

---

# UIT DEN LANDE

## "Over veiligheid gesproken..."

10e Nascholing sociaal psychiatrisch verpleegkundigen  
Zandvoort, 5 en 6 november 2009

### Paul Hemels

Alweer voor de tiende keer organiseerde de V&VN SPV in nauwe samenwerking met Lilly Nederland de jaarlijkse nascholingsdagen voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Vijftig collega's verkeerden in de bevoorrechte positie om gedurende twee dagen deel te nemen aan een boeiend en intensief programma. Dit jaar was het leidende thema "veiligheid". Didier Rammers, voorzitter van de V&VN SPV, schetste in zijn welkomstwoord en inleiding de importantie van het thema.

Veiligheid is één van de vier beleidsthema's van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. GGZ Nederland heeft in 2007 - in nauwe samenspraak met o.a. cliënten/patiënten en verschillende beroepsgroepen - een patientveiligheidsprogramma GGZ samengesteld. Dit programma is gebaseerd op het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), wat de komende jaren uitgewerkt zal worden naar realistische doelstellingen en interventies. De speerpunten zijn: veilig incidenten melden, agressie in de zorg, psychiatrische en somatische comorbiditeit, suicidepreventie, medicatie(on)veiligheid, dwang en drang. Gedurende de nascholing kregen al deze onderwerpen in meer of mindere mate aandacht, en werd getracht om de vertaalslag te maken naar de dagelijkse praktijk. De eerste dag bestond voornamelijk uit voordrachten, gedurende de tweede dag stonden de workshops centraal.

### De eerste dag (de lezingen)

#### Beroep en opleiding

##### *Didier Rammers, voorzitter V&VN SPV*

Traditiegetrouw gaf de voorzitter een update van de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van beroep en opleiding. Daarnaast besteedde hij aandacht aan de rol die de V&VN SPV speelt bij deze ontwikkelingen. Zo werd uitgebreid stilgestaan bij de p.r. van de beroepsvereniging, de positie van de eerstelijns- en zelfstandige SPV-en, de organisatie in/van de verschillende regionale afdelingen, de veranderingen met betrekking tot scholing, opleiding en specialisme, en het kwaliteitsregister.

Komend jaar zal (het verkrijgen van) de "eigen identiteit" van de SPV binnen de beroepsvereniging aandacht krijgen, met andere woorden er zal gewerkt worden aan herkenbaarheid. De (digitale) nieuwsbrief is hierbij een belangrijk communicatiemiddel. Alle leden hebben (of krijgen) een persoonlijke inlogcode.

De drie verschillende financieringsstromen (Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en Wet maatschappelijke ondersteuning) leiden tot ingewikkelde regelgeving, en ook dit gegeven is een belangrijk onderwerp voor de komende jaren.

De scholing en opleiding zijn sterk aan veranderingen onderhevig. De Voortgezette Opleiding-SPV heeft plaatsgemaakt voor de opleiding tot Nurse Practitioner GGZ (Artikel 14). Inmiddels wordt gewerkt aan de realisatie van een SPV-Master Opleiding.

De rol van de behandelaar heeft volop aandacht. Aanvankelijk zouden alle BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaars ("mits bevoegd en bekwaam") een DBC kunnen openen, in de praktijk hebben BIG-geregistreerde SPV-en deze mogelijkheid nog niet. Op 26 november wordt het kwaliteitsregister geopend, waarin ook de bekwaamheid (o.a. verkregen door na- en bijscholing) wordt geregistreerd.

### **Risicotaxatie in acute situaties**

***Paul Kuiper, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en  
Berry Penterman, psychiater***

De sprekers zijn werkzaam bij GGZ Oost Brabant. Naast de reguliere werkzaamheden participeren zij beiden in de crisisdienst. Veiligheid en crisisinterventie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Eind jaren negentig vonden in de regio Oost Brabant in korte tijd verschillende geweldsincidenten plaats. Dit was de directe aanleiding om een instrument te ontwikkelen wat het mogelijk maakt om agressief gedrag te taxeren, om vervolgens gepaste maatregelen te kunnen nemen. In 2002 is gestart met een pilotstudy. Er werd een instrument geïmplementeerd om het agressierisico in te kunnen schatten, de Checklist Risico Crisisdienst (CRC). Feitelijk zijn in de CRC een viertal modellen geïntegreerd: de klinische beoordeling, de actuariële risicotaxatie, de gestructureerde klinische risicotaxatie en de korte termijnvoorspelling. Er wordt een inschatting gemaakt van het toestandsbeeld, en er vindt een inventarisatie plaats van risicoverhogende factoren (zowel patiënt- als omgevingsgebonden). Ten slotte wordt bezien welke preventieve maatregelen noodzakelijk zijn. Dit alles voordat de patiënt gezien wordt. Er is gedurende twee jaar met het instrument gewerkt, waarna geconcludeerd werd dat het CRC een valide instrument is om tijdens het crisisconsult het risico van agressief gedrag te taxeren en om vervolgens passende - en betere - maatregelen te nemen. Tijdens het onderzoek werden nog andere zaken duidelijk. Gebruikers van het instrument meldden dat hun klinische blik sterk verbeterde. Daarnaast verbeterde de onderlinge samenwerking, en werd het gevoel van veiligheid vergroot. Ook bleek dat jongere SPV-en opvallend minder vaak geconfronteerd werden met agressieve incidenten dan oudere collega's. Dit hing samen met de vooronderstelling "ik ken de patiënt, ik heb ervaring, dat lukt mij wel..." In dit verband wordt wederom duidelijk dat het psychiatrische toestandsbeeld sterker is dan de relatie.

Een secundair doel van het gebruik van de CRC is dat SPV-en zich meer en voortdurend realiseren dat hun beroep gevaarlijk kan zijn. De CRC is ook binnen andere settingen bruikbaar.

In het Tijdschrift voor Psychiatrie is in 2006 en 2009 uitvoerig gepubliceerd over het gebruik van de CRC.

### **Somatische screening bij neurolepticagebruik**

***Ronald van Gool, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en MANP***

Bij tal van psychiatrische aandoeningen is sprake van somatische comorbiditeit: stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, psychotische stoornissen.

In zijn lezing focuste Ronald van Gool vooral op schizofrenie. Bij de behandeling van schizofrenie neemt langdurige farmacotherapie een belangrijke plaats in. De levensverwachting van mensen met schizofrenie is 20-30% korter. Terwijl de gemiddelde leeftijd bij de algemene populatie 78 jaar is, is dat bij mensen met schizofrenie slechts 55 jaar. Er is sprake van een twee tot driemaal verhoogde mortaliteit. Er werd vooral aandacht besteed aan het recente mortaliteitsonderzoek (Tiihonen et. al, Finland 2009). Dit grote bevolkingsonderzoek richtte zich gedurende elf jaar op de mortaliteit van niet opgenomen patiënten die behandeld werden met antipsychotica.

In 2006 was de levensverwachting van schizofreniepatiënten 22,5 jaar lager dan die van de totale bevolking, in 1996 was dat verschil 25 jaar. Veel voorkomende somatische aandoeningen zijn obesitas, diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, bewegingsstoornissen, seksuele functiestoornissen, en het zogenaamde metabool syndroom. Vooral dit laatste kreeg veel aandacht. Het metabool syndroom is een stofwisselingsziekte die veroorzaakt wordt door een voortdurende verstoring van de balans tussen lichamelijke activiteit en voedselopname. Met andere woorden: te weinig beweging in combinatie met veel en onregelmatig eten en/of overmatig alcoholgebruik. Hierdoor wordt de regulatie van de stofwisseling door de hersenen verstoord. De hoge prevalentie van comorbide gezondheidsproblemen hangt samen met een drietal factoren: ongezonde leefstijl, factoren die samenhangen met de symptomatologie en behandeling, en contextgebonden factoren. Een en ander heeft geleid tot een richtlijnontwikkeling met betrekking tot somatische screening (Cahn, 2008). Inmiddels is een minimaal screeningsprotocol gerealiseerd, wat bestaat uit de volgende onderdelen: (familie)anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, tandheelkundige controle, onderzoek naar seksuele functiestoornissen en bewegingsstoornissen. Echter de implementatie van de somatische screening verloopt moeizaam. Dit is te wijten aan het ontbreken van heldere richtlijnen, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, gebrek aan vertrouwen in de beoordeling van de bevindingen, en de matige beschikbaarheid van basisinstrumenten. Zie ook het overzichtsartikel "Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik" (Cahn e.a., 2008).

### **Ontwikkelingen wetgeving**

#### ***Fred de Meijer, sociaal psychiatrisch verpleegkundige***

Op dit moment zijn er twee wetsvoorstellen in voorbereiding om de Wet 'bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' (Wet Bopz) te vervangen: het wetsvoorstel Zorg en Dwang en het wetsvoorstel Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvvggz).

De Wet Bopz dateert van 1994. Bij de evaluatie in 2007 werd geconcludeerd dat de wet "verdelend" werkt en onnodig ingewikkeld is. Daarnaast is de wet teveel locatiegebonden in plaats van persoonsgebonden. In de nieuwe wet zal het begrip "dwang" vervangen worden door "verplichte zorg". Er zal een onderscheid komen in zorgmachtiging en crisismaatregel, wat beter aansluit bij het realiseren van optimale en persoonsgebonden zorg. Ook de criteria tot verplichte zorg worden duidelijker omschreven. De oude criteria worden gehandhaafd (het gedrag moet een gevolg zijn van een psychische stoornis, de mogelijkheden voor vrijwillige zorg moeten ontbreken), maar het gevaarcriterium wordt verruimd. Feitelijk zal het gevaarcriterium gewijzigd worden in een "schadebeginsel", wat beter aansluit bij de beginselen van het internationale recht. De criteria subsidiariteit, proportionaliteit en effectiviteit zullen uitnodigen tot een betere onderbouwing. Het huidige systeem bestaat uit verschillende machtigingen, over enkele jaren zal sprake zijn van één zorgmachtiging met een geldigheidsduur van zes weken, zes maanden of één jaar.

De crisismaatregel zal de huidige 'in bewaringstelling' (IBS) vervangen. De hoorzitting vervalt, en de geldigheidsduur bedraagt ten hoogste drie dagen. Zowel de zorgmachtiging als de crisismaatregel voorzien in de mogelijkheid om naast intramuraal ook (verplichte) ambulante behandelingstrajecten te realiseren.

Concreet betekent dit dat patiënten in de thuissituatie behandeld kunnen worden, waarbij sprake kan zijn van verplichte thuiszorg, verplichte medicatiegebruik, etc.

Enkele verschillen op een rijtje:

---

**Nu (Wet Bopz):**

IBS  
Verschillende rechtelijke machtigingen  
Dwangopname  
Dwangbehandeling  
Middelen, maatregelen  
Beperkingen, vrijheden  
Behandelplan  
Gevaar  
Psychiatrische kliniek, instelling

**Straks (Wvggz):**

Crisismaatregel  
Eén zorgmachtiging  
Verplichte zorg  
Verplichte zorg  
Verplichte zorg  
Zorgplan  
Aanzienlijk risico op ernstige schade  
Accommodatie, zorgaanbieder

---

De reacties op de wetsvoorstellen zijn uiteenlopend. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en GGZ Nederland zijn overwegend positief, terwijl het landelijke platform GGZ enigszins gematigd is. Patiëntenorganisaties zoals Pandora, evenals de patiëntenvertrouwenspersonen zijn tegen de voorstellen. Overigens zal de invoering van de Wvggz nog enkele jaren op zich laten wachten.

**Sociaal programma**

Een strandwandeling maken, gerookte makreel eten, en borrels drinken... En even stilstaan bij het naderende afscheid van Henk van Breemen. Henk was lange tijd werkzaam in het spv-team van Lilly Nederland. Veel collega's kennen hem van de nascholingsdagen, de studiemiddagen of van de werkbezoeken. Voor velen was hij "het gezicht van Lilly". Henk speelde onder andere een belangrijke rol bij de ontwikkeling en implementatie van het Health 4U programma. Maar daarnaast is hij een bijzonder sympathieke en aimabele man. Henk maakte bekend dat hij een andere functie heeft aanvaard bij Lilly Nederland. In een kort afscheidwoord bedankte hij iedereen voor de goede samenwerking, en de grote mate van vertrouwen. Veel collega's zullen zijn vertrouwde verschijning missen...

**Nederlands Terugspeel Theater**

***Wim Hilgeman, Jacky van Leth, I for Baynes***

's Avonds vond een interactieve theaterbijeenkomst plaats, waarbij veiligheid en onveiligheid "verbeeld" werden. Het Nederlands Terugspeel Theater bestaat feitelijk uit ongeveer twintig acteurs en muzikanten. In wisselende samenstellingen worden interactieve theatervoorstellingen verzorgd, waarbij het publiek een actieve rol speelt. Het concept is simpel maar effectief. Eén van de acteurs nodigt - in de rol van spelleider - iemand uit het publiek uit, om een verhaal te vertellen waarin (on)veiligheid centraal staat. De acteur stimuleert en activeert, en vervolgens wordt door middel van theater en muziek het verhaal in alle scherpste "teruggespeeld". Op deze manier ontstaat een caleidoscoop van verhalen en beelden.

## De tweede dag (de workshops)

### **Veiligheid in de triade, het zijn de kleine dingen die het doen** **Henk-Willem Klaassen, sociaal psychiatisch verpleegkundige i.s.m. vader en zoon Erkamp, respectievelijk vader en cliënt/ervaringsdeskundige**

Naast sociaal psychiatisch verpleegkundige is Henk-Willem Klaassen bestuurslid van Ypsilon. Ypsilon heeft intensieve(re) samenwerking met familieleden al jarenlang hoog in het vaandel staan.

Binnen de jeugd- en ouderenzorg is samenwerken met familieleden van patiënten veelal gebruikelijk. Echter binnen de volwassenenzorg is dit niet altijd en overal gemeengoed. Ondanks dat het beleidsdocument "Betrokken omgeving" door veel instellingen is ondertekend, is het niet geheel doorgevoerd. Afgelopen periode verschenen op dit gebied verschillende rapporten (oa. Trappenburg en Bovenkamp, 2009). De uitkomsten waren identiek: met de samenwerking tussen cliënt, familie en behandelaar is het droevig gesteld. Onlangs vroeg Ypsilon hiervoor opnieuw aandacht. Familieleden worden gezien als "experts" in de behandeling. Ze zijn echter te vaak afwezig. Zij verdienen een vaste plek binnen de GGZ, en binnen de behandeling. Zij zouden ook een belangrijke en grotere rol kunnen spelen in behandelteams, vergelijkbaar met de positie van ervaringsdeskundigen. Tijdens de workshop werd van gedachten gewisseld over belangrijke thema's als privacy, grenzen, veiligheid en bejegening. Het bevorderen van de samenwerking (triade) is essentieel voor en loopt synchroon met het verkrijgen van veiligheid.

### **Ombuigen van weerstanden met behulp van verbale judo technieken** **Casper Nusselder, verpleegkundige/trainer**

Er is een duidelijke samenhang tussen (on)veiligheid en weerstand. Weerstand kan leiden tot meer veiligheid, maar evengoed tot onveiligheid. In dit verband is het objectiveren, hanteren en ombuigen van weerstand van groot belang. Vanaf 1984 zijn in de Verenigde Staten technieken ontwikkeld om met behulp van "Verbal Judo" beter met weerstanden om te gaan. De oorsprong van de techniek is afkomstig vanuit de politiekorpsen, later is ze geïntegreerd in onderwijs, openbare dienstverlening en gezondheidszorg. De betreffende technieken zijn de basis voor een methodiek, die in 2005 is "vertaald", is aangepast aan de Nederlandse cultuur, en is geïntegreerd met bestaande communicatietheorieën. Kenmerkend voor de methodiek zijn de grondbeginselen die ook voor de judosport gelden: respect voor de tegenstander, zorgvuldigheid, weerstand "omarmen", vermijden machtsvertoon, en bewustzijn van eigen "triggers".

De basis van de methode wordt gevormd door de "GREEP":

---

- G: Gerichte vraag
  - R: Reden waarom de vraag wordt gesteld, reden waarom iemand geen medewerking verleent
  - E: Extra opties (alternatieven)
  - E: Eindvoorstel
  - P: Passend ingrijpen.
- 

Hiermee worden vijf basisstappen aangegeven die - wanneer er sprake is van weerstand - uitgevoerd dienen te worden in deze specifieke volgorde. Wanneer halverwege de uitvoering de weerstand plaatsmaakt voor vrijwillige medewerking, kunnen de overige stappen overgeslagen worden. Zorgvuldige uitvoering van de basisstappen voorkomt de kans dat de laatste stap (passend ingrijpen) noodzakelijk is.

Overigens kan de methodiek uitgebreid worden met een extra (voorafgaande) stap. Dat betreft de aanwezigheid van vooronderstellingen. Uitgangspunt is dat bepaalde aannames grote gevolgen kunnen hebben voor de uitvoering van de stappen, en dat "vooronderzoek" van de aannames noodzakelijk is.

### **Moreel Beraad**

#### ***Leonard van Wijk, geestelijk verzorger, gespreksleider Moreel Beraad GGNet***

Enkele jaren geleden besloot Leonard van Wijk om een opmerkelijke carrièremove te maken. Hij was predikant van de gereformeerde gemeente Lochem, maar raakte in een burn-out. Hij besloot om zijn leven een radicale wending te geven, en werkte vervolgens gedurende twee jaar als hovenier. De lichamelijke inspanning bevorderde zijn fysieke en psychische draagkracht. Maar hij miste de geestelijke "input", de beschouwing en de bezieling. In 2005 ging hij werken als geestelijk verzorger bij GGNet. Sindsdien is hij actief bij de ontwikkeling van Moreel Beraad, zowel binnen GGNet als in andere instellingen. Afgelopen jaar mocht ik hem drie keer aan het werk zien, en dit waren indrukwekkende bijeenkomsten. Binnen GGNet neemt Moreel Beraad een belangrijke en steeds grotere plaats in. In de gehele organisatie vinden (structureel dan wel incidenteel) gespreksbijeenkomsten plaats, waarin dilemma's besproken en opgelost worden. Het proces wordt intensief gevolgd en begeleid door de Universiteit van Maastricht. Feitelijk is het fundament van de geestelijke gezondheidszorg gebaseerd op machtsongelijkheid. We schrijven immers mensen voor wat goed voor hen is. Uitgangspunt is dan ook de vraag: "Wat is goede zorg?" Of beter gezegd: de vraag is niet "doe ik het technisch goed?" maar "doe ik het juiste?" Moreel Beraad laat zich als volgt definiëren: met hulp van een gespreksleider, volgens een vaste (vragende, onderzoekende, oplossingsgerichte) methodiek, samen als team nadenken en spreken over situaties die twijfels en vragen oproepen. Tijdens de gesprekken wordt stilgestaan bij de dilemma's die om morele keuzes vragen. Er wordt gewerkt vanuit verschillende methodieken: de socratische dialoog, het hermeneutische gesprek, de zorgethische methodiek, de dilemmamethode. Overigens wordt bij GGNet vooral gewerkt met de socratische dialoog. Tijdens de workshop werd gekozen voor het dilemma: wel of geen gedwongen opname? Door middel van het uitschrijven van het dilemma werd de morele vraag geformuleerd: "Mag ik het risico nemen dat zelfbeschadiging dodelijk afloopt?" Vervolgens werden de waarden en normen van de direct betrokkenen in kaart gebracht, en werd gereflecteerd op de alternatieven, wat uiteindelijk leidde tot een antwoord op de eerder gestelde morele vraag.

### **Ten slotte**

De tiende nascholing voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een jubileum... En wederom was de voorbereidingscommissie (bestaande uit afgevaardigden van de V&VN SPV en Lilly Nederland B.V.) erin geslaagd om een interessant en gevarieerd programma samen te stellen. Evenals in voorafgaande jaren was er sprake van een perfecte balans tussen theorie (voordrachten en lezingen) en praktijk (interactieve workshops). Veiligheid is zowel voor cliënten als voor hulpverleners een basaal onderdeel van de kwaliteit van zorg. Tijdens de nascholingsdagen werd het thema vanuit verschillende invalshoeken belicht. Zowel de technische als de culturele en gedragsmatige aspecten kwamen veelvuldig aan bod. Daarnaast werd aandacht besteed aan preventie van onveiligheid. Didier Rammers groeide in zijn rol van dagvoorzitter, en werd daarbij op enthousiaste wijze geassisteerd en geïnspireerd door Angelique Kruger, programmamaakster bij Omroep Gelderland. Natuurlijk was er voldoende gelegenheid voor het netwerken, en werden oude contacten en relaties in ere hersteld. En Lilly Nederland was - zoals gebruikelijk - weer een uitstekende gastheer.

## Literatuur

- Cahn W., Ramlal D., Bruggeman L., Laan L. de, Scheepers E. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50: 9, 579-591
  - Erp N. van, Place C., Michon H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ deel 1: Interventies*, Utrecht: Trimbos instituut.
  - Erp N. van, Place C., Michon H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ deel 2: Betrokkenheid in (F)ACT*. Utrecht: Trimbos instituut.
  - Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K., Klaukka T., Niskanen L., Tanskanen A., Haukka J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 22; 374(9690):620-7
  - Trappenburg M., Bovenkamp H. v.d. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 1-2, , pp. 27-38
- 

## Informatie:

Didier Rammers:	d.rammers@spv.venvn.nl
Paul Kuiper:	pgfm.kuiper@ggzoostbrabant.nl
Ronald van Gool:	r.v.gool@geestgronden.nl
Fred de Meijer:	fdemeijer@dijkenduin.nl
Casper Nusselder:	info@tocoteam.nl
Henk-Willem Klaassen:	hw.klaassen@ggz-nhn.nl
Leonard van Wijk:	l.vanwijk@ggnet.nl
Henk van Bremen:	van_bremen_henk@lilly.com
Nederlands Terugspeel Theater:	www.nltt.nl