



1op1-teams verbeteren de dwangzorg

Dit artikel beschrijft de toegevoegde waarde die 1op1-teams kunnen hebben in het zorgproces als er sprake is van dwanginsluitingen (op kamer, in afzondering of separatie). De auteurs schetsen kort de algemene ontwikkelingen op dit gebied en geven aan dat dwang niet altijd voorkómen kan worden. Daarom is een ander paradigma nodig, namelijk het centraal stellen van de relatie. Deze relatie is (voor en tijdens de dwangsituatie) beschadigd en moet hersteld worden om weer optimaal zorg te kunnen verlenen. Op welke wijze 1op1-begeleiding hieraan in de klinische praktijk bijdraagt, wordt vervolgens uiteengezet.

PETRA SCHAFTENAAR MSC, zorginnovator en onderzoeker, Inforsa, instelling voor klinische en ambulante forensische en intensieve GGZ, onderdeel van Arkin, Amsterdam

MINCO RUITER BSW, coördinator dwangzorg, Inforsa, instelling voor klinische en ambulante forensische en intensieve GGZ, onderdeel van Arkin, Amsterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/kunt u:

- meer over de ontwikkelingen op het gebied van dwangreductie en dwangzorg;
- op welke wijze in de klinische praktijk een 1op1-team kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg tijdens dwangsituaties;
- dat er vanuit een relationeel perspectief wordt gewerkt;
- als verpleegkundig specialist 1op1-begeleiding adequaat inzetten in de behandeling en omgaan met de mogelijkheden en moeilijkheden ervan.

TREFWOORDEN

intensieve en forensische psychiatrie, dwang, insluiting, 1op1-teams, zorgrelatie, presentie

1 STUDIEPUNT

Het verminderen van dwang en verschillende vormen van insluiting (separatie, afzondering, insluitingen in eigen kamer) is een belangrijk streven in de GGZ sinds het begin van deze eeuw. Ondersteund door wetenschappelijk onderzoek worden alternatieven voor dwang getest en zijn er *best practices* ontwikkeld.¹ Het gebruik van dwang is een onwenselijk en versturend deel van de psychiatrische behandeling en moet zo mogelijk voorkómen worden. Als dit niet kan, is het een laatste stap die om zorgvuldige uitvoering vraagt.² Agressie en grensoverschrijdend gedrag zijn veelvoorkomende problemen in de klinische

GGZ en vormen belangrijke indicaties om over te gaan tot vrijheidbeperkende maatregelen.³ Insluiting wordt vaak toegepast als de veiligheid door het gedrag van de cliënt in het geding komt. Uit eerder onderzoek blijkt, dat er een relatie bestaat tussen de interactie tussen medewerkers en cliënten en agressie-incidenten.^{4,5} We weten ook dat communicatie(problemen), (gebrek aan) reflectie op het eigen handelen en organisatiecultuur belangrijke factoren zijn in beslissingen over separatie.^{6,7} Wat we doen en de manier waarop we dat

BEHANDELBEVOEGDHEID VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST CANMEDS-ROLLEN

De rol van de verpleegkundig specialist in de klinische GGZ-praktijk komt met betrekking tot 1op1-teams tot uitdrukking in de volgende drie rollen:

1. Vakinhoudelijk handelen: de verpleegkundig specialist (VS) draagt bij aan de zorgverlening door een adequate inschatting te maken van benodigde preventieve en dwangverkortende interventies.
2. Samenwerking: in dwangsituaties is de samenwerking tussen cliënt, zorgverleners en naasten een van de 'succesfactoren'. De VS is gericht op optimale onderlinge relaties.
3. Organisatie: de manier waarop 1op1-begeleiding wordt georganiseerd, bepaalt in belangrijke mate de mogelijkheden en beperkingen ervan.

doen, dragen bij aan zowel escalatie als de-escalatie. Dat maakt agressie interactief en het herstel van conflictsituaties relationeel. Er is dus een ander paradigma nodig om separatie en dwang verder te kunnen verminderen, met andere kennis, vaardigheden en attitude, zoals ook wordt ondersteund in het HIC-model (High en Intensive Care).^{8,9} Controle is niet langer een oplossing, er moet herstel van contact plaatsvinden in situaties van dwang en insluiting.^{10,11} Dit kan alleen door de nadruk op zorg te leggen, in plaats van op beheersing (van de problemen). Als zorg het uitgangspunt is, betekent dit dat de zorgrelatie (tussen zorgverlener en cliënt) centraal staat. Deze zorgethische benadering is de basis van de visie van Inforsa, een instelling voor klinische en ambulante forensische en intensieve GGZ.

VAN DWANGVERMINDERING NAAR DWANGZORG

Dwang verminderen is vanuit het paradigma 'zorg is het uitgangspunt' de aandacht richten op de zorg tijdens de dwangaanloop en dwangtoepassing. Bij deze dwangzorg spelen twee elementen een rol: een de-escalerende houding en de wijze waarop de relatie tussen cliënt en zorgverlener vorm krijgt. De kwaliteit van het bestaan van de cliënt is tijdens dwangzorg voor een groot deel hiervan afhankelijk.¹² Een de-escalerende en compassievolle houding, het oog blijven houden voor de patiënt, diens beleving en behoeften² is daarbij een belangrijke component.

In de toepassing van dwangzorg gaat het enerzijds om het willen, kunnen en mogen de-escaleren van een ontstane situatie. Dit vraagt van de zorgverlener een grote mate van reflectiviteit en waar nodig opzij stappen, hulp vragen, dan wel overnemen.¹¹ Anderzijds gaat het bij dwangzorg om contact en nabijheid, zelfs als er dwang en insluiting plaatsvinden.¹⁰ Hier gaat het om afstemming, in gesprek proberen te komen, achteraf evalueren en de 1op1-aanwezigheid: het erbij zijn. Ook al is geen gesprek mogelijk. Dit alles draagt bij aan het herstel van de zo noodzakelijke relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger.

1OP1-BEGELEIDING IN DE KLINISCHE PRAKTIJK

Na ruim twee jaar met twee onafhankelijke (niet aan behandelteams verbonden) 1op1-teams in drie klinieken ervaring opgedaan te hebben, is de toegevoegde waarde van deze manier van werken door middel van een evaluatieonderzoek in kaart gebracht.

Directe en indirecte cliëntenzorg

1op1-teams leveren op twee manieren een bijdrage aan (het voorkomen van) dwangzorg. Ze doen dit direct in contact met cliënten en indirect via het team.

In de directe cliëntenzorg is er in de 1op1-begeleiding meer aandacht voor het cliëntperspectief. Dat wordt

WAT DOEN 1OP1-TEAMS?

Een 1op1-teamlid kan op drie momenten worden ingezet:

1. als een cliënt is ingesloten (kamer, afzondering, separeer);
2. bij intensivering van zorg in geval van oplopende spanning of escalatie;
3. bij vragen en dilemma's met betrekking tot dwang en dwangzorg.

Het eerste doel van 1op1-begeleiding is het *herstellen* van het contact en de relatie tussen cliënt en behandelteam, zodat dwangzorg voorkomen wordt, vermindert (in duur en frequentie) of in kwaliteit verbetert. Dit herstellen gebeurt door aanwezigheid, het erbij zijn, het geven van erkenning en troost. Contactherstel kan ook bewerkstelligd worden door te proberen een 'brugfunctie' te vervullen tussen cliënt en team. Bij dwanginsluitingen is er immers niet alleen sprake van problematisch gedrag bij de cliënt, maar (bijna altijd) ook van een tijdelijk verstoorde zorgrelatie tussen cliënt en behandelteam. Dat is tegelijkertijd de reden dat de 1op1-begeleiding wordt ingezet en uitgevoerd door een apart team, dat voor alle afdelingen werkt en niet verbonden is aan één specifiek behandelteam.

Het tweede doel van 1op1-begeleiding is het bieden van een grotere continuïteit van zorg en relatie, door intensiever in contact te blijven. Escalatie (bijv. verergering van de crisis, oplopende agitatie of angst, eenzaamheid) wordt gepoogd te voorkomen, door aan te sluiten bij wat de cliënt op dat moment nodig heeft.⁸ Daarmee is 1op1-begeleiding naar haar aard dus relationeel. 1op1-begeleiding wordt door cliënten ook gezien als alternatieve interventie om dwangmaatregelen te voorkomen of te beperken.¹³

door cliënten, medewerkers en management als positief en ondersteunend ervaren. Het 1op1-team onderneemt dingen met cliënten die het behandelteam op dat moment niet kan of wil. De grote ondersteunende factoren zijn dat ze meer tijd hebben en meer aandacht en nabijheid bieden. Ze zijn open en geduldig, als ze er zijn, zijn ze er ook! Ook indirect dragen de 1op1-teams bij aan het leveren van intensieve, cliëntgerichte zorg, namelijk via ondersteuning van het team. Daar is zichtbaar dat iedereen (vooral medewerkers en management, cliënten hebben weinig zicht op dit aspect) van mening is dat de 1op1-teams hierin een goede bijdrage kunnen leveren door hun positie, frisse blik, en het out-of-the-box denken. Het is deze frisse blik die leidt tot het zoeken naar mogelijkheden en daarmee tot meer reflectie, wat de relatie tussen de cliënt en het team ten goede komt en wat de kwaliteit van de zorg verhoogt. Het feit dat de

KERNGERICHTHEID	VOORBEEDEN IN DE UITVOERING, GERICHT OP CLIËNT OF TEAM	
	CLIËNT	TEAM
Relatieel: – <i>contactvol</i> (komen, zijn en blijven) – <i>erkennend</i> (zien en begrijpen) – <i>vertrouwend</i> (en trouw zijn)	‘Cliënt X kreeg kamerverwijzing, maar kon niet tegen het alleen zijn op zijn kamer. 1 op1-begeleiding ingezet. Extra medicatie aangeboden en na enkele uren nam hij deze. Herstelde wat en de laatste 1,5 uur kon hij weer op de afdeling zijn. Kamer met gesloten deur kunnen voorkomen.’ ‘De samenwerking met het 1op1-team vind ik goed verlopen, doordat er wederzijds respect is, op basis van goed contact om op te bouwen.’	‘Collega’s ondersteund in vormgeven dienst met Y. Bij de eerste bezoeken aan hem aanwezig geweest, ook bij het herstelgesprek. Dit voor- en nabesproken. Y houdt zich prima aan de afspraken omtrent zijn stappenplan.’ ‘Dat je meer kunt dan je denkt. Ook al is iemand heel agressief, dat je wel met iemand een voetbalwedstrijd kunt kijken. Als je insteekt op iemands belangstelling is er meer ruimte.’
De-escalerend: – <i>voorspelbaar</i> (congruent) – <i>meebewegend</i> (intuïtief, creatief) – <i>omgevingsgericht</i> (situationeel, overzicht)	‘Hele ochtend uit het contact. (...) Afdeling wil 1 op1-inzet in verband met medicatiegift en in contact krijgen. Na een poging om contact te maken (lukt dan niet) blijven wachten in de kamer zonder verbale communicatie. Z. reageert na enige ogenblikken. Gesprek aangegaan. Medicatie ingenomen. Drinken gegeven.’ ‘Ze wilde wat het beste voor mij zou zijn. (...) Door gewoon tijd te nemen en gaan zitten praten. Ze luisterde naar me. Ze kreeg voor elkaar dat ik toch vrijwillig de separeer in ging.’	Creatieve voorstellen doen (voor uitbreiding). ‘Er is meer aandacht voor mensen die in een kamerprogramma zitten of in de afzondering, er is persoonlijke aandacht, er wordt gezocht naar mogelijkheden en daar is de 1op1 sterk in.’
Herstellend: – <i>versterkend</i> (coachen, regie, perspectief) – <i>reparerend</i> (bemiddelend, in contact investeren) – <i>reflecterend</i> (emoties, metacommunicatie)	Veel bij cliënt in afzondering zijn, extra momenten op kamer. ‘W. even meegenomen naar 1op1-ruimte om te roken en een praatje te maken om even de eenzame opsluiting te doorbreken. Gepraat over een gesprek dat hij gaat voeren met de dokter over verlof, kamerprogramma en zijn toekomst.’	Helicopterview, zien wat anderen niet (meer) zien, helpen naar binnen te kijken, spiegelen. ‘Cliënten kunnen erg wantrouwend en achterdochtig zijn, omdat de 1op1 los van het team staat, kunnen zij soms wel doordringen bij cliënten.’

Tabel 1 Voorbeelden werkzaamheden van 1op1-teams.¹⁴

1op1-teams niet aan de behandelteams verbonden zijn, maakt deze manier van werken mogelijk. De 1op1-teams zijn dus vooral gericht op contactbevordering, contactbehoud en contactherstel, tussen cliënt en team. Uit de aard van de doelen van hun functie werken ze daarbij de-escalerend en herstellend. In tabel 1 worden voorbeelden van werkzaamheden uit de praktijk weergegeven, waarbij deze elementen beschreven worden. In figuur 1 wordt het voorgaande schematisch weergegeven.

AANDACHTSPUNTEN

De praktijk leert ons dat deze manier van werken niet eenvoudig is. Het vraagt nogal wat van de samenwerking tussen professionals. Daarbij is het onze ervaring dat taak- en rolduidelijkheid enerzijds en continuïteit in aanwezigheid anderzijds absolute organisatorische randvoorwaarden zijn om 1op1-teams een stabiele plek te geven. Doordat de 1op1-teams niet aan een behandelteam verbonden zijn, in die zin

nergens ‘bijhoren’, hebben zij niet altijd oog voor wat collega’s hebben ervaren in crisissituaties: daar zijn ze immers niet bij. Ook spanningverhogende behandelgesprekken (bijv. over vrijheden en voortgang van de behandeling) kunnen uitmonden in een crisis, waar het 1op1-team dan ‘fris’ instapt. Het team ziet dan wel een cliënt die ingesloten is, maar heeft de langdurende geschiedenis niet zelf ervaren. Hier toont zich een dubbele ‘waarde’. Het gegeven dat de 1op1-teams niet verbonden zijn aan één behandelteam, er een zekere ‘vrije ruimte’ is, maakt dat er in de relatie met de cliënten iets kan ontstaan. Het is ditzelfde ‘niet verbonden zijn aan één behandelteam’ dat echter maakt dat er in de relatie met dat team spanningen kunnen ontstaan over de manier van werken.

DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN 1OP1-TEAMS

De toegevoegde waarde van de meer onafhankelijke 1op1-teams in de directe cliëntenzorg – het hebben en maken van ruimte, tijd, creativiteit, er zijn – is dat deze



Figuur 1 Top1-begeleiding wordt op de meest passende plek geboden. Op de afdeling, in de eigen kamer of in afzondering, maar ook in een speciaal daarvoor ingerichte Top1-ruimte.

teams in de directe zorg kunnen 'laten'.* Dit is een zeer grote toegevoegde waarde, waardoor er weer beweging in de situatie ontstaat (de impasse, de ontwrichting, of de escalatie). Het laten is ook mogelijk bij het ondersteunen van de teams, maar dat blijkt in de praktijk wel veel moeilijker te ontwikkelen. Dit heeft twee oorzaken, die in wisselwerking met elkaar staan. Soms wordt de ondersteuning belemmerd door rolonduidelijkheid, door het niet-verbonden zijn aan een team en door het gegeven dat de Top1-teams het cliëntenbelang (vanuit hun perspectief) expliciet vooropstellen. Dan wordt de houding soms eerder als drammerig, dominant of

overnemend ervaren, dan als steunend. Maar er is nog wat nodig om de indirecte zorg, dus het ondersteunen van de teams, mogelijk te maken. Ook 'aan de kant' van een behandelteam speelt iets. In een focusgroep kwam dit als volgt naar voren. 'We denken [dat] "wij wel weten hoe het moet", maar [we] komen er niet uit en hebben een tunnelvisie, waar ook de behandelaar invloed op heeft. Het is geen gezichtsverlies, maar professioneel handelen [om ondersteuning te vragen]. Het is ook de acceptatie en de trots opzij zetten en zeggen dat je hulp nodig hebt.'

Tabel 1 geeft een overzicht van de rollen die Top1-teams vervullen in de directe en indirecte cliëntenzorg. ■

* De *latende* modus is een begrip uit de presentiebenadering. In een latende modus wordt ruimte geschapen voor de ander, bepaalt deze ander (mede) de doelen, aard en duur van de relatie, biedt de werker een doelrichting of perspectief/alternatief, maar werkt de werker niet aan het doorzetten van de eigen doelen. 'De latende modus is vooral het scheppen van ruimte en tijd, zodat de ander zich kan tonen (...)'¹⁵ (p. 85). Dit *laten* staat tegenover *maken*, waarmee een werkwijze wordt bedoeld waarin de werker in het contact met de cliënt degene is die (overwegend) bepaalt wat de doelen in de relatie zijn, wat de aard en de duur is en wat de uitkomst moet zijn. De werker stuurt dus, neemt het voortouw en heeft vaak ook een geprivilegieerd inzicht in wat moet gebeuren. (Deze, voor deze tekst aangepaste definitie is van Baart, 2001, p. 369.¹⁶)

TIPS EN TRICKS

- Werken met Top1-teams tijdens dwang levert een positieve bijdrage aan relationele zorg.
- Een goede organisatie daarvan is belangrijk.
- Die komt tot uitdrukking in voorwaarden als: een duidelijke taak- of functieomschrijving, een heldere positie in de organisatie en niet verbonden zijn aan één behandelteam.
- Daarnaast is continuïteit in aanwezigheid van de Top1-teams van groot belang.



Figuur 2 Comfortroom in een kliniek.

LITERATUUR

- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven G. Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: VU Medisch Centrum/GGZ Nederland; 2011.
- Haan L de, werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Dwang en drang. Richtlijntekst. Versie 4 februari 2015.
- Leeuwen M van, Ros N. Agressie in de forensische psychiatrie. In: Helm P van der, Kröger U, Schaftenaar P, Vliet J van. Leefklimaat in de klinische forensische zorg. Amsterdam: SWP; 2013:132-51.
- Ros N, Helm P van der, Wissink I, Stams GJJM, Schaftenaar P. Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *J Forensic Psychiatry and Psychology* 2013. DOI: 10.1080/14789949.2013.848460.
- Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *J Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9:325-37.
- Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Mann-Poll PS, Hutschemaekers GJM. Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *J Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012;19:264-70.
- Werf B van der, Lantink P. Separeren in Europees perspectief. Ervaringen en impressies. *Mgv* 2009;64(6):471-9.
- Mierlo T van, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- TNO. Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting. Rapportnummer: TNO 2013-R10446; 2013.
- Ruiter M. Dwang en drang in de (forensische) zorg; van controle naar contact. In: Helm P van der, Kroger U, Schaftenaar P, Vliet J van (red.) Leefklimaat in de klinische forensische zorg. Amsterdam: uitgeverij SWP; 2013:116-31.
- Helm P van der, Schaftenaar P. Eigen schuld, dikke bult? Leefklimaat en straf in de klinische psychiatrie. *Mgv* 2013;69(6):28-34.
- www.dwanginezorg.nl
- Hulsbosch L, Place C, Michon H. Factsheet Panel Psychisch Gezien. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Schaftenaar P, Ruiter M. Iop1=? Een evaluatieonderzoek naar de bijdrage van Iop1-teams in het verminderen en verbeteren van de dwangzorg bij Inforsa. Inforsa; 2015.
- Baart A, Grijpdonck M. Verpleegkunde en presentie. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2008.
- Baart A. Een theorie van presentie. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2001.