



Palier
forensische & intensieve zorg



Ontwrichting behandeld

Werkwijze van de gesloten afdeling van het
Centrum Intensieve Behandeling in Den Haag

Door:

Bas Wieringa (psychomotorisch therapeut CIB)

Tjarda van Geffen (afdelingshoofd bedrijfsvoering CIB)

INLEIDING

Wie kent de patiënten niet, van wie het gedrag zoveel vragen en discussie oproept in het multidisciplinaire team, dat het team in het contact met de patiënt en in het contact onderling vastloopt? Wie kent de patiënten niet, die zodanig ontwrichtend zijn dat ze binnen het ziekenhuis in een roulatiesysteem terechtkomen om de verschillende afdelingen te ontlasten?

Patiënt A. schreeuwt en scheldt dagelijks op momenten dat hij "nee" te horen krijgt op zijn veeleisende verzoeken. Patiënt A. neemt hierbij regelmatig een zeer dreigende houding aan t.o.v. de medewerker, die op dat moment met hem communiceert : hij gaat hierbij op enkele centimeters afstand staan en balt zijn vuisten. Daarnaast meldt hij hierbij de verpleging nog wel te krijgen. Er zijn binnen het multidisciplinaire team afspraken gemaakt over de begeleiding van patiënt A., maar het gebeurt regelmatig dat medewerkers zich niet (durven) houden aan de gemaakte afspraken. Er valt met patiënt A. niet tot nauwelijks te communiceren over zijn gedrag en het grensoverschrijdende gedrag lijkt alleen maar toe te nemen. De verpleging krijgt zelfs een keer klappen. Het team weet niet meer hoe te reageren en te handelen: het contact met patiënt A. loopt vast. Er is geen sprake meer van een constructieve samenwerking met patiënt A, waardoor de behandelrelatie ontwricht.

Deze categorie patiënten kan worden aangemeld bij een **Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB)** om de ontwrichting te doorbreken. Het **Centrum Intensieve Behandeling in Den Haag (CIB)** is één van deze klinieken. Maar hoe zorgt het CIB er voor dat er een eind komt aan de ontwrichting? In dit artikel wordt antwoord gegeven op deze vraag door de werkwijze van de gesloten afdeling van CIB Den Haag te beschrijven. Allereerst worden de doelstellingen en de doelgroep van het CIB besproken. Vervolgens wordt besproken wat ontwrichting is en hoe ontwrichting kan ontstaan. Tot slot wordt beschreven hoe het CIB te werk gaat om deze ontwrichting te doorbreken.

CENTRUM INTENSIEVE BEHANDELING (CIB)

CIB Den Haag maakt deel uit van Palier, een van de zorgbedrijven van de Parnassia Bavo Groep, en bestaat uit drie afdelingen: een klinisch gesloten afdeling, een klinisch open afdeling en een polikliniek, waaronder het Centrum Dissociatieve Stoornissen. Deze afdelingen zijn allemaal HKZ iso 9000 gecertificeerd. In dit artikel wordt inhoudelijk ingegaan op de klinisch gesloten afdeling van CIB Den Haag. Deze afdeling heeft zestien bedden beschikbaar.

Het CIB neemt tijdelijk patiënten op vanuit andere GGZ-instellingen als zij binnen de verwijzende instantie in een ontworichte behandelsituatie terecht zijn gekomen. In Nederland zijn naast het Centrum Intensieve Behandeling Den Haag nog twee KIB afdelingen, één in Amsterdam (AMC de Meren) en één in Eindhoven (GGZe). Al deze afdelingen hebben een supra-regionale functie en bedienen elk één derde van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland. CIB Den Haag behandelt patiënten die afkomstig zijn uit de regio's Utrecht, Zeeland en Zuid-Holland.

Doelstellingen van CIB Gesloten

1. Tijdelijke ontlasting van het verwijzende ziekenhuis.
2. Het onderzoeken van mogelijkheden om de ontworichte behandelsituatie op te heffen. Daarnaast wordt er naar mogelijkheden gezocht om de professionele behandeling of begeleiding weer op gang te brengen.
3. Het overdragen van kennis en ervaring aan het verwijzende ziekenhuis.

Het algemene behandelgoal van CIB Gesloten is het opheffen van ontworichting. Dit gebeurt door middel van observatie, diagnostiek, crisisinterventie, advisering/consultatie, symptoomreductie, medicatie (instellen op psychofarmaca of afbouwen van psychofarmaca) of een combinatie van bovenstaande.

De doelgroep van de gesloten afdeling CIB Den Haag

De doelgroep van CIB Den Haag bestaat uit patiënten, bij wie sprake is van ontworichting in de behandelrelatie. Het gedrag van deze patiënten kenmerkt zich o.a. door acting out gedrag, suïcidaliteit, zeer ernstige zelfbeschadiging, mondeling en fysiek (be)dreigend gedrag. Er is vaak geen sprake van één diagnose maar een combinatie van verschillende diagnoses. Opvallend bij deze groep patiënten is de vaak langdurige psychiatrische voorgeschiedenis, waarbij voorgaande behandelingen onvoldoende resultaat hebben gehad.

Grofweg is de patiëntenpopulatie als volgt in te delen:

- o patiënten met psychotische stoornissen, waarbij sprake is van ernstige gedragsproblematiek zoals (fysieke/mondellinge) agressie, (fysieke/mondellinge) bedreigingen en (seksuele) intimidatie.
- o patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en traumagerelateerde problematiek waarbij onder andere acting out, zelfdestructief- en suïcidaal gedrag op de voorgrond staat zoals snijden, branden, stranguleren, bonken en het innemen van (brandende, giftige) stoffen en voorwerpen.

ONTWRICHTING

Ontwrichting is het belangrijkste indicatiecriterium voor opname binnen het CIB. Binnen CIB Gesloten wordt ontwrichting gezien als ernstige verstoring van het behandelstelsel. Het behandelstelsel bestaat uit de patiënt en het verwijzende behandelteam. Ontwrichting kan ontstaan in het contact met de patiënt en in het contact tussen de leden van het multidisciplinaire behandelteam.

Ontwrichting in het contact met de patiënt

In de genoemde casus in de inleiding wordt duidelijk dat de ontwrichting ontstaat in het contact met de patiënt. Door het dreigende en zeer onveilige gedrag van patiënt A. bestaat er een zodanige situatie dat er geen sprake meer is van een constructieve samenwerking met patiënt A, waardoor de behandelrelatie ontwricht.

De ontwrichting in deze situatie ontstaat wanneer patiënt A. steeds meer grensoverschrijdend gedrag vertoont en niet (meer) reageert op correcties. Hierdoor richt de interactie tussen de teamleden en de patiënt zich overwegend op het problematische en uiterst vervelende gedrag van patiënt A. De teamleden gaan merken dat ze niet verder komen in de behandeling van de patiënt en de kans is reëel aanwezig dat het team last krijgt van (tegen)overdracht gevoelens. Voorbeelden van mogelijke gevoelens van (tegen)overdracht zijn: machteloosheid, irritatie, moedeloosheid, angst, sympathie, bezorgdheid, zorgzaamheid, medelijden. Deze gevoelens zorgen er in de regel voor dat professioneel denken én handelen in gevaar komen, omdat de kans groot is dat de hulpverleners vanuit deze (tegen)overdracht op de patiënt gaan reageren met straffen en negeren maar ook met reacties als overbezorgdheid en grenzeloosheid. Beide soorten reacties kunnen een destructieve en een niet of nauwelijks te doorbreken interactiespiraal met de patiënt tot gevolg hebben.

Een lastige patiënt zorgt nog niet per definitie voor ontwrichting. Naast het gedrag van de patiënt speelt ook de reactie van de hulpverleners op het gedrag van de patiënt een rol. Het is verleidelijk de oorzaak van het gedrag alleen toe te kennen aan de patiënt maar er dient ook gekeken te worden naar de rol, die de hulpverlener(s) hebben in het ontstaan en/ of in stand houden van dit gedrag.

Ontwrichting in het behandelteam

Ontwrichting in het (multidisciplinaire) behandelteam kan ontstaan als er geen duidelijkheid is over de formulering van de doelgroep, visie, werkwijze, sturing, leiderschap, afspraken en de vergaderstructuur. Onduidelijkheid binnen het behandelteam kan onderlinge irritatie, machtsstrijd en onveiligheid veroorzaken, wat doorwerkt in de communicatie met de patiënt.

Veel patiënten hebben grote behoefte aan duidelijkheid en structuur. Als dit ontbreekt, kunnen zij heftig reageren wat weer kan zorgen voor een negatieve of inadequate reactie bij de teamleden wat ontwrichting in de hand werkt.

Het gedrag van patiënt A. roept veel op bij de medewerkers van betreffende afdeling en met name bij de verpleegkundige discipline, die in de 24-uurs zorg het meeste contact hebben met patiënt A. Boosheid, frustratie, irritatie en angst zijn enkele van de gevoelens, die leven bij de betrokken medewerkers. Over deze gevoelens wordt binnen het team niet veel gepraat. Als gevolg van het toenemende grensoverschrijdende gedrag nemen de "nare" gevoelens bij de medewerkers toe en het blijkt in de praktijk lastig om nog professioneel om te gaan met patiënt A. De verpleegkundige discipline is ervan overtuigd dat er nu wat moet gebeuren met patiënt A: veel teamleden zien patiënt A het liefste in de separeer. De behandelaren en therapeuten staan wat verder bij patiënt A. vandaan, omdat zij in tegenstelling tot de medewerkers uit de 24-uurszorg minder met patiënt A te maken hebben. Zij maken echter samen met enkele leden uit de verpleegkundige discipline het behandelbeleid omtrent patiënt A. Er wordt o.a. afgesproken dat binnen de afdeling strakker gereageerd dient te worden op het grensoverschrijdende gedrag van patiënt A. Patiënt A krijgt n.a.v grensoverschrijdend gedrag 1 officiële waarschuwing en wordt vervolgens voor een uur naar de time-out kamer verwezen indien hij zich grensoverschrijdend blijft gedragen. Separeren is volgens de behandelaren en therapeuten op dit moment geen optie: er is immers geen sprake van een noodsituatie. Daarnaast wordt er gemeld dat een ieder zich aan de gemaakte afspraken moet houden. Deze afspraken vallen niet in goede aarde bij de medewerkers in de 24-uurs dienst. Zij voelen zich niet serieus genomen door de beleidsmakers: er wordt niet voldoende geluisterd naar hun ervaringen en er wordt niet gereageerd op de gevoelens die er binnen het team spelen. De opdracht die hen gegeven wordt, wordt als zeer belastend en onuitvoerbaar ervaren. Het beleid zorgt voor veel onrust en discussie in het team. Het contact tussen de multidisciplinaire teamleden loopt hierdoor vast. Er worden over en weer verwijten gemaakt. Er is geen sprake meer van een constructieve samenwerking tussen de multidisciplinaire teamleden, waardoor de behandelrelatie ontwricht.

DOORBREKEN VAN DE ONTWRICHTING CIB GESLOTEN

De eerste stap in het doorbreken van de ontwrichting wordt gezet door de patiënt van de verwijzende afdeling over te plaatsen naar het CIB Den Haag. Het verwijzende team wordt hierdoor tijdelijk ontlast en dient in de periode tot de terugplaatsing te onderzoeken hoe de ontwrichting met de betreffende patiënt is ontstaan en hoe dit opgelost kan worden. Dit is een lastig proces, waarbij het CIB handvatten kan bieden middels advies en consultatie. Het uiteindelijke doel is dat bij terugplaatsing weer op een constructieve wijze een relatie kan worden aangegaan met betreffende patiënt.

De basisvisie van CIB Gesloten is dat bij alle opnames ingezet wordt op:

- Het vergroten van de **veiligheid** voor de patiënt, de medewerkers en de omgeving.
- Het bieden van **structuur** aan de patiënt.
- Verbeteren van de onderlinge **samenwerking**.

Het stopzetten van de destructieve interactiepatronen begint in alle gevallen met twee boodschappen: fysiek (dreigend) geweld is niet toegestaan en iedereen behoort zich aan de afdelingsregels te houden. Misschien is de belangrijkste interventie wel, dat het niet alleen over de patiënt moet gaan, maar vooral over de wijze waarop de patiënt omgaat met de hulpverleners en de hulpverleners met de patiënt. Het *ziektebeeld* van de patiënt staat dan niet centraal, maar de *interactie* tussen de hulpverleners en de patiënt. Getracht wordt om het probleemgedrag niet meer centraal te laten staan en variatie te vinden in de omgang met de patiënt door juist te kijken naar wat de patiënt wél zelf kan. Hierdoor wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid. Op deze manier wordt de patiënt positief benaderd.

Daarnaast wordt getracht zoveel mogelijk te kijken naar de betekenis van het grensoverschrijdende gedrag. Grensoverschrijdend gedrag van patiënten kan gezien worden als een inadequate manier van communiceren. Wanneer dit wordt onderkend kan vervolgens gekeken worden naar meer effectieve en constructieve manieren van communiceren. Dit betekent echter niet dat het geoorloofd is dat de patiënt over de grenzen van de afspraken van de afdeling heen gaat.

Zoals eerder benoemd ligt de nadruk binnen CIB Gesloten op de volgende items: *Veiligheid, Structuur en Samenwerking*. Deze drie pijlers zijn de basis van *alle* behandelplannen en verpleegplannen en worden hieronder nader toegelicht.

VEILIGHEID

Veiligheid is een breed begrip. Voor de duidelijkheid is het begrip daarom onderverdeeld in verschillende aspecten waarop de hulpverleners invloed kunnen uitoefenen.

Veiligheid in het contact tussen de patiënt en de teamleden

Veiligheid (voor de medewerkers, voor de patiënten én voor de omgeving) staat binnen de afdeling zeer hoog in het vaandel. De patiënt wordt gevraagd mee te denken over passende alternatieven en begeleidingsvormen. Hierover worden vervolgens afspraken gemaakt in de behandel-, verpleeg- én preventieplannen. Voorwaarde hierbij is dat de gesprekken gaan over reële, haalbare zaken en dat de veiligheid gewaarborgd blijft.

Als het nodig is neemt het multidisciplinaire team de verantwoordelijkheid over de veiligheid over. Dit gebeurt op basis van vooraf gemaakte multidisciplinaire afspraken waar ieder teamlid zich aan dient te houden. Elke grensoverschrijding is onderwerp van gesprek, wordt benoemd als overschrijding en wordt onderzocht op de betekenis ervan.

Voor de hulpverleners is het van belang dat ze de patiënten zoveel mogelijk veiligheid bieden in het onderlinge contact, zodat de patiënt vertrouwen kan krijgen in de hulpverlening. Dit kan op verschillende manieren bewerkstelligd worden:

- Nakomen van gemaakte afspraken.
- Bieden van duidelijkheid en structuur (afspraken duidelijk maken en consequent uitvoeren).
- Realiseren van een goede personele bezetting
- (Angst)gevoelens zo nodig naar de patiënten benoemen
- Personeel scholen in agressiehantering
- Voeren van behandelplanbesprekingen waar de patiënt zelf bij aanwezig is én zelf een inbreng heeft over de voortgang van zijn /haar behandeling /verblijf op de afdeling.

Veiligheid binnen het team

Om veiligheid te bereiken is een gevoel van veiligheid in het team onderling noodzakelijk. Het belangrijkste is dat je kunt bouwen op je collegae en dat je weet dat ze achter je staan als dat nodig is. Dit kan op verschillende manieren bereikt worden:

- Uitdragen van één en dezelfde visie
- Je houden aan de gemaakte afspraken
- Zorgen voor openheid en eerlijkheid, bijvoorbeeld uitkomen voor en bespreken van gevoelens die met het werk te maken hebben
- Geven en nemen van feedback
- Volgen van supervisie
- Zorgen voor voldoende effectieve overlegmomenten
- Casuïstiek besprekingen
- Bereidheid hebben tot zelfreflectie
- Goed inwerken van nieuwe collegae
- Respect voor elkaar tonen

- o Je bewust zijn van de “valkuilen” die het werk met zich mee brengt bijvoorbeeld a.g.v. (tegen)overdracht gevoelens reageren vanuit emotie i.p.v. reageren op basis van professionele argumenten.

Veiligheid tussen de patiënten onderling

Het is erg belangrijk dat patiënten zich veilig kunnen voelen. Dit kan op verschillende wijze bewerkstelligd worden:

patiënten die zich onveilig gedragen niet in de gezamenlijke huiskamer toelaten;
iedere patiënt zo mogelijk een eigen kamer geven waar ze zich kunnen terug trekken;
ruimte en overzichtelijkheid op de afdeling;
hulpverleners in de huiskamer aanwezig laten zijn etc.

STRUCTUUR

Veel patiënten hebben een hekel aan structuur en (beperkende) afspraken. Toch wordt structuur binnen CIB Gesloten als zeer belangrijk ervaren. Een heldere én eenduidige structuur maakt duidelijk binnen welke grenzen de patiënt kan functioneren. Als dit duidelijk is én blijft, voelt de patiënt zich hierdoor veiliger en zekerder: de patiënt weet wat er wordt verwacht en waar hij aan toe is. Hierdoor kan de patiënt voorspellen wat eventuele gevolgen zijn van het zich niet houden aan afspraken. Het bieden van structuur vergroot het gevoel van veiligheid en stabiliteit bij de patiënt, waardoor de kans op een goede samenwerking binnen het team vergroot. Het is hierbij wel van belang dat ieder teamlid zich houdt aan de gemaakte afspraken. De belangrijkste punten die zorgen voor structuur zijn:

- Een duidelijk behandelplan en daarvan afgeleid verpleegplan.
- Duidelijke afdelingsregels.
- Een duidelijk (therapie/ dag) programma voor iedere patiënt.

SAMENWERKING

Samenwerking in het contact tussen de patiënt en de teamleden

Binnen CIB Gesloten wordt zoveel mogelijk geprobeerd samen te werken met een patiënt. Vaak heeft de patiënt inzicht in zijn eigen (dis)functioneren en weet hij zelf heel goed waar zaken in de (behandel)relatie mislopen. Hij weet wat zijn aandeel daar in is en wat er nodig is om de relatie te herstellen. Door hier meer naar te vragen en door naar de patiënt te luisteren kunnen behandelplannen hierop worden afgestemd (indien reëel) zodat er meer en constructiever kan worden samengewerkt met de patiënt. De patiënt voelt zich hierdoor meer serieus genomen, krijgt meer/ weer vertrouwen in de hulpverleners en gaat meer het nut inzien van het samenwerken. Binnen CIB gesloten is de patiënt zelf aanwezig tijdens zijn behandelplanbespreking om met het multidisciplinaire behandelteam samen het verdere beleid te bepalen.

Samenwerking in het multidisciplinaire behandelteam

Het werken met een complexe doelgroep vraagt veel van de flexibiliteit van het multidisciplinair team: voortdurend moeten verschillende houdingen en interventies naast elkaar worden toegepast. Daarnaast wordt een groot beroep gedaan op de standvastigheid van het team om zich gezamenlijk aan de gemaakte afspraken te houden.

Afspraken moeten duidelijk vermeld staan in het verpleegplan en iedere medewerker moet zich hieraan houden. Dit is niet alleen van belang voor de patiënten, maar zeker ook voor de leden van het multidisciplinaire team. Als afspraken helder zijn en consequent worden uitgevoerd door het hele multidisciplinaire team én elders binnen de organisatie, is de kans reëel aanwezig dat de teamleden zich (meer) serieus genomen en gesteund voelen en zich daardoor veiliger voelen. Belangrijk hierbij is dat de kenmerken samenwerken, respect, oprechtheid en empathie centraal staan in de bejegening van de individuele patiënt.

Zoals in de casus beschreven zorgt het gedrag van patiënt A en het beleid daaromtrent voor veel onrust en discussie in het team. Het contact tussen de multidisciplinaire teamleden loopt hierdoor vast en er worden over en weer verwijten gemaakt. Er is geen sprake meer van een constructieve samenwerking tussen de multidisciplinaire teamleden, waardoor de behandelrelatie ontwricht.

Allereerst is het van belang dat het voor het team én de patiënt veilig is om het contact met elkaar aan te kunnen gaan. Gevoelens van onveiligheid en onrust dienen met elkaar besproken te worden, en er dient onderzocht te worden hoe de individuele teamleden ondanks deze gevoelens wél met patiënt A kunnen werken. Deze gevoelens mogen namelijk géén invloed hebben op de professionele behandeling. Naast het bespreken en delen van gevoelens over wat het werken met patiënt A oproept binnen het team dient er gekeken te worden hoe het contact met patiënt A op een veilige manier kan worden aangegaan en wat er voor nodig is om dit te bewerkstelligen (samenwerken binnen het team). Er wordt voor gekozen om patiënt A een rustprogramma te geven, waarbij hij het grootste gedeelte van de dag op zijn kamer zit en een aantal momenten op de dag uit zijn kamer mag (structuur). Daarnaast wordt patiënt A bij dit soort momenten door twee verpleegkundigen begeleid. Wanneer er sprake is van agressief gedrag wordt patiënt A voor een uur gesepareerd (veiligheid) en de eventuele separaties worden nabesproken met patiënt A (samenwerking tussen patiënt en het team).

WAT BIJDT CIB GESLOTEN DE PATIËNT EN DE VERWIJZER?

Beleid, visie en ervaring op het gebied van ontwrichting

Na 15 jaar opnemen van ontwrichtende patiënten vanuit andere instellingen is heel wat ervaring opgedaan met het werken met ontwrichtende c.q. "moeilijke" patiënten. Deze ervaringen hebben ons veel geleerd over de benadering en in het bijzonder de valkuilen in het werken met deze zeer complexe categorie patiënten. Het is met name van groot belang dat het beleid met z'n allen wordt gedragen en wordt uitgedragen.

Visie

Binnen het CIB dragen we een visie, waarbinnen de thema's veiligheid, structuur en samenwerking centraal staan. Iedere medewerker van het CIB dient zich te conformeren aan deze visie en dient deze visie ook uit te dragen.

Heldere en duidelijke organisatiestructuur

Binnen het CIB zijn disciplinair en multidisciplinair veel vaststaande overlegvormen, waarbij de communicatie over de patiënten centraal staat. Op deze wijze weet iedere medewerker waar zijn /haar collegae mee bezig zijn wat betreft de patiënten en waar besluiten genomen worden.

Op individu gerichte begeleidingsprogramma's

De afdeling is verdeeld in een "kamerkant" en een "groepskant". De zorgvraag aan de "kamerkant" is in tegenstelling tot de groepskant gericht op een zeer individuele benadering wat inhoudt dat het milieu wordt ingericht met veel structuur, weinig interactie, weinig prikkels en mogelijkheden van (gedeeltelijke) afzondering middels een kamerprogramma of separeerprogramma. De druk in de begeleiding ligt laag en de nadruk ligt (indien mogelijk) op het stimuleren van deelname aan (individuele) activiteiten. De zorgvraag aan de "groepskant" is in tegenstelling tot de "kamerkant" gericht op de onderlinge interactie tussen de patiënt, vov en medepatiënten. De begeleiding is meer groepsgericht. De druk in de begeleiding kan verschillen (op basis van individuele behoefte) van laag naar hoog.

Op individu gerichte therapieprogramma's

Het aangeboden therapieprogramma wordt aangepast op de wijze van begeleiding op de afdeling.

Binnen CIB gesloten bestaan de volgende therapieprogramma's:

- dagstructuur programma A, voor patiënten van de kamerkant (weinig interactie, weinig prikkel en weinig druk). Deze therapievorm is niet verplicht voor de patiënten.
- dagstructuur programma B, voor patiënten van de groepskant (gericht op interactie, groepsgericht). Deze therapievorm is niet verplicht voor de patiënten.
- gesloten therapiegroep, voor de patiënten, waarvan de behandeling in meer of mindere mate gericht is op verandering en die meer externe druk kunnen verdragen. Deze therapievorm is verplicht voor de patiënten
- individueel (evt. in combinatie met de overige therapievormen)

Bovenstaande therapieprogramma's bestaan uit de volgende onderdelen: psychomotorische therapie, drama therapie, beeldende therapie, activiteiten begeleiding creatief en activiteiten begeleiding sport en spel.

Naast de genoemde programma's zijn er dagelijks inloop mogelijkheden bij de activiteiten begeleiding creatief en activiteiten begeleiding sport en spel.

Veel professionele medewerkers in huis

Om alle therapieprogramma's op intensieve wijze te kunnen aanbieden, zijn er binnen het CIB veel verschillende disciplines in "huis" zoals psychiater, psychotherapeuten, GZ-psychologen, SPV-ers, een psychomotorisch therapeut, drama therapeut en beeldend therapeut, een maatschappelijk werker, een activiteiten begeleider creatief en activiteiten begeleider sport en spel en natuurlijk het verpleegkundig team. Deze disciplines werken alleen voor het CIB.

Personeelsbeleid

Het werken met de complexe categorie patiënten binnen CIB gesloten doet een zeer groot beroep op het behandelteam en de individuele medewerkers. De teamleden worden dagelijks geconfronteerd met verbale agressie, verbale (be)dreigingen, fysieke (be)dreigingen, materiële agressie, zelfbeschadiging, seksuele intimidatie en fysieke agressie. Het (langdurig) blootgesteld worden aan deze vormen van agressie, een structurele confrontatie met het leed en lijden van de patiënten, het aanhoren van zeer schokkende verhalen en het aanzien van schokkende situaties geeft een zeer zware psychische belasting aan de teamleden. Deze zaken kunnen bij de individuele medewerkers leiden tot materiele schade, lichamelijk letsel en psychisch letsel (stress, angst, burn-out, post traumatisch stress syndroom).

Binnen CIB gesloten vinden we het van essentieel belang dat alle teamleden hun werkzaamheden op een zo'n veilig mogelijke wijze kunnen verrichten. Ook al brengt het werken met deze doelgroepen risico's met zich mee: agressie en geweld worden niet getolereerd. De afdeling heeft de plicht om voor iedere medewerker een zo veilig mogelijke werkplek te faciliteren. Daarnaast is het uitermate van belang dat (tegen)overdracht gevoelens open besproken worden in het team om te voorkomen dat teamleden gaan reageren vanuit deze gevoelens ipv vanuit verstandelijke overwegingen en afgesproken beleid. Het is hierbij belangrijk om te kijken hoe de teamleden (ondanks de gevoelens) verder kunnen met de patiënt. Houdingsveranderingen van de teamleden en leren kijken naar de mogelijkheden, die er wel zijn, zijn hierbij belangrijke aspecten. Ten slotte dienen de teamleden zich kwetsbaar te kunnen opstellen zowel naar elkaar als naar de patiënt. Teamleden dienen in staat te zijn om het effect van de gedragingen van de patiënt, bij hen terug te leggen. Teamleden dienen in staat te zijn de patiënt terug te geven dat zijn gedrag angstgevoelens oproept bij de teamleden. Dit is in de CIB visie de enige wijze, waarop de patiënt feedback krijgt over het effect van het gedrag, waarna de patiënt ervoor kan kiezen zijn gedrag (deels) te veranderen. Het is heel wat om op deze wijze open te zijn naar een patiënt, maar de ervaring heeft geleerd dat patiënten toch wel voelen wat zijn gedrag oproept bij teamleden.

Binnen CIB gesloten faciliteren we bovenstaande aspecten op de volgende manieren:

- Alle (nieuwe) medewerkers van CIB gesloten (inclusief alle leerlingen) volgen de 5-daagse basis training agressiehantering binnen 4 maanden na aanstelling.
- Alle (nieuwe) medewerkers binnen de afdeling volgen de training interactie vaardigheden.
- Alle medewerkers volgen minimaal één keer per jaar een opfriscursus agressiehantering.
- Op de afdeling wordt eens per 2 weken een structurele TZAS (Teamgericht Zorgoverleg na Agressie en Schokkende gebeurtenissen) aangeboden.
- Indien er op de afdeling een heftig incident plaatsvindt, wordt binnen 1 week een incidentele TZAS aangeboden.
- Ieder teamlid krijgt eens in de 6 tot 8 weken supervisie aangeboden (door externe supervisors).
- Eens in de 2 weken vindt er een knelpunten overleg plaats, waarin moeilijke patiënten en daarbij horende (tegen)overdracht gevoelens besproken worden.
- Interne KIB cursus (zie punt 3. Consultatie en scholing)

Andere /nieuwe omgeving

De patiënt wordt uit de bestaande ontwrichtende situatie gehaald en komt letterlijk in een niet bekende omgeving (onbekende afdeling, onbekende verpleging, onbekende medepatiënten etc.). Tevens heeft de verpleging geen (voor)oordelen ten opzichte van de patiënt. Er hebben zich immers nog geen incidenten voorgedaan, waardoor de manier van begeleiden (nog) erg toegankelijk is. Er is (nog) geen sprake van tegenoverdrachtgevoelens. Het CIB biedt:

- *Veel ruimte, privacy en overzicht*

De patiënt heeft een eigen kamer, waardoor hij /zij zich hier niet bedreigd hoeft te voelen door medepatiënten. Het aantal patiënten per afdeling is in vergelijking met andere afdelingen erg klein, zodat er meer ruimte en rust is voor de patiënt.

- *Goede personele bezetting*

In vergelijking met andere afdelingen is er binnen het CIB een grote personele bezetting om de patiënten intensiever te kunnen begeleiden (op 16 patiënten 6 vroege, 5 late en 3 nachtdiensten per dag).

- *Veel zicht op veiligheid*

Door de inrichting van het gebouw (ruimte, overzicht) en door de personele bezetting kan de veiligheid optimaal gewaarborgd worden. Door de opgedane ervaring met deze doelgroep wordt door iedere discipline erkend dat veiligheid een zeer belangrijk onderwerp is binnen de afdeling en wordt dit onderwerp regelmatig en op een open wijze met elkaar besproken. Daarbij wordt de invloed van het eigen gedrag ook onder de loep genomen.

Consultatie en scholing

Het CIB heeft ten opzichte van andere afdelingen meer middelen om de patiënt zorg te bieden. Dit zou een nadeel kunnen zijn, als bij terugplaatsing blijkt dat de geleverde zorg binnen het CIB niet geleverd kan worden op de verwijzende afdeling. Het is daarom van belang om voorafgaand aan én tijdens de opname van de patiënt regelmatig contact te onderhouden met de verwijzer over de inhoud van de opname, de voortgang van de opname en het vervolgtraject na terugplaatsing. Dit gebeurt onder andere tijdens de behandelplanbesprekingen (eens in de 6 weken), waarbij de verwijzer wordt uitgenodigd. Het CIB geeft hierbij altijd een advies over het gewenste vervolgtraject van een patiënt en terugplaatsing vindt altijd in overleg met de verwijzer plaats. Op deze wijze kan de verwijzende afdeling zich op een adequate wijze voorbereiden op de terugkomst van de patiënt.

Voor terugplaatsing vindt er standaard een consultatie plaats. Enkele hulpverleners van het CIB, die met de betreffende patiënt gewerkt hebben, bezoeken de verwijzende afdeling. Zij brengen de verwijzende afdeling op de hoogte van de opgedane ervaringen en geven adviezen over de zorg aan betreffende patiënt. Voor hulpverleners, die weer gaan werken met betreffende patiënt, is het mogelijk om een dag(deel) op CIB Gesloten mee te lopen om te ervaren hoe de patiënt op het CIB begeleid wordt. Het CIB geeft de verwijzer bij terugplaatsing schriftelijk adviezen mee over de begeleiding van de patiënt op het CIB. Daarnaast is het ook mogelijk om advies te vragen wanneer de patiënt niet wordt overgenomen.

Tot slot is er nog een training met de titel "Omgaan met ontwrichting – *Zelf op zoek naar alternatieven*" die de drie Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB) organiseren. De training wil een concrete bijdrage leveren aan de inzichten en het probleemoplossend vermogen van de deelnemer. Daarbij wordt de deelnemer gezien als onderdeel van een behandelstelsel waarin een ontwrichte behandelingsituatie is ontstaan. De training is bedoeld voor verpleegkundigen en groepsbegeleiders binnen de 24-uurszorg maar kan eventueel ook door andere disciplines worden gevolgd.

Voor **inhoudelijke vragen of aanvullende informatie over dit artikel** kunt u contact opnemen met:

Tjarda van Geffen (afdelingsmanager CIB)
070 – 3916117 (secretariaat CIB)
t.van.geffen@palier.nl

of

Bas Wieringa (psychomotorisch therapeut CIB)
070 – 3916117 (secretariaat CIB)
b.wieringa@palier.nl

Voor **informatie over aanmelding en intake** kunt u contact opnemen met:

Daniëlle Immerzeel (intakecoördinator)
070 – 3916117 (secretariaat CIB)
d.immerzeel@palier.nl

Voor **informatie over de training Omgaan met ontwrichting** kunt u contact opnemen met:

Tessa van der Rijken of Anouk van Kooten
070 – 3916117 (secretariaat CIB)
kibcursus@palier.nl