbeeld Intensive Care Units. Er worden meer verantwoordelijkheden bij de patiënt gelegd en de behandeling sluit beter aan bij de behoeften van de patiënt. Een Intensive Care is niet een onafhankelijke afdeling op zich, maar een verantwoordelijkheid van de gehele organisatie (Voskes & Abma, 2010).

Bovengenoemde thema's bevatten expliciete werkwijzen die gezien worden als *best practice* rondom dwangreductie. Hierbij het is alsnog van belang dat deze werkwijzen niet volledig gestandaardiseerd worden. Steeds moet er gekeken worden naar de zinvolheid van de interventie betreft de specifieke patiënt en context (Voskes et al., 2011).

CONCLUSIE

Er kan geconcludeerd wordt dat Nederland actief bezig is het aantal separaties en de duur hiervan drastisch te verminderen. Separeren is voor de patiënt een ernstige traumatische ervaring die verstrekkende negatieve gevolgen heeft. Hierdoor worden er onder andere verschillende projecten opgezet die dwang en drang dienen te verminderen. Eveneens wordt er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende soorten methodieken en modellen. Een van de effectieve modellen die veel aanzien krijgt binnen de Nederlandse GGZ is het HIC model. Dit model reduceert dwang en drang door het effectief gebruik van op- en afschalen. Het HIC model bestaat uit *best practice* waarbij, samenwerking, eigen regie, bejegening en contact, en herstelgericht werken centraal staan.

METHODEPARAGRAAF

In deze paragraaf wordt de methodologie per onderdeel verantwoord. Het is een verheldering op hoe het onderzoek tot stand is gekomen, zodat deze eventueel gerepliceerd kan worden.

DEELNEMERS

Voor dit onderzoek zijn negen organisaties uitgekozen binnen Nederland die een afdeling acute psychiatrie hebben. De deelnemers zijn werkzaam binnen deze afdelingen. Er is gekozen voor deze deelnemers, doordat er op deze wijze de resultaten gebruikt kunnen worden binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia, die aan de start staat van de implementatie van het HIC model. De inclusiecriteria die gehanteerd is, betreft de implementatie van het HIC model binnen de afdeling. De mate van implementatie behoort niet tot de inclusiecriteria. De werknemers zijn zowel opgeleid als verpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundige en sociaal pedagogisch hulpverlener. Voor dit onderzoek is het niet van belang of zij eerder op een HIC afdeling werkzaam zijn geweest, aangezien hun huidige functie binnen een HIC afdeling is.

Respondenteigenschappen					
Respondent	Leeftijd	Geslacht	Functie	Opleidingsniveau	Sinds start implementatie HIC model
1	± 25	Vrouw	Verpleegkundige	Hbo V + HIC post hbo	Nee
2	± 35	Vrouw	Senior Verpleegkundige	Hbo V + HIC post hbo	Ja
3	± 40	Man	Senior verpleegkundige	Hbo V + HIC post hbo	Ja
4	± 35	Man	Klinisch case manager	SPH	Nee
5	± 55	Vrouw	Verpleegkundige	-	Ja
6	± 40	Man	Psychiatrisch verpleegkundige	Hbo	Ja
7	± 35	Man	Teamleider acute psychiatrie	Hbo	Ja
8	± 25	Vrouw	Verpleegkundige	Hbo V + HIC post hbo	Nee
9	± 25	Vrouw	Verpleegkundige	Hbo V	Nee

PROCEDURE

Tussen december 2018 en februari 2019 zijn zestien organisaties geselecteerd via een doelgerichte steekproef. Alle deelnemers zijn geworven via mailcontact of LinkedIn. Van de zestien benaderde organisaties, hebben negen werknemers deelgenomen aan het onderzoek. Drie organisaties zijn voortijdig gestopt met contact, van vier deelnemers kwam geen respons. Zodra de deelnemers hebben ingestemd in het onderzoek, ontvingen zij de topiclijst en de verklaring van vertrouwelijkheid (zie bijlage 4). Hierin is informatie omtrent het onderzoek opgenomen en hun recht om op elk gegeven moment uit deelname te stappen van het onderzoek. Alle deelnemers hebben deze akkoordverklaring

ondertekend. Om de anonimiteit te waarborgen, zijn de ondertekende verklaringen niet opgenomen in de bijlage. Deze zijn in het bezit van de onderzoeker.

De interviews hebben plaats gevonden binnen de organisatie waar de werknemer werkzaam is. Er is vooraf toestemming verleend voor het interview en het opnemen hiervan. Het doel hiervan is eveneens uitgelegd. De interviews duurden tussen de 30 en 60 minuten, waarvan een uitschieter zit van 1 uur en 19 minuten.

MEETINSTRUMENTEN

De topiclijst is gebaseerd op de resultaten vanuit het literatuuronderzoek wat vooraf is opgesteld. Dit literatuuronderzoek ging over het separeren, het verschil met separeren met het HIC model, het HIC model en de *best practice* vanuit het HIC model. De vragen gaan over deze onderwerpen. De ervaringen van de werknemers worden hier eveneens in gevraagd. De topics zijn: context, separeren met subcategorieën frequentie en ervaring, het HIC model met subcategorieën implementatie en ervaring, en *best practice*. De topiclijst is gekalibreerd met zowel de werkplaats docent als de beoordelaar om de betrouwbaarheid te vergroten, zie bijlage 3.

ANALYSE

De interviews zijn, met toestemming van de deelnemers, digitaal opgenomen. Vervolgens zijn deze volledig getranscribeerd, inclusief stopwoorden. Namen van werknemers en organisaties zijn aangeduid met ‘***’ om de anonimiteit te waarborgen. Deze gegevens zijn bij de onderzoeker bekend. Vanuit de transcripten zijn er open coderingen toegekend aan de fragmenten, zie bijlage 2.1 voor een voorbeeld. Deze open coderingen zijn vervolgens gekalibreerd met een tweede partij. De coderingen zijn gesorteerd per onderwerp. Vanuit hier zijn de axiale coderingen toegekend en zijn deze geïntegreerd in categorieën (zie bijlage 2.2 en 2.3). Vervolgens zijn deze coderingen verwerkt in een taxonomie, waar de thema’s naar voren zijn gekomen en in welke interviews dit vermeld wordt. Dit is terug te vinden in bijlage 2.4. Op basis van de taxonomie zijn de resultaten geschreven. Hierbij worden de resultaten ondersteunt aan de hand van quotes van de deelnemers.

RESULTATENPARAGRAAF

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven die antwoord geven op de onderzoeksvraag en bijhorende deelvragen. De resultaten komen voort uit de interviews die afgenomen zijn. Vanuit de taxonomie (bijlage 2.4) zijn de thema's zichtbaar: aspecten vanuit het HIC model, dwang en drang, separatie, werknemers, samenwerking, het advies omtrent het implementeren van het HIC model en tot slot ervaringen.

HOE GAAT HET HIC MODEL OM MET SITUATIES WAARIN HET HUIDIGE BELEID OVER GAAT TOT SEPARATIE?

Naast situaties waarin dwang en drang voorkomen, is er gericht onderzoek gedaan naar factoren die meespelen in zowel de toename als de afname van het aantal separaties. Binnen verschillende organisaties zijn er verschillen te zien of het aantal separaties af- of toenemen. Zo geven meerdere respondenten aan dat het aantal separaties afnemen en daarbij ook de duur van de separatie afneemt. Een enkele respondent wijt dit aan de extra inzet van noodmedicatie. Meerdere respondenten geven echter aan dat er een toename te zien van het aantal separaties, eveneens het aantal separaties per individu. De meeste respondenten geven aan dat separeren niet altijd te voorkomen is. Een respondent stelt:

“Echt separeervrij verplegen is in die zin wel een utopie, vanwege het gevaar wat er soms is.” [respondent 7]
Volgens meerdere respondenten valt dit te wijten aan patiënten die tegen het forensische aan zitten.

Meerdere respondenten geven aan dat een kritische herbeoordeling van de patiënt in de separeer zorgt voor de afname van de duur van de separatie. De patiënt kan hierdoor sneller terugkeren naar de afdeling. Meerdere respondenten geven aan dat zij gebaat zijn om de patiënt terug te laten keren, waardoor er gekeken wordt naar meerdere mogelijkheden. Ook om separatie te voorkomen wordt er gekeken naar verschillende mogelijkheden. Zo geeft een respondent aan langer fysiek in te grijpen bij agressie om separatie te voorkomen:

“Dan proberen we ook niet automatisch te denken: ‘iemand gaat het gevecht aan en moet noodmedicatie krijgen’, dat is voor ons niet direct een reden voor separatie. Vaak proberen we op hun kamer, na de medicatie, eerst weer even te kijken en in contact te komen. Soms is het even de lading van dat moment, de angst of zit er iets heel anders onder.” [respondent 2]

Een respondent geeft meerdere malen aan dat tijd creëren voor de patiënt en communicatie met de patiënt separatie kan voorkomen. Het verblijf in de separeer of EBK is traumatiserend en heeft een grote impact op de eigen regie en autonomie van de patiënt, zo stellen verschillende respondenten. Een van hen vertelt:

“Hoe psychotisch ze ook zijn, wat er ook met ze gebeurd is, die EBK, die klik, die deur. Dat je je totale regie kwijt bent, je autonomie kwijt bent. Je bent helemaal overgeleverd aan zo'n rode rot bel. Een rood stipje. En je wordt 24 uur in de gaten gehouden door camera's. Ja, het lijkt mij een ware hel hoor, echt waar. En dat moet gewoon een traumatische ervaring voor je zijn.” [respondent 6]

De meest genoemde reden tot separatie is de onveiligheid op de afdeling binnen bepaalde situaties. Zo geven de meeste respondenten aan dat er agressie-incidenten hebben plaatsgevonden, waarbij de patiënt te gevaarlijk werd geacht. Eveneens door decompensatie door drugsgebruik, neemt het aantal agressie-incidenten toe, stellen enkele respondenten.

WAT ZIJN DE VOOR- EN NADELEN VAN HET WERKEN MET HET HIC MODEL?

ASPECTEN VANUIT HET HIC MODEL

Binnen de implementatie van het HIC model komen er verschillende onderwerpen naar voren, die zowel positieve als negatieve aspecten bevatten. Bijna alle respondenten geven aan dat zij bejegening en contact binnen het HIC model als een verbetering zien binnen de behandeling. De meerderheid stelt dat de patiënten sneller zullen herstellen wanneer er altijd in contact wordt gebleven met de patiënt:

“Natuurlijk de bejegening en de manier waarop je iets doet, zet je allemaal in voor contactherstel en om contact te behouden. Of op basis van contactontwikkeling, geef je steeds kleine stukjes regie aan de cliënt terug.”

[respondent 5]

Eveneens stellen meerdere respondenten dat een hoge aanwezigheid op de afdeling, waarbij de verpleging laagdrempelig te benaderen is, zorgt voor een positief effect op de patiënt. Zo vertelt een respondent dat hij het vaker van patiënten te horen krijgt dat een hoge aanwezigheid als prettig wordt ervaren:

“Vaak krijgen we ze ook wel eens terug (vanuit de High Care). Het is daar dan te chaotisch, te veel prikkels. En wij zijn er eigenlijk altijd. Dat krijgen we ook terug: “jullie zijn er altijd”. Dat kan je irritant vinden, maar heel veel mensen vinden dat heel erg fijn.” [respondent 6]

Sinds de implementatie van het HIC model, is er dan ook meer tijd en aandacht vrij die besteedt kan worden aan de patiënt, vinden de meeste respondenten. Echter, een respondent geeft aan dat dit idee niet altijd werkt. Zo merkt deze respondent dat wanneer zij op de groep gaat rapporteren, zij minder beschikbaar oogt voor de patiënt. De patiënt gaat hierop alsnog naar het verpleegkantoor om vragen te stellen.

Patiënten blijken, volgens de respondenten, baat te hebben bij het juiste gebruik van op- en afschalen van de zorgzwaarte binnen High Care en Intensive Care. Bij verschillende afdelingen wordt er bij begin van de opname beoordeeld op welke plek de patiënt start. Het streven hierbij is volgens meerdere respondenten dat de opname zo vrij mogelijk start, waarna later, als nodig blijkt, er opgeschaald kan worden van zorg. De meerderheid van de respondenten geeft aan eenvoudig te kunnen opschalen tussen ruimtes. Daarnaast geven bijna alle respondenten aan dat zij eveneens opschalen door de inzet van extra personeel. Zo stelt een respondent:

“Dus wij willen graag die nabijheid bieden om bijvoorbeeld te zorgen dat iemand niet gesepareerd hoeft te worden, maar dan hebben wij wel gezegd dat er dan geld beschikbaar moet zijn maar ook personeel om dan te komen, om ervoor te zorgen dat dat dan niet meer hoeft.” [respondent 9]

Het juist toepassen van de verschillende *best practice* vanuit het HIC model, zorgt voor positieve resultaten en de toename van de kwaliteit van zorg, stellen meerdere respondenten. Echter, de implementatie kost, volgens meerdere respondenten, veel tijd om deze goed te laten verlopen:

“Het is niet zo dat je van op de een op de andere dag denkt van ‘hé, we gaan nu totaal anders werken, want we zijn nu een HIC’. Het is altijd een proces, best wel een lang proces waar je doorheen gaat, waarbij je steeds op bepaalde punten gaat veranderen, waardoor je uiteindelijk voldoende presteert of voldoende dingen beheerst, waardoor je jezelf een HIC afdeling kan noemen. Dus ja, dat kost tijd.” [respondent 3]

Daarbij geven enkele respondenten aan dat het HIC model uitgaat van een te idealistisch beeld:

“De HIC gaat wel uit van een heel idealistisch beeld, vind ik. In die zin, dat is allemaal zorg voor de patiënt, natuurlijk is het allemaal zorg voor de patiënt. Maar ze gaan er wel echt van uit dat die dingen die ze erin schrijven, ook allemaal vrij makkelijk haalbaar zijn” [respondent 3]

Tevens geeft een respondent aan dat het HIC model inherent is aan de toename van agressie, voornamelijk door het laagdrempelige beleid.

Er wordt door een respondent aangegeven dat het een uitdaging is om bezig te zijn met herstel, voor zowel de werknemers als de patiënt. Er dient zorg te worden geleverd die aansluit op de behoefte van de patiënt. Deze behoefte kan ontdekt worden door het verblijf in de separeer te evalueren met de patiënt. Meerdere respondenten geven aan dat dit leidt tot meer inzicht, bijvoorbeeld wat de patiënt heeft gemist. Daarnaast geven de meeste respondenten aan dat het positief is dat er steeds meer gereflecteerd wordt op het handelen:

“Ik vind het wel een goede ontwikkeling dat je genoodzaakt bent om dat allemaal heel zorgvuldig te bekijken, wat je doet, hoe je het doet.” [respondent 5]

Echter, meerdere respondenten geven aan dat er niet altijd een intervisie wordt gehouden, omdat dat het eerste is wat zij laten vallen. Wel zijn er bij meerdere instellingen verschillende werkgroepen die zich richten op een bepaald thema. Zo zijn er ook herstelgroepen voor de patiënt, die volgens een respondent een positief effect hebben op de patiënt.

Om de behandeling juist vorm te geven, wordt er een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) gehouden. Een respondent geeft hierbij aan dat wanneer het ZAG eerder wordt georganiseerd, er ook eerder gestart kan worden met de behandeling. Daarnaast geven meerdere respondenten aan dat er, sinds de implementatie van het HIC model, meer tijd is om een ZAG voor te bereiden:

“We hebben meer tijd om een ZAG voor te gaan spreken en tijd te investeren in de patiënten, wat we eigenlijk nooit hadden.” [respondent 2]

Ondanks de tijd die er volgens sommige respondenten bij is gekomen, geven de meeste respondenten aan dat het ZAG niet binnen de gestelde termijn van 24 uur kan worden georganiseerd. Tevens geeft een respondent aan dat niet iedereen gemotiveerd is om naar een ZAG te komen, mede wegens financiële redenen.

Het HIC model stelt dat er een *healing environment* (herstelgerichte omgeving) gecreëerd dient te worden. Volgens meerdere respondenten heeft het een positief effect dat de patiënt zich kan terugtrekken wanneer er meerdere ruimtes zijn. Een respondent vertelt:

“Maar als je dan toch komt in een klinische omgeving, dan is het wel zo prettig dat daar wel goed over nagedacht is en ook uit onderzoek is gevoed van wat is dan goed.” [respondent 7]

Echter, er wordt door meerdere respondenten aangegeven dat het creëren van een *healing environment* veel geld kost en dat het bouwtechnisch niet altijd haalbaar is, bijvoorbeeld doordat de afdeling gevestigd is in een bestaand gebouw. Daarnaast geven meerdere respondenten aan dat de veiligheid zal afnemen bij de afwezigheid van een separeer/EBK:

Het liefst willen zij helemaal geen gebruik meer maken van de separeer natuurlijk, een EBK, hoe je het ook wilt noemen. Maar het moet wel veilig blijven. [...] Dus je kan het ook niet meer zeggen van “we gaan hem niet meer gebruiken of we mogen er niet op terugvallen”. Ja, dan gebeuren er incidenten.” [respondent 3]

DWANG EN DRANG

Binnen een gesloten opname ontstaan veelal situaties waarin dwang en drang naar voren komt. Binnen deze paragraaf is er gekeken naar factoren die van invloed zijn op zowel de toename als de afname van dwang en drang. Deze factoren zijn niet specifiek gericht op de vrijheidsbeperkende maatregel separeren.

De meeste respondenten geven aan dat de communicatie met patiënt over wat hij/zij nodig heeft, leidt tot herstel. Hierdoor is het voor de meeste respondenten van belang dat de verpleging in contact blijft met de patiënt:

“Heel ondersteunend en motiverend en op een positieve manier en met veel waarderende woorden voor datgeen wat de cliënt laat zien en de pogingen die je doet om ook aan hun eigen herstel te werken” [respondent 5]

Door het effect van separeren op de patiënt, proberen verschillende respondenten het zo humaan mogelijk te houden. Er dient niet beheersmatig gewerkt te worden. Dit creëert spanning bij de patiënt, volgens enkele respondenten.

Meerdere respondenten geven aan dat spanning verminderd kan worden door het inzetten van vrijblijvende dagbesteding. Geen dagbesteding hebben, zorgt voor oplopende spanning, stellen enkele respondenten:

“Alleen in het weekend niet. Dat is een beetje jammer. En dat persoonlijk vind ik persoonlijk bijzonder jammer. Want eigenlijk, wat je in die vijf dagen doordeweeks opbouwt, wordt weer een beetje om zeep geholpen in het weekend, want dan zijn ze op zichzelf aangewezen [...] En dan is de avond ook nog zo lang, want je wordt ook niet moe van werk of van therapie. Dus eigenlijk zitten ze op zondagavond om zes uur helemaal aan hun taks qua van zichzelf opwinden van verveling.” [respondent 6]

Om dwang en drang te reduceren, geven meerdere respondenten aan dat dit kan door middel van het gebruik van verschillende ruimtes. Ook geven meerdere respondenten aan dat de spanning verminderd kan worden door het gebruik van hiervoor bestemde materialen, zoals een verzwaarde zitzak.

Meerdere respondenten maken gebruik van risicotaxatie instrumenten, waarop geanticipeerd wordt om dwang en drang te verminderen. Ook het gebruikmaken van de Safewards methodiek, blijkt volgens meerdere respondenten effectief te zijn. Volgens meerdere respondenten reduceren trainingen, gericht op de-escalerende sociale vaardigheden, eveneens dwang en drang.

De samenwerking met een patiënt heeft eveneens een reducerende werking op dwang en drang. Zo geven enkele respondenten aan dat het de-escalerend werkt wanneer zij mogen meebeslissen in hun behandeling. Tevens geven meerdere respondenten aan dat de eigen regie van de patiënten hiermee wordt vergroot, wat leidt tot sneller herstel. Een respondent geeft ook aan dat bepaalde interventies of handelingen van de verpleging aan de patiënt uitgelegd dienen te worden waarom dat voor het belang van herstel is:

“Dat je alles aan het uitleggen bent en ook de samenwerking met de cliënt zoekt, omdat hij natuurlijk ook alles doet wat hij kan doen om aan zijn eigen herstel te werken.” [respondent 5]

Wat meerdere keren wordt aangehaald door een respondent is dat de dwang en drang en de impact daarvan, verminderd kan worden door te zoeken naar andere manieren rondom de beperking.

“Wat kan je doen om dan de narigheid die ze daarvan ondervinden zo laag mogelijk te houden. Dat je iemand wel de gelegenheid geeft onder begeleiding met de telefoon van het ziekenhuis even te bellen. Dat je gewoon gaat kijken naar oplossingen over hoe we iemand toch iets kunnen geven.” [respondent 5]

WERKNEMERS

Werknemers blijken eveneens invloed te hebben op separaties. Vertrouwen in het team is van belang voor het voorkomen en verkorten van separaties. Veelal wordt er opgeschaald aan de hand van het inzetten van extra personeel. Een respondent geeft aan dat het niet tijdig opschalen van zorgzwaarte, ervoor kan zorgen dat de situatie escaleert. Meerdere respondenten geven aan dat er door onderbezetting van het team, het aantal separaties stijgt:

“Dat de separeercijfers dus toenemen. Dat er soms ook gezegd wordt: “als we een goede bezetting hadden gehad, was het mogelijk geweest om deze patiënt een-op-een of twee-op-een begeleiding op de afdeling te houden, maar vanwege de veiligheid durfden we het gewoon niet aan,” omdat je collega’s hebt waarvan je niet weet of je er op aan kan”. [respondent 2]

Collega’s waarvan je niet weet of je “er op aan kan”, betreft de invalkrachten die door de onderbezetting worden ingezet. Volgens meerdere respondenten neemt de onveiligheid op de afdeling toe door het inzetten van invalkrachten:

“Met deze collega’s waarmee ik nu sta, durf ik het wel aan. En dat vertrouwen moet je wel hebben en als je met onbekende invallers staat, dan kan je daar niet daarop vertrouwen. Want je weet niet wat ze doen als er wat gebeurt.” [respondent 2]

Eveneens krijgen de patiënten hierdoor meer te maken met situaties waarin dwang en drang een rol speelt, vinden meerdere respondenten. Meerdere respondenten vinden ook dat ze meer tijd kwijt zijn aan invalkrachten, doordat zij steeds vragen moeten stellen. Enkele respondenten geven aan dat hun afdeling gebruik maakt van vaste invallers om de zorg te continueren. Een van deze respondenten vertelt over hun afdeling, waar zij een eigen *flexpool* hebben ontwikkeld. Meerdere respondenten geven aan dat continuering van zorg voortkomt door het hebben van een vast team en dat het vertrouwen in elkaar toeneemt. Meerdere respondenten vinden dat er hierdoor een beroep gedaan kan worden op iemand zijn/haar kwaliteiten en deze hiervoor in te zetten. Meerdere respondenten vinden

dat er een veilig klimaat ontstaat voor ontwikkeling, wanneer er met een vast team wordt gewerkt. De werkwijze is immers belangrijk voor een goede implementatie van het HIC model, stellen enkele respondenten. Zo stelt een respondent:

“Personeel is de succesfactor van het werken op de HIC, van het slagen van het HIC model. Want ik denk ook ‘het kan nog zo leuk uit een boek komen, het kan nog zo leuk vanuit een kantoor bedacht zijn, maar het zijn de mensen op de directe werkvloer in het directe cliëntencontact die het verschil maken’.” [respondent 7]

De implementatie van het HIC model heeft volgens de meeste respondenten enigszins invloed op de werknemers. Meerdere respondenten geven aan dat het takenpakket verandert. Eveneens heerst er aan het begin van de implementatie veel onduidelijkheid, stellen meerdere respondenten.

“Het is een stukje cultuuromslag. Het heeft echt wel even een paar maanden tot een jaar gekost, voordat je je draai weer gevonden hebt, van: oké, wat ga je doen? We kunnen met de patiënten spelletjes gaan spelen of dan kunnen we appeltaarten gaan bakken, ik noem maar wat. Dat is gewoon heel erg zoeken geweest en op een gegeven moment komt meer dat besef.” [respondent 2]

Sinds de implementatie is er bij de meerderheid van de respondenten een groot verloop geweest van personeel. Meerdere respondenten geven aan dat er een bepaalde weerstand tegen het HIC model is, vanuit een eigen visie. Een respondent zegt hierover:

“Oh, gaan we het nu weer op deze manier doen?” En die doen dan bij de HIC “oh, wat is dat nou weer? Is dat weer een nieuwe afkorting? Nou, daar heb ik er in die dertig jaar wel honderd van gehad en we gaan het toch weer zo doen op die manier”. Dus dan is er een zekere weerstand om die gedachte om te zetten om het dus op een andere manier te proberen.” [respondent 3]

Enkele respondenten geven aan dat jonge collega's daarentegen vaak enthousiast zijn nieuwe dingen uit te proberen. Tevens geven meerdere respondenten aan dat er binnen het team compromissen gesloten dienen te worden betreft de implementatie. Uiteindelijk komt er door het HIC model meer verantwoordelijkheid bij de werknemers te liggen. Dit wordt als positief ervaren volgens enkele respondenten.

SAMENWERKING

Een respondent geeft aan dat de patiënt meer betrokken wordt in zijn/haar eigen behandeling. Meerdere respondenten geven hierbij aan dat openheid en vertrouwen ervoor zorgt dat de samenwerking met de patiënt zich kan ontwikkelen. Volgens een respondent vraagt dit wel om een cultuuromslag:

“Het is toch ook een beetje de cultuuromslag, wat ik zei, meer samen met de patiënt.” [respondent 2]

Gericht op het welzijn van de patiënt, geeft een respondent aan dat op hun afdeling activiteiten- en woonbegeleiders aanwezig zijn. Dit wordt als zeer positief ervaren. Andere organisaties die worden ingezet, zijn volgens meerdere respondenten: fysiek zorgbegeleiders en de politie. Meerdere respondenten geven aan dat zij kennis delen met en over andere afdelingen, door meeloopdagen te organiseren voor werknemers. Wanneer kennis tekort schiet bij bepaalde casuïstiek, wordt de expertise, volgens enkele respondenten, gevraagd aan CCE of iets dergelijks.

De samenwerking met de organisaties (of afdelingen) die nazorg bieden is, volgens meerdere respondenten, nog niet optimaal. De overgang van een gesloten opname naar huis is te groot, volgens enkele respondenten. Meerdere respondenten geven hierbij aan dat het ontbreken van de juiste nazorg ervoor zorgt dat patiënten terugvallen:

“En soms gaat iemand naar huis en valt die eigenlijk een beetje in een gat. Dat is natuurlijk super zonde, want dan zie je vaak ook dat iemand terugkomt. Dan zou het goed zijn om meer samen te werken.” [respondent 8]

Tot slot vindt er samenwerking plaats met naastbetrokkenen van de patiënt. Zo maken meerdere respondenten gebruik van *rooming in*, zodat de naastbetrokkene bij de patiënt kan blijven. Meerdere respondenten betrekken de naastbetrokkenen actief in de behandeling en een respondent heeft op hun afdeling een familie ervaringsdeskundige om te bemiddelen tussen het contact. Meerdere respondenten geven aan dat de inzet van naastbetrokkenen een positief effect heeft op de patiënt en zijn/haar herstel. Daarentegen geven meerdere respondenten aan dat de samenwerking met naastbetrokkenen vraagt om verbetering.

ADVIES OMTRENT HET IMPLEMENTEREN VAN HET HIC MODEL

Door meerdere respondenten wordt er aangegeven dat er geïnvesteerd dient te worden in het verkrijgen van kennis. Niet alleen in kennis, maar ook in het vergemakkelijken van de cultuuromslag bij werknemers, wanneer het HIC model wordt geïmplementeerd, dient er geïnvesteerd te worden. Zo stelt een respondent dat *teamcoaching* en intervisie zeer effectief is. Wanneer dit te snel gaat, zegt een respondent het volgende:

“Er is geen team die dat kan handelen als je dat in een keer doet. Dan jaag je ze echt over de klink.”

[respondent 2]

Eveneens stellen meerdere respondenten dat er geïnvesteerd dient te worden in toegewijde collega's.

Meerdere respondenten geven aan dat het HIC model vormgegeven dient te worden aan de hand van de haalbaarheid binnen de eigen afdeling. Echter, openheid en aandacht richting de patiënt dient voorop te blijven staan, stellen enkele respondenten. Goede resultaten in een behandeling geven immers een positief gevoel, volgens meerdere respondenten.

DISCUSSIE

In deze paragraaf bevindt zich de conclusie die de bevindingen weergeeft die het meest van belang zijn ter beantwoording van de onderzoeksvraag. In de discussie zullen deze bevindingen vergeleken worden met de bevindingen in het literatuuronderzoek en worden eventuele kanttekeningen en/of bevestigingen aangehaald. Daarnaast worden limitaties van dit onderzoek aangekaart. Tot slot worden er, aan de hand van de resultaten uit dit onderzoek, aanbevelingen gemaakt voor het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie.

CONCLUSIE

In dit onderzoek is geprobeerd de onderzoeksvraag te beantwoorden. De onderzoeksvraag luidt: ‘hoe draagt het HIC model bij aan het verminderen van separaties binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia?’ Om antwoord te kunnen geven op deze vraag, is er een kwalitatief onderzoek gehouden binnen verschillende organisaties die het HIC model (deels) hebben geïmplementeerd.

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat implementatie van het HIC model, zowel voor- als nadelen met zich meebrengt. Met name de aspecten rondom bejegening en contact worden als positief ervaren. Door de hoge presentie is er meer tijd en aandacht voor de patiënt en de patiënt herstelt hierdoor sneller. Daarnaast blijkt dat reflecteren op het eigen handelen en het evalueren van interventies, sinds de implementatie van het HIC model, verbeterd is. Hierdoor ontstaat er meer inzicht en kan het handelen verbeterd worden.

Contact en communicatie met de patiënt wordt door de meerderheid gezien als effectief in de reducering van dwang en drang. Het gevoel aan de patiënt geven dat hij zijn eigen regie in handen heeft, werkt de-escalerend. Hiernaast kunnen vrijblijvende dagbestedingen, verschillende ruimtes en risicotaxatie instrumenten dwang en drang reduceren.

Het HIC model gaat uit van de effectiviteit van het op- en afschalen bij de toename van zorgzwaarte. Hierdoor worden patiënten minder gesepareerd. De resultaten uit dit onderzoek bevestigen deze effectiviteit. Er wordt opgeschaald aan de hand van zowel het gebruik van ruimtes als de inzet van extra personeel.

De implementatie van het HIC model vergt echter veel tijd en de verbouwing omtrent het *healing environment* brengt eveneens moeilijkheden met zich mee. Daarnaast kost het veel tijd en is het een langdurig proces voor de werknemers om het HIC model optimaal te implementeren. Wanneer het HIC model geïmplementeerd wordt, heerst er veel onduidelijkheid. Er dient gekeken te worden naar de mogelijkheden binnen de eigen afdeling en hier zullen uiteindelijk compromissen over gesloten moeten worden.

Het vraagt om een bepaalde cultuuromslag, zowel voor werknemer, als de patiënt die meer betrokken wordt in zijn/haar eigen behandeling. Hier dient de visie van de werknemer in mee te gaan. Wat voornamelijk naar voren komt betreft de visie van de werknemer, is dat deze lastig te veranderen is bij de oudere collega's. Zij houden al een geruime tijd vast aan een bepaalde visie, waardoor implementatie van het HIC model bij hen lastig gaat. Veel collega's vertrekken hierdoor uit de acute psychiatrie. Dit resulteert in onderbezetting van werknemers binnen het vaste team. Veel invalkrachten worden ingezet om de bezetting te optimaliseren, maar dit brengt veel negatieve aspecten met zich mee. Eveneens resulteert de inzet van invalkrachten in een onveilig gevoel onder de werknemers. Dit terwijl het vertrouwen in het team van belang is voor zowel het voorkomen als het verkorten van separaties.

Wat betreft samenwerkingen met anderen, komt naar voren dat er samenwerking is ontstaan door kennis aan elkaar over te dragen omtrent de implementatie van het HIC model. Daarbij wordt

steeds meer gebruik gemaakt van de samenwerking met naastbetrokkenen. Echter, de samenwerking met de ambulante zorg verloopt niet optimaal. Het ontbreken van effectieve nazorg resulteert in terugval onder de patiënten.

Tot slot worden er verschillende adviezen gegeven omtrent de implementatie van het HIC model. Het investeren in zowel het proces van de werknemers, als in de kennis van de werknemers is een advies wat meermaals wordt gegeven.

DISCUSSIE

In dit onderzoek is er gezocht naar factoren die dwang en drang reduceren en naar hoe het HIC model geïmplementeerd wordt. Een factor die meespeelt in de reductie van dwang en drang is te vinden binnen de bejegening en contact naar een patiënt. Door bepaalde manieren van communicatie met de patiënt en het meer betrekken van de patiënt, wordt spanning enorm verlaagt, wat overeenkomt met het onderzoek van Voskes et al. (2011). Hiernaast is het tijdig opschalen van zorgzwaarte van belang in de reductie van dwang en drang. Dit komt eveneens in beide onderzoeken naar voren. Sommige respondenten hebben echter een bemande Intensive Care, in tegenstelling tot wat het HIC model adviseert. Ondanks dat dit gezien kan worden als een minpunt op de implementatie, ontvangt de patiënt meer zorg op een Intensive Care.

De implementatie van het HIC model onder werknemers blijkt niet eenvoudig te zijn. Deze bevinding is niet naar voren gekomen in het literatuuronderzoek. Echter, bepaalde visies en attitudes blijken een optimale implementatie in de weg te staan. Het is een langdurig proces alle onderdelen van het HIC model te implementeren. Niet alleen de implementatie van de interventies en methodieken, maar ook de verandering in werkwijze van de werknemers. Veel werknemers blijken hun visie en attitude niet te veranderen en nemen hierop ontslag.

Uit onderzoek van Li, Zhang, Xiao, Chen & Lu (2019) komt naar voren dat het gevoel van verbondenheid met de organisatie invloed heeft op de intentie ontslag te nemen. Doordat de visie van de organisatie veranderd door het HIC model, kan dit het verloop van werknemers verklaren. In het rapport van GGZ Nederland (2018) worden de volgende oorzaken genoemd van het verloop van werknemers: vergrijzing, de vraag naar hbo geschoolden, de komst van nieuwe functies, de toename van administratieve taken en het tekort aan opleidingsplaatsen binnen deze sector. Zowel de veranderende visie, als de oorzaken die GGZ Nederland (2018) noemt, resulteren in structurele personeelstekorten en onderbezetting op de afdelingen. Echter, dit is niet in het voorgaande literatuuronderzoek naar voren gekomen. Vanuit meerdere respondenten kwam naar voren dat het HIC model een te idealistisch beeld heeft van de implementatie. Dit zou kunnen verklaren waarom het niet naar voren is gekomen in de literatuur.

Uit analyse van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019) speelt het personeelstekort een aanzienlijke rol in de toename van incidenten en blijkt het een structureel probleem te zijn. Zowel

nationaal (GGZ Nederland, 2018) als internationaal (Brook, Aitken, Webb, MacLaren, & Salmon, 2019).

Het HIC model is ontwikkeld ter reducering van dwang en drang. Door het ondertekende manifest wordt er als doel gesteld niet meer te separeren per 1 januari 2020 (Dolhuys, z.j.). Ondanks dat er meerdere interventies effectief zijn in de reducering van dwang en drang, zijn er patiënten die dusdanig ontregeld zijn dat zij alsnog gesepareerd worden. Meerdere respondenten geven aan dat separeren niet te voorkomen is, terwijl een respondent echter aangeeft dat er niet meer gesepareerd wordt op hun desbetreffende afdeling. Binnen deze afdeling wordt er het meest effectief gewerkt met op- en afschalen. Dit kan erop duiden dat andere afdelingen (nog) niet optimaal gebruik maken van op- en afschalen of dat zij daar, bouwtechnisch, de mogelijkheid niet toe hebben.

LIMITATIES

Er is gezocht naar organisaties die een soortgelijke afdeling hebben als het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie en het HIC model dusdanig hebben geïmplementeerd. De resultaten kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar andere opnameafdelingen, dan de acute psychiatrie, binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat bij replicatie van dit onderzoek dezelfde resultaten zullen worden gesteld. Dit maakt de resultaten van dit onderzoek valide.

Er is verschil te zien in de resultaten van de afdelingen die een hoge score op de HIC monitor hebben en afdelingen die een lagere score op de HIC monitor hebben. De ervaringen en het implementatieproces zijn vrijwel gelijk tussen deze groepen. Er is vooral verschil te zien in de samenwerkingen tussen organisaties, het hebben van kennis bij de werknemers en het gebruik van op- en afschalen.

Daarnaast is er verschil te zien tussen de werknemers die werkzaam zijn op een High Care afdeling en werknemers die werkzaam zijn op een Intensive Care afdeling. Zo separeren de werknemers op een High Care afdeling nauwelijks, omdat er eerst wordt opgeschaald naar een Intensive Care. Bij vervolgonderzoek zouden de criteria aangepast dienen te worden waarin deze werknemers in de exclusiecriteria vallen.

Waar het vervolgonderzoek zich nog meer op kan richten, zijn de werknemers die destijds ontslag hebben genomen toen het HIC model werd geïmplementeerd. Dit zorgt voor nieuwe en betere inzichten. Zeker aangezien de resultaten uit dit onderzoek als doel dienen de implementatie van het HIC model binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie te vereenvoudigen.

AANBEVELINGEN

Ten eerste wordt aanbevolen interventies te implementeren waarbij bejegening en contact op de voorgrond staan. Hierdoor reduceert dwang en drang. Er kan gedacht worden aan het toepassen van de presentiebenadering, waarbij de bejegening bestaat uit onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt (Movisie, 2016). Hierdoor zal de patiënt zijn eigen regie terugwinnen.

Ten tweede wordt supervisie binnen het team aanbevolen. Supervisie vergroot het zelfinzicht, laat de persoonlijke effectiviteit toenemen, verlaagt de arbeidsbelasting, bevordert de effectiviteit van het handelen en het versterkt het professioneel handelen (Rietveld & Mutsaers, 2012).

Ten derde wordt aanbevolen de *healing environment* te bevorderen. Dit kan voornamelijk gedaan worden door de architectuur aan te passen, zoals extra opschalingsruimte te plaatsen of touchscreens te plaatsen in een EBK.

REFERENTIES

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Geraadpleegd op [https://connect.fontys.nl/instituten/fhhrmenp/tp/tp4afsaop/Lesmateriaal/\[1\]%20Handleiding%20en%20bijlagen%20studiejaar%20%202018-2019/Gedragscode%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf](https://connect.fontys.nl/instituten/fhhrmenp/tp/tp4afsaop/Lesmateriaal/[1]%20Handleiding%20en%20bijlagen%20studiejaar%20%202018-2019/Gedragscode%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf)
- Brophy, L.M., Roper, C.E., Hamilton, B.E., Tellez, J.J., & McSherry B.M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6).
- Brook, J., Aitken, L., Webb, R., MacLaren, J., & Salmon, D. (2019). Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, (91), 47-59.
- Chu, C.M., Thomas, S.D., Ogloff, J.R., & Daffern, M. (2011). The predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a secure forensic hospital: risk factors and strengths. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4).
- Dolhuys. (z.j.). *Stichting het Dolhuys* [Website]. Geraadpleegd op 14 september, 2018, op <https://www.hetdolhuys.nl/het-museum/organisatie/missie-en-visie/>
- Donat, D.C. (2005). Special section on seclusion and restraint: encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 56(9).
- Droës, J., & Plooy, A. (2010). Herstel ondersteunende zorg in Nederland: Vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 19, 6-17.
- Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.C., . . . Hiers, T.G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123-1133.
- Georgieva, I. (2012). *Coercive interventions during inpatient psychiatric care: Patient's preference, prevention and effects*. (Master's thesis, Erasmus University). Geraadpleegd op <http://hic-psy.nl/wp-content/uploads/2012/10/Coercive-Interventions-during-Inpatient-Psychiatric-Care-Patients-preference-prevention-and-effects-I-Georgieva-2012.pdf>
- GGZ Nederland. (2008). *Van beheersen naar voorkomen: stand van zaken rond het verminderen van separaties in de GGZ in Nederland*. In: Gezondheid FP (Ed).
- GGZ Nederland (2018). *Arbeidsmarktagenda ggz*. Geraadpleegd op <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Arbeidsmarktagenda%20GGZ%20Nederland%20-%20maart%202018.pdf>

- GGZ Nederland. (2012). *Argus: Registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op <https://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Argus%20Registratie%20van%20vrijheidsbeperkende%20interventies%20in%20de%20ggz.pdf>
- GGZ Nederland, Sectorrapport GGZ 2013. (2015). *Feiten en Cijfers over een Sector in Beweging*. Geraadpleegd op <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/GGZ1508-01%20Sectorrapport-2013-1.pdf>
- Hallet, N., Huber, J.W., & Dickens, G.L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behaviour*, 19(5), 502-514.
- HIC. (2018). *HIC; anders denken; anders handelen* [Website]. Geraadpleegd op <http://hic-psy.nl/hic/>
- Husum, T.L., Bjørngaard, J.H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(89).
- HIC. (2018). *HIC; anders denken; anders handelen* [Website]. Geraadpleegd op <http://hic-psy.nl/hic/>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGZ-instellingen investeren in terugdringen van separatie; verdere acties nodig om ambities te halen. (2015). *Rapport van het Inspectie over de Gezondheidszorg over de investering van GGZ-instellingen betreft het terugdringen van separatie*. Geraadpleegd op <https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/IGZ-GGZseparatie2015.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2019). *Rapporten zorgaanbieders en bedrijven*. Geraadpleegd op <https://www.igj.nl>
- De Leede (2012). *Je zal d'r maar zitten: Zorgethisch kwalitatief onderzoek naar het aanleren van goede separeerzorg* (Masterthesis, University of Tilburg). Geraadpleegd op <https://zorgethiek.nu/wp-content/uploads/2013/12/masterthesis-petra-de-leede.pdf>
- Li, N., Zhang, L., Xiao, G., Chen, J., & Lu, Q. (in press). The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurses. *International Emergency Nursing*. Geraadpleegd op <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1755599X19300138?token=A8B023FA70E14907C852B679F54460E5CEEEA290C74809583C8BA3AC9A86137A15D301E2F8B1E9C3A93EB4E4B7F6CD5E>
- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A.J. (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International Journal Social Psychiatry*, 56(1), 60-73.
- Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC: High and Intensive Care in de psychiatrie*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.d.). *Separeren en afzonderen* [Website].

- Geraadpleegd op 23 december 2019, op <https://www.dwangindezorg.nl/gedwongen-zorg/vormen-van-dwang/separeren-en-afzonderen>
- Movisie. (2016). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg* [website]. Geraadpleegd op <https://www.movisie.nl>
- Newton, V.M., Elbogen, E.B., Brown, C.L., Snyder, J., & Barrick, A.L. (2012). Clinical decision-making about inpatient violence risk as admission to a public-sector acute psychiatric hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 40(206), 14.
- NIP. (z.j.). *Basisprincipes* [Website]. Geraadpleegd op 26 september 2018, op <https://www.psynip.nl/uw-beroep/beroepsethiek/beroepscode/de-basisprincipes/>
- Papa, A., & Venella, J. (2013). Workplace violence in healthcare: strategies for advocacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1), 5.
- ParnassiaGroep. (z.j.). *Onze specialismen* [Website]. Geraadpleegd op 11 september 2018, op <https://www.parnassiagroep.nl/wie-we-zijn/onze-specialismen>
- Parnassia. (z.j.). *Zeker van de beste zorg* [Brochure]. Geraadpleegd op 11 september 2018, op <https://www.parnassia.nl/documents/3113570/3131638/Corporate+Brochure+Parnassia.pdf/cae81ce6-fac7-05f9-5a3f-6d251fec797c>
- Rietveld, L., & Rooijen van, K. (2012). *Wat werkt bij supervisie, intervisie en coaching?* Geraadpleegd op Nederlands Jeugd Instituut [website]: <https://www.nji.nl>
- Strauss, J.L., Zervakis, J.B., Stechuchak, K.M., Olsen, M.K., Swanson, J., Swartz, M.S., ... Oddone, E.Z. (2013). Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Mental Health Journal*, 49: 457-465.
- Trimbos Instituut, De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. (2010). *Rapport van NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Geraadpleegd op <https://www.trimbos.nl/docs/491f70c6-2cb2-4ca2-b902-a205fa0e1784.pdf>
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie: Deel I basisbegrippen* (vierde, herziene editie). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C.M., Hoffman, K., Pelto-Piri, V., Mendoza, O.M.... Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry Epidemiol*, 50: 1297-1308.
- Volksgezondheidszorg.info. (2018). *Prestatie-indicatoren Gezondheidszorg* [Website]. Geraadpleegd op 17 september, 2018 op <https://www.volksgezondheidszorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/beter-worden#!node-vrijheidsbeperkende-interventies-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Voskes, Y., & Abma, T.A. (2010). Intensive Care in de psychiatrie. *Deviant*, 64, 24.
- Voskes, Y., Theunissen, M.A., & Widdershoven, G.A.M. (2011). Best practice rondom

dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg: Een inventariserend onderzoek naar best practice bij de reductie van dwang. Amersfoort: GGZ Nederland

Ypsilon. (2016). *Dolhuys manifest: Nederlandse GGZ separeervrij* [Website]. Geraadpleegd op <https://www.hetdolhuys.nl/wp-content/uploads/2017/06/Dolhuys-Manifest-separeervrij-juni-2016.pdf>

BIJLAGEN

1. ETHISCHE VERANTWOORDING

In deze paragraaf wordt er verantwoord op welke wijze er ethisch is gehandeld. Als leidraad voor ethisch handelen is het van belang rekening te houden met de beroepscode van het Nederlands Instituut van Psychologen (verder te benoemen NIP). Binnen deze beroepscode worden de basisprincipes aangehouden waarin ethisch handelen voorop staat: verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid (NIP, z.j.). Ten aanzien van praktijkonderzoek zijn er gedragscodes opgesteld voor onderzoeken binnen het hbo. De gedragscode wordt gekenmerkt door vijf 'regels': het professionele en maatschappelijke belang dienen, respectvol zijn, zorgvuldig zijn, integer zijn en tot slot dient er een verantwoording te zijn omtrent keuzes en gedrag (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010). Deze gedragscode is eveneens gehanteerd.

Met de opdrachtgever zijn meerdere gesprekken gevoerd om te achterhalen wat de adviesvraag was. Zowel de opdrachtgever als de onderzoeker hebben ingestemd met de adviesvraag. Er zijn ideeën ontstaan omtrent dit onderzoek. De onderzoeker heeft getracht zo veel mogelijk de wensen van de opdrachtgever aan te houden, maar de visie vanuit de onderzoeker is hierin leidend geweest. Dit in overeenstemming met de opdrachtgever.

Het literatuuronderzoek heeft zich gericht op de onderwerpen van dit onderzoek, zoals separatie en het HIC model. Er is gezocht naar wetenschappelijke artikelen betreft deze onderwerpen. Er is zowel gebruik gemaakt van databases als van boeken. De databases die zijn gebruikt, zijn: ScienceDirect, Springerlink en Google Scholar. Ook is er gezocht op websites vanuit de overheid. Alle artikelen en rapporten die gebruikt zijn, zijn gecontroleerd op betrouwbaarheid. Alle bronnen zijn volgens APA-normen genoteerd. Echter, de aanname dat het aantal separaties binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie hoger ligt dan het gemiddelde, komt uit de registratie van Parnassia. Dit is een vertrouwelijk document, waardoor er bewust is gekozen niet het aantal te noemen, maar alleen dat het boven het gemiddelde ligt.

Tijdens het veldonderzoek zijn de respondenten gericht geworven door middel van mailcontact of LinkedIn. Zodra de deelnemers hadden ingestemd in het onderzoek, ontvingen zij de topiclijst, de *informed consent* en de verklaringen van vertrouwelijkheid (zie bijlage 4). Door het toesturen van de topiclijst konden de respondenten zich voorbereiden op de vragen. De respondenten waren door deze voorbereiding volledig op de hoogte van het doel van het onderzoek, wat er met de resultaten zou gaan gebeuren en zijn zij op hun recht gewezen dat zij elk gegeven moment uit het onderzoek mogen stappen zonder enige gevolgen. Tijdens het interview heeft de onderzoeker de formulieren uitgeprint meegenomen en laten ondertekenen als zij toestemming gaven. Alle formulieren zijn ondertekend. Er is bewust gekozen de ondertekende formulieren niet in de bijlage te verwerken in verband met het behoud van anonimiteit. De ondertekende formulieren zijn in het bezit van de

onderzoeker. Voor het interview startte, is nogmaals toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Zowel voor als na het interview heeft de onderzoeker nogmaals benadrukt dat de gegevens geanonimiseerd worden.

In zowel het literatuur- als het veldonderzoek is er rekening gehouden met de kwetsbaarheid van de patiënten. Er is gelet op zaken als woordgebruik en formulering.

Tijdens het transcriberen zijn alle namen, organisaties en de plaatsnamen die de organisatie zouden kunnen herleiden aangeduid met ‘***’. Bij de onderzoeker zijn deze gegevens bekend. De transcripten zijn niet opgestuurd naar de respondenten, zodat er geen aanpassingen kunnen plaatsvinden wegens sociale wenselijkheid. De transcripten zijn geanalyseerd door het toekennen van open en axiale coderingen. Deze coderingen zijn gekalibreerd met anderen, zodat de betrouwbaarheid van deze codes wordt vergroot. Door de homogeniteit van bepaalde open coderingen, zijn de axiale coderingen toegekend. Dit proces is terug te vinden in het analyseplan (bijlage 2.2 en 2.3). De resultaten zijn geschreven aan de hand van deze coderingen. De conclusie is voorgelegd aan de opdrachtgever. Zij kon zich vinden in de resultaten.

De data verkregen uit dit onderzoek zal voor de periode van zeven jaar bewaard worden, zoals opgenomen in de *informed* consent. De onderzoeker stelt zich hier verantwoordelijk voor. De data zal zorgvuldig bewaard blijven en zal niet verstrekt worden aan derden, zolang daar geen toestemming voor afgegeven is.

2. ANALYSEPLAN

2.1 Transcript met open coderingen

	eigenlijk het streven om niet direct op de Intensive Care op te nemen. En dat op het moment dat op een High Care ingeschat wordt dat de zorg niet meer haalbaar is, dat, uh, er opgeschaald moet worden, uh, om separatie te voorkomen, of, uh, dat er intensievere één-op-één begeleiding nodig is, die niet op een High Care geboden kan worden, omdat er zestien patiënten zitten met vier verpleegkundigen, dan wordt de patiënt overgeplaatst naar de Intensive Care. Ook in principe als er nieuwe patiënten binnen komen, ook al wordt iemand aangemeld met agressie en separeer achter de hand, uh, wordt die eerst altijd nog gescreend door de High Care afdelingen of het haalbaar is om toch op de High Care op te nemen.	Niet direct opname IC Zorg opschalen als het niet haalbaar is Eerst screenen HC bij opname
Interviewer	Oké, dus als ik het zo begrijp, doe je wel, doen jullie wel, zeg maar, echt, uh, toch het beste eruit proberen te halen voor de patiënt. Dus altijd wel op de HC te doen, ondanks dat separatie geïndiceerd is.	
Respondent	Ja, we doen dan altijd een herbeoordeling voordat iemand gesepareerd wordt.	Herbeoordeling voor separeren
Interviewer	Oké. En wie begeleiden de patiënten op de IC?	
Respondent	Uh, je hebt het team van de IC. Daar staan ook vier verpleegkundige.. tenminste, vier personeelsleden, dat kunnen verpleegkundigen of SPH, ervaringsdeskundigen, uh, dus die staan met vier personeelsleden op vier á vijf patiënten gemiddeld. Soms zijn het er wel wat meer, dus dat is, hè, bijna allemaal zo één-op-één begeleiding. Dus die doen ook de separeerzorg.	Verpleegkundigen, SPH Ervarings deskundige
Interviewer	Ja, en als één-op-één niet meer haalbaar is. Ik hoor je dus wel zeggen 'separeerzorg', maar gaan ze dan echt naar een, uh, ja, om het maar zo te zeggen: "een ouderwetse separatierruimte"	
Respondent	Ja, we hebben nog geen EBK, dus nog een ouderwetse separeer. Er is wel wat in het verbouwingsplan ligt het klaar om een, uh, EBK nog te bouwen. Uh, ze zijn dus nu nog bezig met de financiering, want het heeft met het hele 'healing environment'-project te maken en dat is een flink	EBK (-)

	bedrag om het zo mooi te zeggen, om het aan te passen. Uh, dus als iemand gesepareerd wordt, dan is het wel in de ouderwetse separeer nog, ja.	<i>Healing environment project is een flink bedrag</i>
<i>Interviewer</i>	Oké. En hoe zie je verder, uh, de HIC daar in terug, tijdens het separeren?	
<i>Respondent</i>	Uh, we hebben sowieso nog een soort van tussenstap, tussen de IC en de separeer. Want we hebben gewoon de Intensive Care Unit. Daar zijn nog vier á vijf patiënten op de afdeling en we hebben ook nog een klein stukje lege IC. Dat is een, uh, eigenlijk een ruimte waarbij de deur ook dicht kan op de gang, maar wel met slaapkamer en een stukje gang, en dat is de, nou ja, eigenlijk de lege IC. Daar kan één patiënt dan verblijven, ook met begeleiding. Dus op het moment dat, uh, er een separeer niet nodig is, maar de prikkels van andere patiënten niet trekt, dan is dat nog een tussenstap om te proberen.	<i>Tussenstap IC en separeer Stukje lege IC</i>
<i>Interviewer</i>	Ja, oké, mooi.	
<i>Respondent</i>	Dus iemand wel één-op-één begeleiding kan krijgen, of soms zelf twee op één begeleiding als dat nodig is. Uh, we hebben ook wat grotere slaapkamers daar, waardoor je wat mee ruimte hebt om erbij te gaan zitten en niet gelijk op iemand z'n lip zit.	
<i>Interviewer</i>	Ja, precies. Dat werkt ook weer een stukje de-escalerend.	
<i>Respondent</i>	Dus dan is er voor de IC nog wel een tussenstap.	
<i>Interviewer</i>	Oké.	
<i>Respondent</i>	Dus dat is voor patiënten die onrustig zijn en bijvoorbeeld, uh, 's nachts op andere deuren gaan kloppen. Ja, dat, dan kan je iemand separeren omdat je overlast veroorzaakt naar anderen, maar op het moment dat die eigenlijk zijn eigen stukje afdeling heeft, dan, uh, kan hij rustig gaan kloppen, maar dan. Dus is er geen indicatie voor..	<i>Onrustige patiënten die op deuren kloppen</i>
<i>Interviewer</i>	En hoe vaak wordt er hier ongeveer gesepareerd?	

<i>Respondent</i>	Uh, het is heel wisselend. De laatste tijd, moet ik zeggen, is het wel een stuk meer dan, uh, dan eerst. We zaten eerst best wel op de goede weg, dat we, uh, aan het dalen waren met de separeercijfers. Ik denk eigenlijk sinds de afgelopen paar maanden dat dat wel weer in een stijgende lijn is. En dat heeft vooral ook te maken met de onderbezetting op de IC. Dat, uh, qua personeel, dat we daar, uh, nu ja, het team is dus best wel uitgedund dus best wat personeelsleden vertrokken. Uhm, en het draait nu vooral heel erg op invallers. Wel vaste invallers ook, maar ja, niet het personeel wat je normaal gesproken wilt. En dan durf je wat minder risico te nemen.	<i>Stijging cijfers separatie</i> <i>Stijging separatie door onderbezetting</i> <i>Personeelsleden vertrokken</i> <i>(Vaste) invallers</i>
<i>Interviewer</i>	Ja, en waarin zie je dat terug, dat er minder risico wordt genomen?	
<i>Respondent</i>	Uh, nou ja, dat de separeercijfers dus toenemen. Dat er, uh, soms ook gezegd wordt van: "ja, met de, als we een goede bezetting hadden gehad, was het mogelijk geweest om deze patiënt een-op-een of twee-op-een op de afdeling te houden, maar vanwege de veiligheid durfden we het gewoon niet aan nu," omdat je collega's hebt waarvan je, ja, niet weet hoe je er op van op aan kan.	<i>Stijging separatie cijfers</i> <i>Bij goede bezetting meer begeleiding</i> <i>Wegens veiligheid niet aandarven</i> <i>Niet op collega's aan kunnen</i>
<i>Interviewer</i>	En wat vind je daarvan dat je veel, nu ja, tenminste, jij of in ieder geval iemand van de IC met zo'n flexwerker werkt, invalkracht?	
<i>Respondent</i>	Ja, zo hoort het niet. Dat is absoluut geen wenselijke situatie en dat merk je ook in het, ook het stukje frustratie dat je denkt van: "ja, je kan toch separatie of soms noodmedicatie, of wat dan ook, voorkomen als er meer tijd in investeert". Maar ja, dat is lastig als je met zo veel, ja, het is wel iets waar je tegenaan loopt. En er wordt ook een hoop assistentie, we moeten best wel veel assisteren op de IC. Bij separeerbezoeken lopen we vaak mee.	<i>Frustratie</i> <i>Door meer tijd te investeren kan je separatie of noodmedicatie voorkomen</i>
<i>Interviewer</i>	Ja, dat lijkt me inderdaad lastig, ja.	
<i>Respondent</i>	Ja, het is ook heel frustrerend, omdat je weet dat als er een stabiel staat, wat al een tijdje gestaan heeft.. Ja, ik denk dat er in totaal een halfjaar, driekwart jaar echt een stabiel team	<i>Frustratie door onstabiel team</i>

2.2 Open coderingen ordenen

Separatiecijfers dalen door mogelijkheden
 Afhankelijk patiënten categorie hoe lang iemand gesepareerd is
 Patiënten meebeslissen over behandeling
 Patiënt meer betrokken
 Openheid en vertrouwen zorgt voor samenwerking
 Positief effect ervaringsdeskundige
 Inzetten ervaringsdeskundige beter buiten dwang creëert vertrouwen
 Ervaringsdeskundige hebben meer ingang
 Patiënten hebben wat aan herstelgroepen
 Nabespreking separatie wat een patiënt gemist heeft
 De-escalatie training
 In contact blijven met de patiënt
 Separatie proberen te voorkomen ondanks agressie
 Andere benadering reduceert separeren
 Scholing reduceert separeren
 In contact blijven reduceert separeren
 Vertrouwen in het team hebben reduceert separeren
 Op invallers kan je niet vertrouwen
 Minder overplaatsingen naar IC doordat hecht team
 Beslissing separatie afhankelijk van team
 Cultuuromslag door samenwerking patiënt
 Eerder behandelen door ZAG
 Patiënt wordt betrokken in ZAG
 Patiënt meebeslissen over behandeling geeft ze rust
 Bouw is probleem bij implementatie HIC

2.3 Coderingen ordenen per vermoedelijk thema

- = positieve aspecten HIC
- = negatieve aspecten HIC
- = reducering dwang en drang (niet specifiek separatie)
- = stijging dwang en drang (niet specifiek separatie)
- = daling separatiecijfers
- = stijging separatiecijfers
- = werknemers
- = samenwerking extern
- = samenwerking naastbetrokkenen
- = tips implementatie HIC
- = ervaringen

Bejegening en contact	Hoge aanwezigheid op de groep, waarbij de verpleging laagdrempelig te benaderen is, heeft een positief effect (1, 1, 4, 5) Sinds de HIC is geïmplementeerd, is er meer tijd	<i>Hoge aanwezigheid</i> (1) <i>Non stop op de groep zijn</i> (5) <i>Altijd aanwezig zijn voor de patiënt is fijn</i> (4) <i>Laagdrempelig te benaderen</i> (1) <i>Open en bemande balie</i> (1) <i>Meer tijd voor patiënt sinds HIC</i> (2) <i>Verschil sinds HIC is de aandacht</i> (5)
------------------------------	--	---

	en aandacht voor de patiënt (2, 5) Door altijd met de patiënt in contact te blijven, herstelt de patiënt sneller (1, 4, 5, 6, 6)	<i>Persoonlijk contact vergroot het vertrouwen</i> (1) <i>Spelletjes doen om in contact te blijven</i> (4) <i>Bejegening en contact doe je voor regie terug te geven patiënt</i> (5) <i>Goede HIC ligt in communicatie</i> (6) <i>Altijd bekend gezicht bij bezoek EBR</i> (6)
--	---	--

	Invalkrachten hebben een negatief effect op de patiënt 6	Invalers hebben een uitwerking op de cliënt(6)
Dagbesteding	Activiteiten met de patiënt reduceert spanning 1 Vrijblijvende dagbesteding voor de patiënt heeft een positief effect 1, 1, 1, 6, 6	Activiteiten met de patiënten (1) De-escalerend effect woonbegeleiding(1) Sport aanbieden (1) Dagopening aanwezig(6) Therapielokaal waar dagbesteding is(6) Vrijblijvend dagprogramma(1) Woonbegeleiding neemt taken over (1) Geen dagbesteding in het weekend is bijzonder jammer(6)
Samenwerking met de patiënt	Geen dagbesteding in het weekend zorgt voor verveling, wat leidt tot oplopende spanning 6 De patiënt laten meebeslissen over hun behandeling geeft rust 2	Patiënt meebeslissen over behandeling geeft ze rust (2) Afstemmen door gebruik crisisplan(4)
Trainingen personeel	Samen een crisisplan afstemming 4 Sociale vaardigheden aanleren om crisisgedrag te laten de-escaleren 3, 5	Sociale vaardigheden aanleren om crisisgedrag te laten de-escaleren(3) De-escalatie training(2)
Alternatieven zoeken na dwang/impact dwang verminderen	Door buiten dwang te zoeken naar andere manieren, kan meer dwang voorkomen worden 5, 5, 5 Er is altijd wel een weg richting herstel, ondanks dwang 5	Door buiten dwang om te zoeken naar andere manieren, kan meer dwang voorkomen worden(5) Belangrijk dat je out of the box kan denken(5) Narigheid van inperking minimaliseren door te kijken naar mogelijkheden(5) Er is altijd wel een manier om vooruit te komen(5)
Herstelgericht werken	Je dient de patiënt het gevoel te geven eigen regie te hebben 5 Aan de patiënt dient uitgelegd te worden waarom iets in het belang van herstel is 5	Patiënt het gevoel geven een stukje regie te hebben (5) Uitleggen aan de patiënt waarom iets in het belang van herstel is(5)

2.4 TAXONOMIE

In deze taxonomie zijn de axiale coderingen te vinden die ondergebracht zijn in (sub-)categorieën en thema's. Onder 'interview' staan de interviews weergegeven waarbij de axiale codering hoort. Sommige respondenten geven echter herhaaldelijk dezelfde boodschap. Hier staat dan ook meerdere malen bijvoorbeeld '1'.

Thema	Categorie	Subcategorie	Codering	Interview
Aspecten vanuit het HIC model	Bejegening en contact	Positief	Hoge aanwezigheid, waarbij de verpleging laagdrempelig te benaderen is, heeft een positief effect	1, 1, 4, 5, 6, 8
			Sinds de HIC is geïmplementeerd, is er meer tijd en aandacht voor de patiënt	2, 5, 7, 8, 9
			Door altijd met de patiënt in contact te blijven, herstelt de patiënt sneller	1, 4, 5, 6, 6, 7, 9
			Jezelf openstellen naar de patiënt heeft een positieve werking	6, 9
			Het eerste contact is van belang	9, 9, 9
	Op- en afschalen High and Intensive Care	Negatief	Niet altijd meer beschikbaar, ondanks aanwezigheid	2
			Vooraf wordt beoordeeld waar de patiënt start, waarbij het streven zo mild mogelijk is	2, 6, 7
			Bij toename van zorgzwaarte kan er makkelijk op- en afgeschaald worden tussen units	1, 1, 1, 2, 3, 7, 7, 8, 8, 9, 9, 9
			Bij toename van zorgzwaarte kan er op- en afgeschaald worden door inzet personeel	3, 4, 5, 6, 7, 7, 8, 9, 9, 9, 9
			Bij opschalen gaat het personeel altijd mee	7, 9
Toepassen van het HIC model	Positief	Positief	Er is een medium care als tussenstap	8
			Er ontstaan veel vragen omtrent het moment van op- en afschalen van zorgzwaarte	2
			Het goed toepassen van de best practice, levert positief resultaat	3
			De kwaliteit van zorg verbetert door het HIC model	7, 7, 9
			Het HIC model laat je transparanter werken	7, 7
	Negatief	Negatief	Een volledige implementatie van het HIC model vergt veel tijd	2, 3, 7, 7, 8, 8
			De HIC heeft een te idealistisch beeld	3, 6, 7, 7
			De patiënten hebben steeds meer complexere problematieken	5, 7
			HIC is inherent aan toename van agressie door laagdrempelig beleid	7
			Er ontstaat meer inzicht door de separatie te evalueren met de patiënt	2, 4, 4, 9, 9
Herstelgericht werken	Herstelgericht werken		Je dient de zorg te leveren die de patiënt nodig heeft	1, 7
			Het is een uitdaging om bezig te zijn met herstel	5

			Je dient bewust te zijn dat de patiënt ernstig ziek is	6, 9
	Healing environment	Positief	Door verschillende ruimtes te hebben, kan de patiënt zich terugtrekken	1, 2
			Healing environment is positief voor de patiënt	7, 7
		Negatief	Het creëren van healing environment kost veel geld	2, 5, 7
			De bouw is een probleem	2, 7
			De veiligheid neemt af door het niet gebruiken van de separeer	3, 3, 3, 5, 7, 7
	ZAG	Positief	Sinds de implementatie van het HIC model, is er meer tijd om het ZAG voor te bereiden	1, 2, 9
			Tijdens het ZAG wordt de koppeling al gelegd met het FACT	9
			Door het eerder houden van een ZAG, kan de behandeling sneller starten	2
		Negatief	Niemand is gemotiveerd om naar een ZAG te komen	6
			Het ZAG kan niet binnen 24 uur worden georganiseerd	1, 2, 6, 8, 9
	Reflectie werknemers	Positief	Reflecteren heeft een positief effect	2, 3, 5, 7, 7, 8, 9
		Negatief	Een intervisie wordt niet altijd gehouden	3, 4
	Werkgroepen		Er zijn verschillende clustergroepen	1, 4, 8
			Herstelgroepen hebben een positief effect op de patiënt	2
Dwang en drang	Bejegening en contact	Reductie	Het contact met de patiënt is van belang	1, 2, 4, 6, 9
			Communicatie met de patiënt over wat hij/zij nodig heeft leidt tot herstel	1, 4, 4, 5, 6, 6, 8
		Toename	Door de confrontatie aan te gaan, komt het vertrouwen onder druk	5
			Beheersmatig te werk gaan, creëert spanning	5, 8
			Tussen patiënt en verpleegkundige werkt het niet altijd	7
	Druggebruik	Toename	Het aantal incidenten neemt toe door druggebruik	1, 7, 7, 7
			Vrijblijvende dagbesteding voor de patiënt heeft een positief effect	1, 1, 1, 6, 6
		Toename	Geen dagbesteding leidt tot oplopende spanning	6, 9
	Samenwerking met de patiënt	Reductie	De patiënt laten meebeslissen over hun behandeling geeft rust	2, 4
	Trainingen van werknemers	Reductie	Sociale vaardigheden aanleren om crisisgedrag te laten de-escaleren	3, 5

	Alternatieven zoeken na dwang/impact dwang verminderen	Reductie	Door buiten dwang te zoeken naar andere manieren, kan meer dwang voorkomen worden	5, 5, 5
			Er is altijd wel een weg richting herstel, ondanks dwang	5
	Herstelgericht werken	Reductie	Je dient de patiënt het gevoel te geven eigen regie te hebben	2, 5, 7, 7, 8
			Aan de patiënt dient uitgelegd te worden waarom iets in het belang van herstel is	5
	Interventies	Reductie	Onrustige patiënten hun eigen ruimte geven	1, 2
			We maken gebruik van Safewards	3, 4, 5
			We hebben materialen om de spanning te reduceren	1, 3, 5
			We kunnen ruimtes inzetten om spanning te reduceren	5, 6, 9, 9, 9
			We gebruiken risicotaxatie instrumenten waarop er geanticipeerd wordt	4, 8, 8, 9, 9, 9
Separatie	Separatiecijfers	Afname	Het aantal separaties neemt af	1, 3, 8, 9
			De duur van de separatie neemt af	3, 9
			Separatie voorkomen door fysiek ingrijpen, zelfs bij agressie	2, 9
			Er wordt meer noodmedicatie ingezet	7
		Toename	Er is een stijging	1, 2, 7
			Het aantal separaties per individu stijgt	3
			Separeren is niet altijd te voorkomen	2, 3, 4, 7, 9
	Beoordeling	Afname	Door meer en kritisch de patiënt te herbeoordelen in de separeer	2, 3, 3
			Doordat iedereen erbij gebaat is de patiënt uit de separeer te houden, zoek je naar mogelijkheden	2, 3
	Bejegening en contact	Afname	Communicatie met de patiënt reduceert separatie	2, 2
			Door meer tijd in de patiënt te investeren, kan je separatie voorkomen	2
		Toename	Patiënten gaan voorbij aan het feit dat werknemers mensen zijn	7
	Invloed werknemers	Afname	Vertrouwen in het team is van belang voor het voorkomen en verkorten van separaties	2, 2, 4, 4, 4, 7
		Toename	Door onderbezetting van personeel stijgt het aantal separaties	2, 2, 3, 4
			De patiënt wordt niet tijdig opgeschaald in zorgzwaarte	2, 2
			Door angst voor klachten neemt de onveiligheid toe	7, 7
			Met de separeer tot je beschikking, hou je er rekening mee in je werkwijze	3

	Herstel komt onder druk		Verblijf in EBK/separeer heeft een grote impact op eigen regie en autonomie	6, 6, 8
	Onveiligheid als reden tot separatie		Er zijn veel agressie-incidenten waarbij we de patiënt te gevaarlijk is	1, 3, 6, 7, 8
			Wegens de afname van de veiligheid wordt er geseperceerd	1, 1, 2, 2, 3, 5, 7, 8
			De patiënten zijn soms tegen het forensische aan	1, 4, 7
Werknemers	Stabiel team		Je werkwijze is belangrijk voor een goede implementatie	6, 7
			Door vertrouwen in het team, krijg je moed in lastige situaties	1, 1, 4, 8
			Er komt continuïteit van zorg op de afdeling	1, 2
			Door goede bezetting kan er meer begeleiding geboden worden	2, 2
			Door een vast team, komt er een veilig klimaat voor ontwikkeling	1, 4, 4, 4, 7
			Je kunt een beroep doen op iemand zijn/haar kwaliteiten	5, 6
	Invalkrachten		We zijn veel tijd kwijt aan invalkrachten	1, 4
			De onveiligheid neemt toe doordat je niet op hen kan vertrouwen	2, 2, 4
			Patiënten ontvangen meer dwang en drang dankzij invalkrachten	2, 6
			Het frustreert dat er een onstabiel team staat	2
			We maken gebruik van vaste invalkrachten	2, 7
			Door inzet invalkrachten, kan vast personeel mee met opschaling	7
	Impact implementatie HIC model		Je moet als team compromissen sluiten betreft implementatie	2, 2, 4, 8, 8
			Er is veel verloop van personeel geweest na de implementatie	2, 2, 4, 7, 8
			Aan het begin van de implementatie heerst er veel onduidelijkheid	2, 3, 4, 6
			Er ligt meer verantwoordelijkheid bij de werknemers	3, 7
			Je takenpakket verandert	2, 4, 6
			Er is een bepaalde weerstand tegen het HIC model door eigen visie	3, 3, 6, 7, 8, 8
			Jonge collega's zijn vaak enthousiast om nieuwe dingen uit te proberen	3, 8
Samenwerking	Samenwerking met de patiënt		De patiënt wordt meer betrokken in zijn/haar eigen behandeling	2, 2, 2, 2

			Openheid en vertrouwen zorgt voor de ontwikkeling van samenwerking	2, 5
			De samenwerking met de patiënt vraagt om een cultuuromslag	2
	Samenwerking met externe organisaties	Gericht op welzijn van de patiënt	We hebben activiteitenbegeleiders op de afdeling	1
			We hebben woonbegeleiders op de afdeling	1
		Gericht op nazorg	De ambulante nazorg is nog niet optimaal	5, 6, 7, 7, 8, 8
			We maken gebruik van acute dagbehandeling	8
			Door geen juiste nazorg, vallen veel patiënten weer terug	6, 7, 7, 8, 8
			De overgang van gesloten opname naar huis is te groot	7, 8
		Gericht op veiligheid	Bij drukte doen we een beroep op fysiek zorgbegeleiders	2
			We laten de politie komen	3, 4, 7
		Gericht op kennis	Kennis delen met en van andere afdelingen	1, 1, 2
			Als we vastlopen bij bepaalde casuïstiek, vragen de we expertise aan CCE o.i.d.	4, 9
	Samenwerking met naastbetrokkenen		We maken gebruik van rooming in	1, 7, 9
			We betrekken de naasten actief in de behandeling	1, 1, 3, 9, 9
			We hebben een familie-ervaringsdeskundige om te bemiddelen in het contact	1
			Er is een laagdrempelig familiebeleid	7
			De samenwerking met naastbetrokkenen vraagt om verbetering	1, 7
			Het inzetten van familie heeft een positief effect op de patiënt en zijn/haar herstel	1, 1, 5
Advies omtrent het implementeren			Er moet geïnvesteerd worden in het verkrijgen van kennis	1, 2

van het HIC model				
			Er moet geïnvesteerd worden in het vergemakkelijken van de cultuuromslag bij werknemers	2, 2, 2, 7, 7, 7
			Er dient geïnvesteerd te worden in toegewijde collega's	3, 3, 7, 7
			De HIC vormgeven aan de hand van haalbaarheid binnen eigen afdeling	3, 3, 3, 7, 7, 8
			Openheid en aandacht richting de patiënt hebben	5, 6, 6
			Bij risicotaxaties moet er gekeken worden naar de context	4
Ervaringen			Het is positief dat separaties gecontroleerd worden	5
			Separeren raakt mij niet meer persoonlijk, maar het blijft niet wenselijk	2
			Het inperken van een patiënt is vreselijk, maar geeft rust en veiligheid	5
			Door het effect van separeren, probeer je het zo humaan mogelijk te houden	6, 8
			Bij extreme agressie wordt er een ander beroep op je gedaan	6
			Het is lastig om trauma's te voorkomen bij patiënten	9, 9
			Goede resultaten in een behandeling geven een positief gevoel	3, 5

3. TOPICLIJST

Topic	Subtopic	Vragen
Context		Bij wat voor soort organisatie werk je? Hoe lang werk je al in de geestelijke gezondheidszorg? Wat zijn je bezigheden binnen het werk? Met welke doelgroep werk je?
Separeren	Frequentie	Hoe vaak wordt er gesepareerd op jullie afdeling? Is dit in de loop der tijd veranderd? *In welke mate heb je deze frequentie zien veranderen?
	Ervaring	Wat vind je van vrijheidsbeperkende maatregelen? Wat vind je van separeren? Hoe voel je je als je een patiënt moet separeren?
HIC	Implementatie*1	In hoeverre ben je bekend met het HIC model? In welke mate hanteert de organisatie waar je werkt het HIC model? Waarom zie je dit terug?
	Ervaring	Wat vind je van het HIC model? Hoe denk jij dat het HIC model bijdraagt aan het verminderen van separaties? Wat zijn positieve aspecten van het HIC model? Wat zijn negatieve aspecten van het HIC model?
	Implementatie*2	Hoe heeft jullie organisatie het HIC model geïmplementeerd? Wat ging hierbij goed? Wat ging hierbij niet goed? Als dit is opgelost, hoe? Wat zou er anders kunnen?
Best practice		Welke interventies gebruiken jullie binnen de organisatie omtrent dwangreductie? Welke interventies werken? Welke interventies werken niet?

4. VERKLARING VAN VERTROUWELIJKHEID

Informed consent

Ter afronding van de studie Toegepaste Psychologie wordt er een afstudeeronderzoek gehouden. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: *“hoe draagt het HIC model bij aan het separeervrij behandelen binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie van Parnassia?”* Om deze vraag te kunnen beantwoorden, worden er interviews afgenomen. Tijdens dit interview zullen er vragen gesteld worden betreft separeren en het HIC model. Voorafgaand ontvangt u een topiclijst met onderwerpen en mogelijke vragen. Hierdoor kunt u uzelf voorbereiden.

Het interviews duurt ongeveer 30 tot 45 minuten. Hierbij zal een geluidsopname worden gemaakt die strikt vertrouwelijk wordt behandeld. Het doel van de geluidsopname is het kunnen transcriberen van het interview. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Uitspraken en persoonlijke gegevens worden niet met elkaar gekoppeld. Hierdoor blijft uw privacy gewaarborgd.

U kunt zich gedurende het gehele onderzoek, zonder enige gevolgen, terugtrekken van deelname.

Verklaring van vertrouwelijkheid

Dit onderzoek betreft gevoelige informatie. Deze informatie wordt strikt vertrouwelijk in behandeling genomen. Gevoelige informatie vanuit het interview zal geanonimiseerd worden.

De ondergetekende verleent toestemming informatie aan de onderzoeker en opdrachtgever te verstrekken. Eveneens verleent ondergetekende toestemming voor het maken van een geluidsopname.

Deze geluidsopname wordt alleen beluisterd voor het onderzoek.

Zonder toestemming van de ondergetekende, wordt deze informatie niet aan derden verstrekt.

De data van dit onderzoek zal gedurende zeven jaar bewaard blijven.

Akkoordverklaring

Ondergetekende verklaart volledig op de hoogte gesteld te zijn van het doel van het onderzoek en de wijze waarop de verkregen gegevens worden verwerkt.

Datum:

Handtekening geïnterviewde:

