



AGRESSIE EN

SCHOKKENDE

GEBEURTENISSEN

IN DE GGZ

Een beleidsmatige aanpak vanuit arbo-perspectief

Judith Huber

Ruud H.P. van Beest

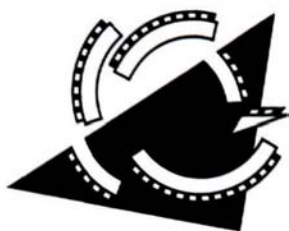
Paul van Soomeren

Carl H.D. Steinmetz

96/48

Bohn Stafleu Van Loghum

Agressie en schokkende gebeurtenissen in de GGZ



Psychiatrisch centrum Bloemendaal



Justitie

Ministerie van Justitie



Steinmetz
advies & opleiding

Agressie en schokkende gebeurtenissen in de GGZ

Een beleidsmatige aanpak vanuit arbo-perspectief

Judith Huber

Ruud H.P. van Beest

Paul van Soomeren

Carl H.D. Steinmetz

© 1996 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 313 2150 8

NUGI 750

D/1996/3407/076

Ontwerp omslag: Anita Amptmeijer

Bohn Stafleu Van Loghum
De Molen 77
3993 AW Houten

Kouterveld 2
1831 Diegem

Inhoudsopgave

Voorwoord

0 Inleiding	11
0.1 Agressie in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) bespreekbaar	11
0.2 Invulling van de eisen van de Arbeidsomstandighedenwet	12
0.3 Waarom dit boek?	13
0.4 Voor wie is dit boek bedoeld?	13
0.5 Agressie en Schokkende gebeurtenissen, een definitie	14
0.6 Leeswijzer	15

Deel I Algemeen kader: agressie in de psychiatrie vanuit verschillende hoeken belicht

1 Veranderingen in de aard, omvang en oorzaken van agressie in de GGZ	21
1.1 Veranderingen in de GGZ	21
1.1.1 Introductie	21
1.1.2 Consequenties van de democratisering en veranderde wetgeving	22
1.1.3 Consequenties van vernieuwde hulpverlening voor patiënt en samenleving	23
1.1.4 Vernieuwd gebruik en beheer maken APZ kwetsbaar voor criminaliteit	24
1.1.5 Patiëntenpopulatie complexer	24
1.2 Aard en omvang van incidenten in de psychiatrie	24
1.3 Oorzaken van incidenten	26
1.3.1 Patiënt/bezoeker	27
1.3.2 Medewerker	27
1.3.3 Instelling	28
1.3.4 Buurt/maatschappij	29
1.4 Tot slot	30
2 Wet- en regelgeving	31
2.1 Arbeidsomstandighedenwet	31
2.1.1 Agressie, geweld en seksuele intimidatie	31
2.1.2 Rol van de werkgever, de werknemer en de overheid	31
2.1.3 Risico-inventarisatie en -evaluatie	32
2.1.4 Plan van aanpak	33
2.1.5 Controle	34
2.1.6 Bedrijfshulpverlening	35
2.1.7 Toepassen van arbobeleid	35
2.2 Patiënten- en kwaliteitswetgeving	36
2.2.1 Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO)	36
2.2.2 Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ)	37

2.2.3	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	37
2.2.4	Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)	38
2.2.5	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	39
2.3	Overige wet- en regelgeving	39
2.4	Geïntegreerde benadering van arbo- en kwaliteitszorg	40
3	Gevolgen van agressie en instrumenten voor opvang en veiliger werken	42
3.1	Introductie	42
3.2	Gevolgen van agressie en schokkende gebeurtenissen voor de getroffene	42
3.2.1	Veranderde kijk	42
3.2.2	Het verwerkingsproces	44
3.2.3	Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)	47
3.2.4	Omgaan met een schokkende gebeurtenis (coping)	48
3.2.5	Invloed van de sociale omgeving op het verwerkingsproces	48
3.3	Gevolgen van agressie en schokkende gebeurtenissen voor de instelling	49
3.4	Bedrijfsopvang	50
3.4.1	Wat is opvang?	51
3.4.2	Instrument voor opvang: het 'drie-gesprekken opvangmodel'	52
3.4.3	Instrument voor opvang dient meerdere doelen	53
3.4.4	Voorwaarden voor opvang	55
3.5	Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en andere Schokkende gebeurtenissen(TZAS)	56
3.5.1	Wat is TZAS?	56
3.5.2	Achtergrond van TZAS	56
3.5.3	Voorwaarden voor TZAS	58

Deel II Agressie en schokkende gebeurtenissen in Psychiatrisch centrum Bloemendaal

4	Achtergrond van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'	63
4.1	Meer over Psychiatrisch centrum Bloemendaal	63
4.1.1	Streven naar kwaliteitszorg	64
4.1.2	Koploper bij aanpak van agressie	65
4.1.3	Organisatievernieuwing en het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'	67
4.2	Nadere bezinning: een risico-inventarisatie en -evaluatie	67
4.2.1	Respondenten	67
4.2.2	Omvang van incidenten	68
4.2.3	Aard van incidenten	68
4.2.4	Oorzaken, aanpak en registratie van incidenten	70
4.2.5	Gevolgen van incidenten en werkomstandigheden	71
4.2.6	Risico-evaluatie	71
4.3	Plan van aanpak: projectplan, doelstellingen en beleidskeuzen	72
4.3.1	Projectplan	72
4.3.2	Doelstellingen	72
4.3.3	Beleidsmatige keuzen	72

4.4	Project in kort bestek	73
4.4.1	Traject 'opvang en praktische begeleiding'	74
4.4.2	Traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits'	74
5	Activiteit 1: slachtofferbijeenkomsten	76
5.1	Doel van de slachtofferbijeenkomsten	76
5.2	Inhoud van de slachtofferbijeenkomsten	76
5.3	Evaluatie door de deelnemers	78
6	Activiteit 2: training in opvang en praktische begeleiding na calamiteiten	79
6.1	Doel van de training	79
6.2	Inhoud van de training	79
7	Activiteit 3: opvang en beleid	82
7.1	Missie	82
7.2	Kern-opvangdraaiboek	83
8	Traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits', een introductie	84
8.1	Atlantis, kliniek voor intensieve behandeling	84
8.2	LLK, opnamekliniek	84
8.3	Overzicht van het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits'	85
9	Activiteit 4: voorlichtingsdagen 'omgaan met agressie en TZAS'	87
9.1	Doelen van de voorlichtingsdagen	87
9.2	Inhoud van de voorlichtingsdagen	87
9.3	Evaluatie van de voorlichtingsdagen	89
10	Activiteit 5: het invoeren van TZAS	90
10.1	Inhoud van het Teamgericht Zorgoverleg	90
10.2	Instrumenten behorend bij de methode TZAS	91
10.3	Implementatie	94
11	Activiteit 6: training Controle en Fysieke Beheersing (CFB)	96
11.1	Doelen van de training CFB	96
11.2	Inhoud van de training CFB	96
12	Activiteit 7: evaluatie van het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits'	98
12.1	Persoonlijke ervaringen met de methoden TZAS en CFB	98
12.2	Knelpunten in de opvang en veiligheid	101
12.3	Uitskomsten van de incidenten- en slachtoffer-registratie	102
12.4	Hoe verder met de methode TZAS	107
12.5	Ervaringen van de trainers/begeleiders	107

Deel III Lessen

13 Lessen	111
13.1 Les 1: relevante uitgangspunten	111
13.2 Les 2: de stappenmethode	112
13.2.1 Stap 1 Willen: het probleem (h)erkennen	113
13.2.2 Stap 2 Weten: oriënteren en inventariseren	114
13.2.3 Stap 3 Wegen en plan van aanpak	116
13.2.4 Stap 4 Werken: uitvoeren van activiteiten en maatregelen	117
13.2.5 Stap 5 Waken: bewaken van de voortgang	119
13.3 Les 3: agressie de psychiatrie uit	119
 Literatuur	 123
 Bijlage	 126

Voorwoord

In dit boek wordt het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' beschreven dat in 1992 is gestart op het Psychiatrisch centrum Bloemendaal. De directie van Bloemendaal heeft, naast de subsidiëring die verkregen werd van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid en het ministerie van Justitie, ook uit eigen middelen bijgedragen.

Wij vinden het namelijk van grote waarde om het vóórkomen van agressie en andere schokkende gebeurtenissen in de psychiatrie, uit de taboesfeer te halen. Alleen dan kan een aanpak van deze, met de GGZ-praktijk verbonden, gebeurtenissen onderdeel worden van:

- de basisdeskundigheid van werkers in de GGZ;
- de reguliere beleidsontwikkeling van instellingen in de GGZ.

In dit boek wordt agressief gedrag van cliënten behandeld vanuit het perspectief van de werkers in de psychiatrie: wat zij daaraan kunnen doen. Gelukkig gaat het zelden om excessen als een gijzeling, verkrachting, of poging tot doodslag, waarmee werknemers in de psychiatrie worden geconfronteerd. Wel is er veelvuldig sprake van een scheldpartij, bedreiging, een klap, geknijp, ongewenste intimiteiten, etc.

Ons uitgangspunt is dat elk incident er één te veel is en wij menen om drie redenen dat personeelsleden zo goed mogelijk moeten worden voorbereid op het omgaan met deze gebeurtenissen.

- 1 Agressie en seksueel intimiderend gedrag kunnen onderdeel zijn van een stoornis en zijn niet altijd ongewenst. Het optreden van bijvoorbeeld woede kan immers juist bruikbaar zijn om traumatische gebeurtenissen toegankelijk te maken voor therapeutische bemoeienis. Het is daarom van groot belang dat professionals in de GGZ expliciet worden geschoold in het herkennen van de betekenis van dit gedrag in de relevante context en in gedragstechnieken om de relatie hanteerbaar te houden.
- 2 Afgezien van het bovenstaande worden agressie en seksueel intimiderend gedrag soms ook opgeroepen, of in stand gehouden, door de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving. Professionals in de GGZ zullen daarom getraind moeten worden om alert te zijn op de invloed van het eigen gedrag op patiënten en de invloed van de omgeving waarbinnen de relatie gestalte krijgt.
- 3 Werkenden in de GGZ bagatelliseren dikwijls de negatieve ervaringen die zij in hun dagelijks werk opdoen. Al te vaak wordt nog gedacht dat grensoverschrijdend gedrag van cliënten getolereerd moeten worden als 'part of the job'. Wij koesteren niet de illusie dat welk agressieproject dan ook deze ellendige ervaringen zal uitbannen. Wel wensen wij ons personeel zo goed mogelijk in staat te stellen dit gedrag te voorkomen, of ermee om te gaan. En wanneer zij onverhoopt toch het slachtoffer worden van agressie of schokkende gebeurtenissen, willen we de getroffen optimaal assisteren bij de verwerking en praktische afwikkeling.

Het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' is geslaagd. Onze hartelijke dank gaat uit naar de mensen die hiertoe het initiatief hebben genomen en die het door hun enthousiasme leven hebben ingeblazen binnen de organisatie.

Het welslagen van het project is in grote mate te danken aan Ruud van Beest, directeur patiëntenzorg van Psychiatrisch centrum Bloemendaal. Hij heeft zich als geen ander ingezet voor de start en voortgang van het project. Daarnaast hebben ook de medewerkers van de circuits Atlantis en Lucas Lindeboom Kliniek, met name de zorgcoördinatoren Leon Steyn en José van Gaalen, veel betrokkenheid, energie en tijd geïnvesteerd in het project.

Het project is tot stand gekomen in samenwerking met dr. Carl H. D. Steinmetz, toentertijd directeur van het Instituut voor Psychotrauma, sinds 1992 directeur van het bedrijf STEINMETZ advies & opleiding. De professionele ondersteuning van het project is verzorgd door dit bedrijf. Monique van de Griendt danken we voor haar redactionele ondersteuning bij het tot stand komen van het boek.

Wij zijn er zeker van dat dit project en de voortgang ervan onmisbaar zullen blijken in het totaal van de inspanningen die wij plegen om de kwaliteit van de zorg en de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Met onze aanpak van agressie (het stimuleren van veiliger werken en opvang bieden aan getroffen werknemers) hopen we op de lange termijn globaal het volgende te bereiken:

- een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening aan de gebruikers;
- een verhoogde arbeidstevredenheid van werknemers;
- kostenbeheersing van personele en materiële uitgaven voor de organisatie.

Door deze publikatie willen wij andere instellingen behulpzaam zijn bij de beleidsontwikkeling op het gebied van de aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen.

Leen Joele, zenuwarts

Algemeen directeur Psychiatrisch centrum Bloemendaal.

0 Inleiding

0.1 Agressie in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) bespreekbaar

Pas sinds korte tijd is agressie in de GGZ bespreekbaar en worden de psychische gevolgen van agressie voor slachtoffers serieus genomen.

Hulpverleners zijn van oudsher gewend om altijd voor de ander klaar te staan, om dienstbaar te zijn en onder alle omstandigheden vriendelijk te blijven tegen een cliënt, geduldig en vol begrip. Die gerichtheid op de ander staat haaks op het 'aandacht vragen voor jezelf'. Men spreekt in dit verband ook wel van het 'Florence Nightingale Complex': altijd flink zijn, niet klagen en geen aandacht vragen voor jezelf¹. Naast die gerichtheid op de ander heerst(e) in de (geestelijke) gezondheidszorg ook een 'machosfeer': 'Agressie en schokkende gebeurtenissen horen bij het werk; als je er niet tegen kunt, ben je ongeschikt voor het werk.'

Een kleine groep werkenden in de GGZ heeft zich de laatste jaren ingezet om het thema 'agressie' op de agenda te krijgen van managers en beleidsmakers. Dankzij hun initiatieven is langzamerhand een andere houding ten opzichte van (agressief gedrag van) cliënten aan het ontstaan. Hulpverleners komen meer op voor hun belangen en rechten.

Het zijn met name verpleegkundigen in de psychiatrie, die het initiatief hebben genomen om agressie van cliënten aan de kaak te stellen. In de jaren tachtig hebben zij verscheidene bijeenkomsten georganiseerd rondom het thema 'agressie in de psychiatrie'.² De directe aanleiding was het feit dat de rechtspositie van de cliënt uitgebreide aandacht kreeg in verband met de invoering van de wet BOPZ³, terwijl er weinig aandacht was voor de rechtspositie van de hulpverlener die agressief werd bejegend. Het thema 'agressie in de psychiatrie' bleek actueel en gevoelig te zijn: de opkomst op de bijeenkomsten was groot en er ontstonden verhitte discussies rondom de vraag of agressie in de psychiatrie nog langer kon worden getolereerd.

Na de eerste discussies is de nadruk de laatste jaren meer komen te liggen op de aanpak van agressief gedrag van cliënten. Er zijn diverse symposia georganiseerd waarop deelnemers kennis konden maken met de verschillende visies op de aanpak van agressie, variërend van een kennismaking met fysieke veiligheidstechnieken tot de presentatie van een management-model voor een integrale aanpak van agressie binnen de instelling.⁴ Deze symposia maakten duidelijk dat agressie als probleem in de psychiatrie steeds meer wordt erkend en herkend.

Dat de problematiek rond agressief gedrag van cliënten meer in de belangstelling staat, blijkt ook uit het grote aantal onderzoeken die recentelijk zijn gedaan naar het voorkomen van agressie in de GGZ. Diverse werkenden hebben in het kader van hun opleiding een studie gedaan naar de aard, omvang, oorzaken en gevolgen van agressief gedrag van cliënten.⁵

Ook hebben verschillende Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en) en RIAGGs een intern onderzoek uitgevoerd.⁶ Verder heeft de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV) een onderzoek uitgevoerd in alle APZ-en naar fysieke agressie en heeft het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv) de processen die een rol spelen bij het optreden van agressie tussen patiën-

ten en verpleegkundigen onderzocht. In paragraaf 1.2 gaan we uitgebreider in op het Nederlandse onderzoek naar agressie in de psychiatrie.

■ de problematiek van agressie in de GGZ wordt erkend, hoort men steeds vaker de roep om scholing in het omgaan met agressie. Helaas is er nog geen sprake van een initiatief vanuit de overheid om agressie als thema op te nemen in de opleidingen voor werkenden in de GGZ. Wel zijn er de laatste jaren diverse particuliere initiatieven genomen om de deskundigheid rondom de aanpak van agressief gedrag van cliënten te vergroten.

De meeste initiatieven behelzen trainingen die zijn gericht op het voorkómen van en/of leren hanteren van fysiek agressief gedrag.⁷ Daarnaast zijn er ook enkele cursussen rondom de opvang van werknemers die het slachtoffer zijn geworden van agressie. Een aantal van de trainingen is opgenomen in het AWOZ bestand.⁸

Deze initiatieven hebben er inmiddels toe geleid dat een aantal instellingen is gestart met een beleidsmatige aanpak van agressie. APZ Endegeest, bijvoorbeeld, installeerde in 1989 een commissie geweldsincidenten. De commissie heeft een opvangbeleid opgezet en coördineert en evalueert de opvang van getroffen medewerkers. De aandacht van de commissie wordt door de getroffen medewerkers zeer gewaardeerd.

Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam is gestart met een brede inventarisatie van de aard, de omvang, de oorzaken en de gevolgen van agressief gedrag van cliënten. Op basis hiervan is een opleidingsplan rondom het omgaan met agressie opgezet. Centraal hierin staat het zoeken naar oplossingen voor agressieve cliënten via een gestructureerd werkoverleg op afdelingsniveau. Medewerkers ervaren de aandacht vanuit de organisatie als een erkenning van de problematiek.

APZ Sint Joris en de Rumkegroep hebben een werkgroep agressie ingesteld. Deze werkgroep ontwikkelt en begeleidt plannen voor een integraal agressiebeleid waarin de technische en personele veiligheid en opvang na incidenten hand in hand gaan.

Ook diverse andere instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen, huisartspraktijken, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, begeleid wonen projecten en RIAGGs, zijn gestart met de aanpak van agressie.

De belangstelling voor de agressieproblematiek in de GGZ staat niet op zichzelf. Men vermoedt dat agressie in de GGZ de laatste jaren sterk is toegenomen⁹, hoewel hierover geen cijfers bekend zijn. De vermeende toename van het aantal incidenten loopt parallel met de toename van agressie, geweld en andere vormen van crimineel gedrag in de samenleving.

Dagelijks berichten de media over burgers die een andere burger na een woordenwisseling, of zonder aanwijsbare reden, een klap verkopen, bedreigen, of neersteken. Ook lijkt het vernielen van andermans spullen een gangbare uitlaatklep geworden voor een substantieel aantal burgers. Op de werkvloer is dit agressieve gedrag terug te vinden in het contact tussen cliënten en medewerkers. Met name in de dienstverlenende sector blijken agressie, geweld en seksuele intimidatie belangrijke beroepsrisico's te zijn.¹⁰

0.2 Invulling van de eisen van de Arbeidsomstandighedenwet

Als antwoord op de toename van agressie, geweld en seksuele intimidatie op het werk heeft de overheid de wetgeving op het gebied van de arbeidsomstandigheden (Arbowet) vernieuwd. De Arbowet maakt de werkgever verantwoordelijk voor de veiligheid, het welzijn en de gezondheid van de werknemers. De wetwijziging van januari 1994 heeft daaraan de onderwerpen agressie, geweld en seksuele intimidatie toegevoegd. De werk-

gever is verplicht zijn werknemers zo goed mogelijk te beschermen tegen agressie, geweld en seksuele intimidatie de nadelige gevolgen daarvan.

De Arbeidsomstandighedenwet is nader uiteengezet in een aantal Publicatiebladen van het ministerie van SZW (P-bladen). Toch blijkt er bij veel instellingen nog onvoldoende duidelijkheid te bestaan over hoe men invulling kan geven aan de eisen van de Arbowet, met name op het gebied van agressie, geweld en seksuele intimidatie. Dit boek probeert daarom die invulling voor de GGZ helder te maken. We moeten hierbij opmerken dat agressie als onderdeel van de psychische stoornis en behandelplannen ter voorkoming van agressief gedrag van cliënten buiten het kader van dit boek vallen.

0.3 Waarom dit boek?

In Psychiatrisch centrum Bloemendaal is in 1992 het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' gestart om de opvang en veiligheid van de werknemers structureel te verbeteren. Het project kan worden gezien als een ontdekkingsreis naar het invoeren van een opvang- en veiligheidsbeleid. Het project is aan de hand van ervaringen telkens uitgebreid met nieuwe activiteiten rondom de aanpak van (de gevolgen van) agressie en schokkende gebeurtenissen.

Dit boek wil laten zien wat Bloemendaal de afgelopen jaren op het gebied van agressie heeft gedaan. Het wil echter ook het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' in een breder kader plaatsen. Tot slot probeert het op basis van de in Bloemendaal geleerde lessen tot een breed toepasbare beschrijving te komen van de invulling van de arbo-beleidscyclus: het opzetten, uitvoeren en beleidsmatig verankeren van maatregelen ter voorkoming van agressie en haar nadelige gevolgen.

De aanpak van agressie in de GGZ is natuurlijk geen doel op zich, het gaat uiteindelijk om het zo adequaat mogelijk begeleiden en behandelen van cliënten. Het verbeteren van de werksituatie van de werkenden in de GGZ kan hier ons inziens een positieve bijdrage aan leveren. Ook cliënten hebben immers baat bij een veilige ontvangstruimte, spreekkamer, of verblijfsruimte, waar spanningen beheersbaar blijven en waar de medewerkers met plezier en aandacht hun werk uitoefenen.

0.4 Voor wie is dit boek bedoeld?

Het boek is geschreven vanuit het perspectief van werkenden in de psychiatrie. In veel gevallen kan 'agressie in de psychiatrie' echter worden gelezen als 'agressie in de (geestelijke) gezondheidszorg': de inhoud van het boek (de achtergrondinformatie en adviezen over de aanpak van agressie) is veelal ook toepasbaar voor andere instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg.

Het boek is in de eerste plaats bedoeld voor het *leidinggevend en ondersteunend personeel* in APZ-en, zoals managers, directieleden, arbodeskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en opleidingsfunctionarissen.

In de tweede plaats is het boek ook van belang voor *beleidsmakers en besturen* binnen de GGZ en overheid.

Ten derde is het boek nuttig voor de *veiligheidsbranche en docenten* die verantwoordelijk zijn voor de opleiding van werknemers in de GGZ (artsen, psychiaters, psychologen, verpleegkundig personeel etc.).

We hopen dat u als betrokkene bij de GGZ naar aanleiding van het boek ideeën opdoet voor een eigen aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen op het werk en dat het boek inspireert tot het ontwikkelen van een eigen visie op de aanpak van agressie in de GGZ.

0.5 Agressie en Schokkende gebeurtenissen, een definitie

In en rondom het psychiatrisch ziekenhuis doen zich dagelijks kleine en grotere incidenten voor die het werkplezier verminderen.

- patiënt tegen verpleegkundige: 'Ik voel me helemaal niet goed, ik geloof dat...' (26 keer op een dag)
- patiënt tegen therapeute: 'Dat vind je wel leuk hè, als je zo met me bezig bent...'
- patiënt tegen argeloze passerende voedings-assistent: 'Kunt u alstublieft (smekend) aan de psychiater vragen wanneer ik naar huis mag...'
- bezoeker tegen teamcoördinator: 'En als mijn vader niet ogenblikkelijk anders behandeld wordt dan begin ik hier een kleine verbouwing. Te beginnen met jouw brilletje!'
- patiënt tegen verpleegkundige: 'Volgende keer neem ik je te pakken, je woont in de Kerkstraat, hè?'
- verpleegkundige: 'Dat is nu al de derde keer deze week dat ik in mijn gezicht gespuugd ben...'
- team tijdens incident: 'Klets, whamm, boem... Pak jij die arm! Nee, ga er maar op zitten! En jij daar...'
- verpleegkundige: 'Hij heeft zich helemaal opengekrabd, zit onder het bloed en hij is seropositief...'
- en: 'Op het terrein van de instelling worden de buitenlichten telkens stukgegooid.'
- en: 'Er is een inbrekende junk gesnapt in de apotheek' (Vrooland, 1989).

Wanneer we hierna spreken van incidenten, of schokkende gebeurtenissen bedoelen we *gebeurtenissen die in meer of mindere mate psychisch, lichamelijk of materieel leed hebben veroorzaakt bij de betrokken persoon*. Hierbij kan worden gedacht aan:

- fysieke agressie: bijvoorbeeld slaan (met of zonder voorwerp), schoppen, knijpen, spugen;
- verbale agressie: bijvoorbeeld uitschelden, dreigementen uiten, vernederen, treiteren, manipuleren;
- intimidatie: bijvoorbeeld bedreigen om iets gedaan te krijgen, achtervolgen, lastigvallen;
- seksuele intimidatie: bijvoorbeeld ongewenste intimiteiten, seksueel getinte opmerkingen, aanranding, verkrachting;
- discriminatie: bijvoorbeeld negatieve opmerkingen in relatie tot iemands sekse, huidskleur, geloof;
- criminaliteit: bijvoorbeeld vernieling, diefstal, inbraak;
- ingrijpende ervaringen: bijvoorbeeld confrontatie met (poging tot) suïcide, auto-mutilatie, herbelevingen.

De opsomming van incidenten geeft een goede indruk van wat er zoal in de psychiatrie kan gebeuren. Hieraan willen we wel toevoegen dat de opsomming van het soort incidenten nooit volledig kan zijn. Bij de beoordeling of bepaalde situaties of gedragingen

van patiënten bestempeld moeten worden als agressief, bedreigend of anderszins schokkend, spelen subjectieve factoren onontkoombaar een rol. De persoonlijke beleving van de betrokkenen en de persoonlijke normen en waarden bepalen uiteindelijk of er sprake is van een schokkende gebeurtenis. Terwijl de ene verpleegkundige zich van een schellende patiënt niets aantrekt, kan een collega daar behoorlijk van ontdaan zijn. Daarom moet ons inziens ieder incident serieus worden genomen.

0.6 Leeswijzer

Het boek bestaat uit drie delen:

- Deel I: Algemeen kader
- Deel II: Aanpak agressie en schokkende gebeurtenissen in Psychiatrisch centrum Bloemendaal
- Deel III: Lessen

Deel I Algemeen kader: agressie in de psychiatrie vanuit verschillende hoeken belicht

In **hoofdstuk 1** wordt ingegaan op de veranderingen in de aard, omvang en oorzaken van agressie in de GGZ. Eerst staan we stil bij recente ontwikkelingen in de GGZ en de consequenties daarvan voor de veiligheid in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). Daarop volgt een korte beschrijving van onderzoek naar de aard en omvang van agressie in het Nederlandse psychiatrisch ziekenhuis.

Tot slot gaan we in op mogelijke oorzaken van agressief gedrag van patiënten. We onderscheiden vier participanten die hierbij een rol spelen: de patiënt/bezoeker, de medewerker, de organisatie en de buurt/maatschappij.

In **hoofdstuk 2** worden wetten en richtlijnen behandeld die betrekking hebben op personele en organisatorische eisen ter voorkoming van agressie en haar nadelige gevolgen. Eerst wordt ingegaan op de Arbowet. Vervolgens wordt de kwaliteitswetgeving besproken. Tot slot worden nog enige andere wetten en richtlijnen genoemd die betrekking hebben op agressie in het APZ. Buiten beschouwing laten we wetgeving met betrekking tot de bouw en het beheer van het gebouw.

In **hoofdstuk 3** worden twee instrumenten beschreven die bruikbaar zijn bij de aanpak van agressie en haar nadelige gevolgen: bedrijfsopvang en Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS). Deze instrumenten komen voort uit de huidige kennis over de gevolgen van incidenten voor de getroffene. Eerst wordt ingegaan op de consequenties van agressie voor de getroffene en de instelling. Daarop volgt een uiteenzetting van de principes van de instrumenten bedrijfsopvang en TZAS.

Deel II De aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen in Psychiatrisch centrum Bloemendaal

Hoofdstuk 4 start met een introductie van Psychiatrisch centrum Bloemendaal en de motieven van dit APZ voor het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'. Daarna volgt een beschrijving van een risico-inventarisatie en -evaluatie naar de aard, om-

vang, oorzaken en gevolgen van agressie en schokkende gebeurtenissen in Bloemendaal. Dit hoofdstuk besluit met een overzicht van het plan van aanpak en het verloop van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'.

In hoofdstuk 5 wordt activiteit 1 beschreven: de slachtofferbijeenkomsten voor medewerkers die in de afgelopen jaren zijn geconfronteerd met agressie of een schokkende gebeurtenis. Doel en inhoud van de bijeenkomsten worden weergegeven en deelnemers geven hun mening over de bijeenkomsten.

In hoofdstuk 6 staat activiteit 2 centraal: de training in opvang en praktische begeleiding na calamiteiten voor het management van Bloemendaal. Eerst wordt het doel van de training weergegeven. Daarna gaan we in op de inhoud: het bespreken van eigen ervaringen met agressie, voorlichting over schokverwerking, oefenen met opvang en bespreken van de implementatie van de opvang op de eigen werkplek.

In hoofdstuk 7 gaan we in op activiteit 3: opvang en beleid: initiatieven om de opvang beleidsmatig te ondersteunen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de missie en het kern-opvangdraaiboek dat het management heeft opgesteld.

In hoofdstuk 8 worden de activiteiten die zijn gebundeld in het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits' geïntroduceerd. Eerst worden de betrokken circuits besproken: Atlantis en Lucas Lindeboom Kliniek (LLK). Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de verschillende activiteiten die zijn uitgevoerd op deze circuits (activiteit 4-7).

In hoofdstuk 9 staat activiteit 4 centraal: voorlichtingsdagen 'omgaan met agressie en TZAS' voor de medewerkers van de circuits Atlantis en LLK. Eerst wordt ingegaan op de doelen en de inhoud van de voorlichtingsdagen. Daarna geven de deelnemers hun mening over de voorlichtingsdagen.

In hoofdstuk 10 staat activiteit 5 centraal: het invoeren van TZAS op Atlantis en LLK. Eerst worden de doelen en inhoud van het Teamgericht Zorgoverleg beschreven. Vervolgens gaan we in op enkele bijbehorende hulpmiddelen: de registratie van incidenten en slachtofferervaringen, de notulen en de produktschouw. Tot slot wordt stilgestaan bij de implementatie van de methode TZAS.

In hoofdstuk 11 wordt een beschrijving gegeven van activiteit 6: de training Controle en Fysieke Beheersing (CFB) voor de medewerkers van Atlantis en LLK: een methode voor het praktisch omgaan met (dreigend) agressief gedrag. Eerst wordt het doel van de training uiteengezet. Daarna volgt een beschrijving van de inhoud: het streven naar persoonlijke én team-veiligheid.

In hoofdstuk 12 wordt activiteit 7 beschreven: de evaluatie van het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits' middels de produktschouw: een verslag van de persoonlijke ervaringen van de medewerkers met het invoeren van de methode TZAS, de uitkomsten en het gebruik van de incidenten- en slachtofferregistratie en de ervaringen van de trainers/begeleiders van het traject.

Deel III Lessen

Veel instellingen in de psychiatrie staan momenteel voor de vraag hoe zij iets kunnen doen aan agressie, geweld en seksuele intimidatie van patiënten. Alle inspanningen die in Bloemendaal verricht in het kader van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen', hebben vanzelfsprekend diverse leerervaringen opgeleverd. De lessen die zijn geleerd, worden verwoord in het laatste hoofdstuk.

Hoofdstuk 13 start met relevante uitgangspunten bij de aanpak van agressie in de psychiatrie (les 1). Vervolgens wordt beschreven op welke wijze agressie in de psychiatrie

kan worden aangepakt met behulp van de arbo-beleidscyclus (les 2). Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor een pro-actieve instelling; onder het motto: agressie de psychiatrie uit (Les 3).

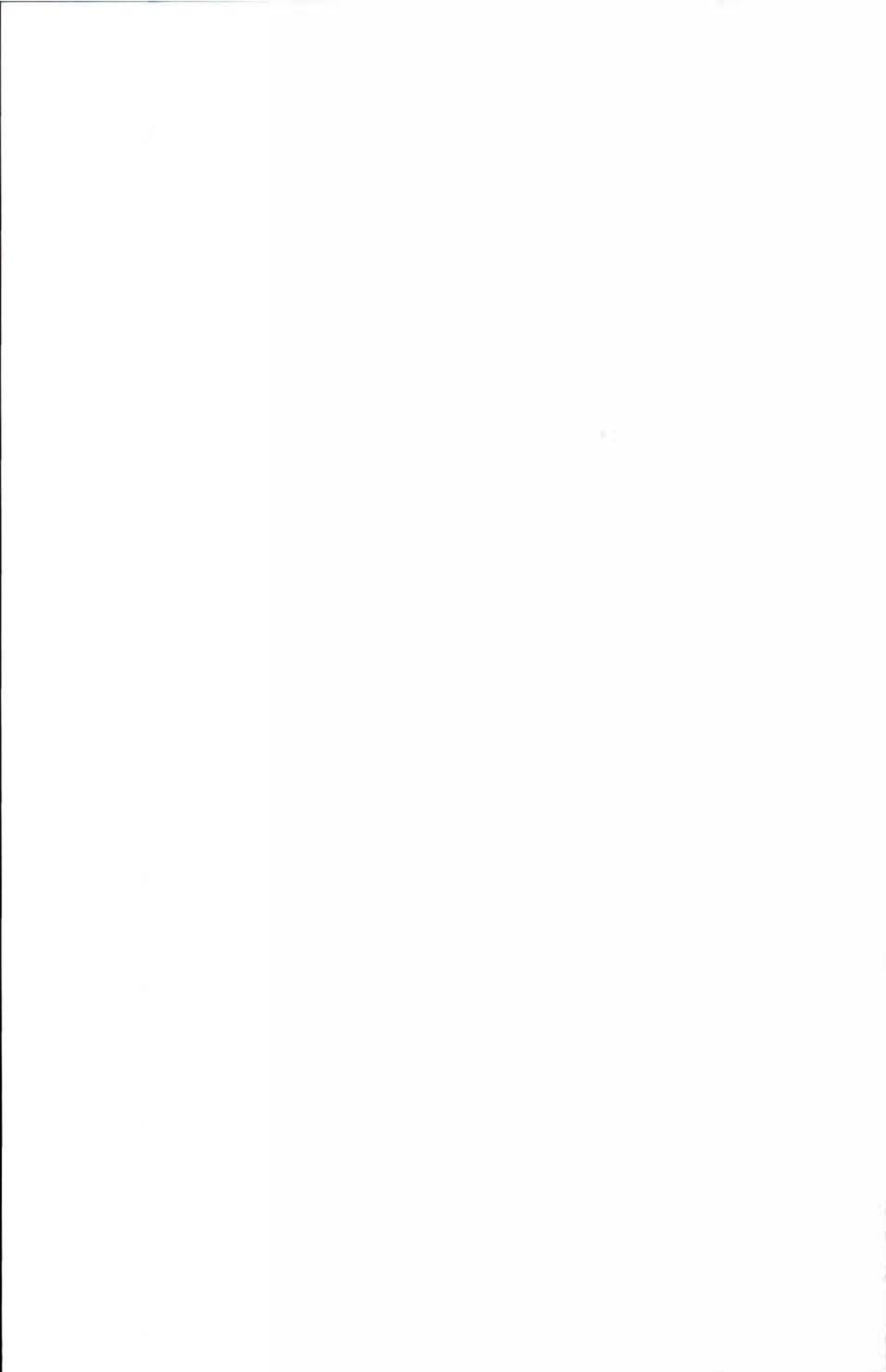
In de lessen ligt de nadruk op acties in de zin van sociopreventie (personele en organisatorische maatregelen). Buiten beschouwing zijn gelaten [] die zijn rondom technische en materiële maatregelen ter vermindering van (de ernst van) incidenten.

Noten

- 1 Van Osselaer-Schouterden, 1990
- 2 Dennenoord [] Psychiatrisch Centrum, 1982.
NZR, 1983
De Lange, 1986
Het Beterschap, Utrecht, 1987
- 3 Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
- 4 LEO Verpleegkundig Management, 1993.
VGBBK, 1993.
- 5 Duis, 1986
Oud, 1991
Danhof-Pont, 1992
- 6 Huber, 1993
Arendshorst, 1991
- 7 De Graaf, 1991
- 8 De AWOZ is een organisatie die opleidingen voor de intramurale gezondheidszorg subsidieert.
- 9 Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1992.
- 10 Justitiële verkenningen, 1992
Justitiële verkenningen, 1994
Mandemaker, T., Eijk, M.H., Van & Klomps, A. 1994.

DEEL I ALGEMEEN KADER

Agressie in de psychiatrie vanuit verschillende hoeken belicht



1 Veranderingen in de aard, omvang en oorzaken van agressie in de geestelijke gezondheidszorg

De laatste decennia is de samenleving sterk veranderd. Als gevolg van de veranderingen in de samenleving is ook het patiëntengedrag, de patiëntenpopulatie en de functie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) sterk gewijzigd. De veranderingen in de GGZ zijn terug te vinden in een gewijzigde wet- en regelgeving rondom opname en behandeling van patiënten.

De veranderingen in de GGZ en wet- en regelgeving vereisen een herbezinning op de aanpak van agressie in de psychiatrie. Dat het noodzakelijk is om agressie serieus te nemen, blijkt uit recent onderzoek. Diverse Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en) hebben de laatste jaren onderzoek gedaan naar de aard en omvang van agressief gedrag van patiënten. Naar aanleiding van de verhoogde aandacht voor agressie in de psychiatrie is er ook veelvuldig gepubliceerd over de oorzaken van agressief gedrag van patiënten. Terwijl de oorzaak vroeger vooral werd gezocht in het ziektebeeld van de patiënt, wordt nu een samenstel van oorzaken genoemd, waaronder oorzaken die samenhangen met de veranderingen in de samenleving.

In dit hoofdstuk wordt eerst nader ingegaan op de veranderingen in de GGZ. Daarna wordt stilgestaan bij de aard en omvang van incidenten in de psychiatrie en mogelijke oorzaken die hieraan ten grondslag liggen.

1.1 Veranderingen in de GGZ

1.1.1 Introductie

De laatste decennia is de Nederlandse samenleving sterk veranderd. Onder invloed van de democratiseringsgolf in de jaren zestig zijn instellingen gedemocratiseerd en is de bevolking mondiger geworden. Verder is er sprake van een toenemende vergrijzing en differentiatie aan culturen. Een andere verandering is de verharding van de samenleving. Er is een toename van criminaliteit, waaronder agressie, geweld en seksuele intimidatie. Ook is de samenleving sterk geïndividualiseerd, waardoor familiebanden en buurtverbanden steeds meer wegvallen. Als gevolg hiervan raken veel mensen in een sociaal isolement. Dit isolement wordt nog eens versterkt door de dalende werkgelegenheid. Ook is de sociale omgeving van hulpbehoevende mensen steeds minder bereid of in staat bijstand te verlenen.

Naast deze veranderingen in de samenleving wordt ook de GGZ voortdurend gewijzigd. APZ-en worden deels omgevormd tot gedecentraliseerde multifunctionele eenheden (MFE-en). De massaliteit en het wonen op afdelingen zouden dehumanisering in de hand werken. Bovendien bemoeilijkt de afgezonderde ligging van APZ-en, ooit om gezondheidsredenen gekozen, integratie in de samenleving. In plaats van opnamen in het ziekenhuis wordt de oplossing tegenwoordig gezocht in een streven naar dagbehandeling, poliklinische behandeling, plaatsing in beschermende woonvormen of thuiszorg onder begeleiding van hulpverleners.¹

Op de golven van de democratisering in de GGZ is ook de wet- en regelgeving inzake gedwongen opname en dwangbehandeling meer aangepast aan de rechten van de patiënt en in de ogen van sommigen doorgeslagen. Ook is er sprake van een toename van het aantal richtlijnen en een verhoogde 'doorstroming' van cliënten. Als gevolg hiervan is de werkdruk verhoogd, terwijl de middelen (geld, personeel) niet toenemen. Integendeel, soms moet er zelfs bezuinigd worden.

De hiervoor geschetste veranderingen zijn nog weinig onderzocht op hun consequenties voor de psychiatrische patiënt, de werknemers in de GGZ, de sociale omgeving van de patiënt en de samenleving als geheel (waaronder politie en justitie). Wel wordt de laatste jaren duidelijk dat de ontwikkelingen in een aantal gevallen een negatieve invloed hebben op de veiligheidsgevoelens en het welbevinden van de betrokkenen. We zullen hierna een aantal gevolgen van de geschetste ontwikkelingen nader bezien.

1.1.2 Consequenties van de democratisering en veranderde wetgeving

Onder invloed van de democratisering heeft het bevelsklimaat in de psychiatrie plaatsgemaakt voor een onderhandelingscultuur. Patiënten zijn assertiever geworden en tolereren minder: patiënten accepteren het niet meer als er geen aandacht voor hen is, als ze ongeduldig tegemoet worden getreden, als ze onvoldoende worden geïnformeerd, of hardhandig aangepakt.² In de cultuur van onderhandelen is echter ook de ruimte ontstaan om de grenzen van het personeel uit te testen. Verbaal of fysiek dreigen moet nu therapeutisch, in plaats van met een straffe hand, door het uitvoerend personeel worden opgelost. Dat is veel ingewikkelder,³ mede omdat verpleegkundigen en andere hulpverleners, veel meer dan vroeger, zijn gebonden aan gedragsregels ter bescherming van de rechten van de patiënt.

Sinds de jaren tachtig wordt de patiënt niet langer als begunstigde gezien, maar als een cliënt, een gelijkwaardige burger met recht op hulp. Dit komt onder andere tot uiting in het streven naar een klantgerichte benadering en meer zeggenschap van de patiënt over de eigen behandeling. Deze ontwikkeling is op zich positief te noemen. Psychiatrische behandeling vereist natuurlijk medewerking van de cliënt; psychotherapie is zonder die medewerking zelfs onmogelijk. Binnen de GGZ is echter een spanningsveld ontstaan tussen het wenselijke (zorg op maat) en het haalbare.

Een zorgbeleid gericht op de behoefte van de patiënt leidt namelijk tot de vraag naar meer personeel. Wegens relatieve bezuinigingen in de GGZ, een toenemend aantal patiënten bij gelijkblijvende middelen, is dit vaak niet haalbaar. Uit een onderzoek⁴ naar de praktijk van zorg op maat blijkt dat patiënten veelal niet de zorg ontvangen die in behandel- en verpleegplannen is vastgelegd. Zo bleek dat patiënten 'nooit' zeker wisten of de afgesproken activiteiten door zouden gaan. Tijdgebrek was hiervan de voornaamste oorzaak. Dat de discrepantie tussen wat wordt toegezegd ('wij doen wat u wenst') en de werkelijke situatie leidt tot spanningen tussen medewerkers en patiënten is aannemelijk.

De overheid heeft middels een aantal patiëntenwetten de rechtspositie van de individuele patiënt vastgelegd. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt staat daarbij centraal. Recentelijk zijn in een tweetal wetten de opname en behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis geregeld. Dit zijn de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO). Daarnaast zijn ook wetten opgesteld waarin de kwaliteit van de zorg is geregeld. We noemen de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) en de Wet Klachtrecht CliëntenZorgsector (WKCZ). De

invoering van deze wetten betekent voor de zorgsector extra inspanning (administratie, vergaderen) en financiële investeringen. Zonder financiële verzuim gaat dit deels ten koste van de hulpverlening. Het is waarschijnlijk dat verminderde aandacht voor de directe zorg van cliënten ook agressie oproept. @plat = De patiëntenwetten zijn opgesteld ter versterking van de positie van de zwakken (lees: patiënt). Men gaat er daarbij van uit dat de rechtspositie van de zwakke tegen de sterke (lees: werknemer in GGZ) beschermd moet worden en dat bescherming van de sterke onnodig is. Dit is tegenstrijdig met de wetgeving rondom de arbeidsomstandigheden van werknemers. Deze wet verplicht de werkgever onder andere om werknemers te beschermen tegen agressie van cliënten.

Het is dus zeer noodzakelijk de diverse wetten waarmee de werkgever in de GGZ te maken heeft (wetten met betrekking tot patiënten én werknemers) te analyseren en de tegenstrijdigheden te verwijderen.

1.1.3 Consequenties van vernieuwde hulpverlening voor patiënt en samenleving

Een andere ontwikkeling in de GGZ is het zoveel mogelijk behandelen en begeleiden van psychiatrische patiënten in de eigen levenssamenhang. Door het bieden van ambulante, of semi-murale zorg wil men een (blijvende) opname in het psychiatrisch ziekenhuis zoveel mogelijk voorkomen. Wordt men wel opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, dan bij voorkeur zo kort mogelijk. Voor chronisch psychiatrische patiënten zijn projecten opgezet voor het beschermd wonen in een huis temidden van de samenleving. De asiel functie die het psychiatrisch ziekenhuis vroeger had is naar de achtergrond verdwenen.⁵ Dit heeft consequenties voor zowel de psychiatrische patiënt als de samenleving.

De samenleving wordt meer dan vroeger geconfronteerd met psychiatrische patiënten, terwijl de tolerantie lijkt af te nemen ten aanzien van mensen die niet volledig willen of kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven, zoals mensen met een psychische handicap, arbeidsongeschikten, vluchtelingen en werklozen.⁶ Ook de bereidheid van burgers (familie, burens, kennissen) om zorg te verlenen aan hulpbehoevende mensen lijkt de laatste decennia afgenomen. Deze ontwikkelingen kunnen voor kwetsbare psychiatrische patiënten leiden tot negatieve effecten: een toename van suïcides, in aanraking komen met justitie, terechtkomen in het dak- en thuislozen circuit en een toename van het gebruik van psychofarmaca.⁷

Voor de samenleving betekent het 'openen van de ziekenhuisdeuren' dat men dagelijks (in de steden) te maken krijgt met personen, die het 'niet meer redden' in de maatschappij: de schizofrene thuisloze die onder een stuk karton ligt, de manisch-depressieve verslaafde die bedelt om een gulden, en de gestoorde buurman die de buurt terroriseert. Hun zonderlinge, asociale of agressieve gedrag boezemt de burger angst in en versterkt het gevoel van onveiligheid in de samenleving. Alleen al in Amsterdam werd in 1993 ruim tweeduizend keer de politie ingezet na een klacht over een gekke buurman of -vrouw. De politie schat dat het werkelijke aantal klachten zelfs vele malen hoger ligt.⁸ Het is moeilijk deze mensen die het 'niet meer redden', bij te staan. Zij weigeren veelal hulp en voor een gedwongen opname is er juridisch gezien meestal onvoldoende grond.

Onlangs is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg een 'alarmbrief' met een brochure over gedwongen opname verstuurd naar psychiaters, officieren van justitie en rechters. Hierin staat: 'Doordat sommige beslissers het gevaars criterium van de BOPZ te eng interpreteren, en sommigen zelfs uitgaan van de onjuiste opvatting dat het onheil

al moet zijn geschied alvorens men over kan gaan tot onvrijwillige opname, ontstaat er rechtsongelijkheid. Een gevolg daarvan is dat aan patiënten die zorg wordt onthouden waar ze recht op hebben. De wet daarentegen biedt ruimere mogelijkheden tot onvrijwillige opname, in belang van patiënt en van samenleving.⁹ Zelfverwaarlozing is zo'n gevaar, vindt de Inspectie.

1.1.4 Vernieuwd gebruik en beheer maken APZ kwetsbaar voor criminaliteit

Als gevolg van de democratisering zijn ook het gebruik en beheer van psychiatrische ziekenhuizen veranderd. Het psychiatrisch ziekenhuis is toegankelijk geworden: de toegang is open en uitnodigend en de buurt wordt nadrukkelijk betrokken bij het ziekenhuis. Verder krijgt de instelling steeds meer het karakter van een multifunctionele eenheid, met een polikliniek, dagbehandeling en gedifferentieerde vormen van begeleid wonen. Daarmee komt de samenleving, inclusief haar stedelijke problemen, als het ware veel sterker dan vroeger in het psychiatrisch ziekenhuis.

Deze cultuuromslag in het gebruik en beheer maakt het psychiatrische ziekenhuis meer toegankelijk. Het maakt de instelling, de medewerkers en de gebruikers echter wel kwetsbaar voor criminaliteit. Evenals in een stedelijke omgeving hebben psychiatrische ziekenhuizen tegenwoordig te maken met vernieling van spullen, diefstal, misbruik van faciliteiten, agressie en bedreiging door 'bezoekers'. Dit leidt tot financiële schade voor de instelling en onveiligheidsgevoelens bij de medewerkers en gebruikers van de instelling.¹⁰

1.1.5 Patiëntenpopulatie complexer

Nog een verandering binnen het psychiatrisch ziekenhuis is de toegenomen complexiteit van de patiëntenpopulatie.

Ten eerste worden wegens de voorkeur voor ambulante behandeling slechts patiënten opgenomen met een zware problematiek of een 'mislukte' ambulante behandeling.

Ten tweede streeft de GGZ ernaar meer justitiabelen met een ernstige psychiatrische problematiek te behandelen, al dan niet op een forensisch psychiatrische afdeling.

Ten derde is er een toename van patiënten uit een andere cultuur en patiënten die het Nederlands niet machtig zijn, hetgeen gemakkelijk leidt tot misverstanden en frustraties. Het is aannemelijk dat met een toename van deze complexe patiëntenpopulatie ook het risico op incidenten toeneemt.

De problematiek waarmee de psychiatrie te maken heeft, lijkt de komende jaren toe te nemen. Uit onderzoek naar ontwikkelingen in de GGZ blijkt dat het aantal cliënten de laatste vijftien jaar sterk is gestegen. Ook de komende jaren (1995-2000) wordt een stijging van het gebruik van de GGZ verwacht (een stijging van meer dan 40%). Daar staat tegenover dat de groei van de GGZ-capaciteit veel minder zal zijn (slechts 11%).¹¹ Het is dus belangrijk om naar oplossingen te zoeken voor de hiervoor geschetste problemen. Voor het psychiatrisch ziekenhuis betekent dit dat verbeteringen op het gebied van de sociale en technische veiligheid moeten worden doorgevoerd.

1.2 Aard en omvang van incidenten in de psychiatrie

Volgens sommigen hebben de veranderingen in de GGZ geleid tot een toename van het

aantal incidenten. Voor zover ons bekend, is er echter geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de veranderingen en het aantal incidenten. We hebben wel inzicht in wat zich op dit moment afspeelt binnen de instelling. De laatste jaren is in Nederland veelvuldig onderzoek gedaan naar incidenten in het psychiatrisch ziekenhuis. Verscheidene APZ-en hebben gedurende een half jaar een agressie-registratie bijgehouden, of een selectie van de medewerkers gevraagd een vragenlijst in te vullen. Huber (1993) vergeleek de resultaten van zeven onderzoeken.¹² Verder heeft de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV) een studie naar fysieke agressie gedaan waarbij nagenoeg alle APZ-en betrokken zijn. Recentelijk is ook door het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv) een registratie-onderzoek gedaan naar agressie op acht units.¹³ De uitkomsten van de verschillende onderzoeken zijn, zoals gebruikelijk, onderling niet goed te vergelijken omdat de probleemdefinities, de gehanteerde onderzoeksmethoden en de onderzoeksgroepen sterk uiteenlopen. Als we desalniettemin de verschillende uitkomsten op een hoop vegen, krijgen we toch een beeld van de aard, omvang en gevolgen van de incidenten die plaatsvinden binnen de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. Fysieke agressie van patiënten heeft in de meeste gevallen geen of nauwelijks lichamelijk [REDACTED] voor de getroffene tot gevolg. In veel gevallen slaat, schopt, of knijpt de patiënt. Slechts een klein percentage (2-4%) van de incidenten leidt tot een bezoek aan een EHBO-post, een medische behandeling, of verzuim. Het gaat dan om blauwe plekken, een bloedneus, kneuzingen, of verwondingen.¹⁴

Naast letsel kunnen incidenten ook leiden tot emotionele schade voor de getroffene. Het gaat dan vooral om de volgende gevoelens en gedachten: angst voor herhaling, woede, ontkenning, 'waarom juist ik', 'ik heb onvoldoende vaardigheid', 'het is een blamage', 'ik voel me gekrenkt', etc.¹⁵

In de meeste onderzoeken is geen onderscheid gemaakt tussen de gevolgen van fysieke agressie en andere vormen van agressie. Het is echter aannemelijk dat ook het bedreigd worden met geweld en het uiten van agressie tegen objecten leiden tot emotionele schade bij de getroffen medewerker. Wie schrikt er niet van een bedreiging met een mes, 'je een andere keer te pakken te nemen', of van iemand die het kantoor kort en klein slaat.

Hoe vaak verbale agressie voorkomt is nog weinig onderzocht. Uit twee onderzoeken komt naar voren dat verbale agressie (vloeken, kwaad schreeuwen) wekelijks op de afdeling voorkomt.¹⁶ Verder geeft 20% van de ondervraagden aan dat hij/zij zich wekelijks vernederd voelt door patiënten. Het gaat hier om pesterijen, een neerbuigende houding, of hautaine blik van een patiënt.¹⁷

Ook seksuele intimidatie van patiënten jegens medewerkers is nog weinig onderzocht. Tijdens een symposium over seksualiteit in de psychiatrie vertelden hulpverleners wel dat verpleegkundigen regelmatig 'met een boog lopen om billenknijpende, masturberende, prostituerende, of tot over hun oren verliefde patiënten'.¹⁸ Uit een onderzoek van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcG [REDACTED]) valt te lezen dat 35% van de verpleegkundigen en verzorgenden in de psychiatrie weleens te maken heeft met ongewenste intimiteiten van patiënten.¹⁹ Het gaat dan om seksueel getinte opmerkingen, handtastelijkheden, opdringerig gedrag, uitnodigingen tot seksueel contact en obscene gebaren.²⁰

Over de precieze omvang van het aantal incidenten in de psychiatrie bestaat geen duidelijkheid. In alle verslagen geven de onderzoekers aan dat er waarschijnlijk sprake is van een onder-rapportage van met name de kleine incidenten, zoals fysieke agressie zonder letsel en verbale agressie. Hiervoor zijn de volgende verklaringen gegeven: de

relatief kleine incidenten komen zo vaak voor, dat het de personeelsleden waarschijnlijk niet meer opvalt, men is er als het ware aan gewend. Verder zien medewerkers kleine incidenten vaak ook niet als een bedrijfsongeval, men vindt dat 'het hoort bij het werken in de psychiatrie'.

Op basis van onze praktijkervaringen gaan we ervan uit dat medewerkers dagelijks te maken hebben met een vorm van agressie. Dit wordt ondersteund door het onderzoek van de NcGv. Uit dit onderzoek blijkt dat op een gesloten unit gemiddeld vijf à zes incidenten per week plaatsvinden. Deze incidenten worden door de betrokkenen als ernstig aangemerkt.

De meeste onderzoeken waren gericht op agressie van patiënten jegens het verpleegkundig personeel. Uit de praktijk en uit buitenlands onderzoek blijkt ook dat deze beroepsgroep het meest te maken heeft met agressie. Uit twee onderzoeken komt overigens wel naar voren dat ongeveer één op de tien meldingen is gedaan door het overig behandelgebonden personeel (therapeuten, activiteitenbegeleiders, psychiaters, artsen, etc.).

Het percentage verpleegkundigen dat jaarlijks te maken krijgt met agressie varieert zeer in de verschillende onderzoeken: van 19 tot 75%. Deze grote variatie in uitkomsten is onder andere te wijten aan het verschil in formulering van het begrip getroffen. Wel is duidelijk dat een klein aantal van de getroffenen jaarlijks meerdere incidenten meemaakt (4-13%). Juist de opeenstapeling van grote en kleine incidenten leidt vaak tot 'burn-out', of wel professioneel opgebrand zijn, een verschijnsel waarmee de gezondheidszorg de laatste jaren steeds vaker te maken krijgt.²¹

1.3 Oorzaken van incidenten

Tot voor kort heerste in veel psychiatrische ziekenhuizen een cultuur die het bespreekbaar maken van de oorzaken van agressie bemoeilijkte. Agressief gedrag van patiënten werd beschouwd als iets dat hoort bij het werken in de psychiatrie: een vervelend maar onvermijdelijk gegeven. Verder werd agressie als een individueel probleem van de medewerker gezien. Getroffenen werden daardoor gedwongen zelf uit te zoeken hoe zij met (de gevolgen van) de gebeurtenis moesten omgaan. Ook werd agressief gedrag van patiënten als onvoorspelbaar beschouwd.

Steeds meer betrokkenen zien agressie in de psychiatrie tegenwoordig echter als een probleem van de organisatie als geheel, dat een brede verkenning van oorzaken en oplossingen verdient. De laatste jaren zijn hierover dan ook diverse publikaties verschenen.

Bij het structureren van de beschikbare informatie uit de literatuur is een onderscheid te maken tussen een viertal 'participanten' die een rol spelen in het ontstaan van agressie in de psychiatrie:

- patiënt/bezoeker;
- medewerker;
- instelling;
- buurt/maatschappij.

Hierna noemen we per categorie een aantal mogelijke oorzaken van incidenten in de psychiatrie. In de praktijk vormt meestal een combinatie van verschillende oorzaken de aanleiding tot een incident.

1.3.1 Patiënt/bezoeker

Agressie of geweld door cliënten jegens medewerkers zijn volgens Swanton en Webber²² in te delen in vier hoofdtypen, die verwijzen naar een aantal oorzaken en motieven:

- Willekeurige agressie

Agressie van een patiënt/bezoeker in een veranderde staat van bewustzijn, zoals dronkenschap, een psychische stoornis, of onder invloed zijn van drugs. Gewoonlijk ontbreekt aan zulk gedrag een 'rationele' grondslag. Een duidelijk verband tussen agressie en een psychische stoornis is overigens niet bewezen. Een gewelddadige voorgeschiedenis en geweld in het gezin van herkomst lijken veel betere predictoren voor geweld tijdens een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.²³

- Instrumentele agressie

Gedrag van een patiënt/bezoeker waarmee een medewerker onder druk wordt gezet om een, voor de patiënt/bezoeker, gunstige beslissing te nemen. In dit soort situaties gebruiken we normaliter algemeen geaccepteerde lichaamstaal, zoals een lach, een bepaalde lichaamshouding, of alledaagse taal. Er zijn ook mensen die proberen te manipuleren door agressief te zijn. In onze samenleving lijkt er een trend gaande waarin agressief gedrag om 'je zin te krijgen' steeds meer wordt toegepast.

- Expressieve agressie of irritatie

Waarschijnlijk is dit de meest voorkomende vorm van agressie in de psychiatrie. Er is sprake van expressieve agressie of irritatie wanneer patiënten/bezoekers hun onvrede laten blijken over: een medewerker, een medepatiënt, de ruimte (bijv. de separeer) waar zij zich bevinden, het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis of de behandeling.

- Onvervulde behoeften

Sommige patiënten/bezoekers zijn agressief vanuit een behoefte om zichzelf te 'bewijzen'. Aan dit gedrag liggen vaak onvervulde emotionele, seksuele, of fysieke behoeften ten grondslag, of problemen omtrent de eigen identiteit. Ook kan een acute woedeaanval worden opgeroepen door een gelijkenis tussen een eerdere situatie en de huidige. Tot slot kan de oorzaak van agressie te maken hebben met algemene onvervulde verlangens en verwachtingen van de patiënt/bezoeker jegens de organisatie, meer nog dan het conflict dat er op dat moment ligt.

1.3.2 Medewerker

Mensen vormen de belangrijkste schakel in een instelling. Bij het zoeken naar oorzaken van incidenten zal daarom moeten worden nagegaan welke invloed medewerkers zelf hebben op het ontstaan van incidenten. Primair kan worden gedacht aan een gebrekkige dienstverlening en aan de houding van medewerkers ten aanzien van agressie:

- Gebrekkige dienstverlening

Dienstverlening binnen de GGZ is ingewikkeld: enerzijds is het aandeel van de cliënt in een behandeling of therapie groot, anderzijds ontstaat in de werkrelatie bij de cliënt ook gemakkelijk een spanning in het balanceren tussen autonomie en afhankelijkheid.²⁴ In een optimale dienstverlening weet de medewerker het juiste evenwicht te vinden tussen de behoeften en verlangens van de patiënt en de veiligheid van de patiënt (en zijn omgeving). Een dergelijke optimale dienstverlening is echter vaak moeilijk te bereiken, Piepenbrink bijvoorbeeld signaleert een spanning tussen de zorgfunctie van de psychiatrisch verpleegkundige enerzijds en het uitoefenen van controle/macht anderzijds.

Dat het uitoefenen van macht, onder het mom van zorgverlening, agressie kan opwekken is zeer waarschijnlijk.

Piepenbrink noemt drie machtspatronen²⁵:

1 Controle en calamiteitenbeheersing

Dit komt vooral voor op gesloten afdelingen: verpleegkundigen hebben de sleutels, de patiënten moeten scherpe voorwerpen afgeven, rookwaren en lucifers zijn in het bezit van verpleegkundigen. Al deze controlemaatregelen zijn goedbedoelde acties om gevaarlijk risico-gedrag, zoals agressie en (pogingen tot) suïcide te voorkomen. Ze staan echter haaks op het recht op privacy van patiënten.

2 Orthomacht

Dit patroon komt veel voor op afdelingen met chronische patiënten. Veel patiënten doen niet erg gemotiveerd, maar vaak ook niet op vrijwillige basis aan de behandeling mee. Normale burgerlijke vrijheden worden als beloning gebruikt bij gedragstherapeutische behandeling, zoals wandelen, weekendverlof, het kopen van een pakje sigaretten, of het luisteren naar muziek. Ook hier geldt dat zorg en macht op gespannen voet staan met elkaar.

3 'niet-betrokkenheid'

Dit patroon komt voornamelijk voor op psychogeriatrische afdelingen waar patiënten zeer afhankelijk zijn van de verpleegkundige zorg. Niet-betrokkenheid uit zich bijvoorbeeld in het zoveel mogelijk zitten in het kantoor, het uit de weg gaan van contact met patiënten, het negeren van verzoeken van de patiënt om iets te doen of regelen. Niet-betrokkenheid als machtspatroon tast het recht op goede zorg aan.

– Houding van medewerkers ten aanzien van agressie

Hierbij gaat het om de manier waarop medewerkers binnen de organisatie aankijken tegen patiënten, tegen het werk en tegen elkaar. Soms hebben medewerkers een kijk op patiënten die agressie oproept. Ze denken bijvoorbeeld dat elke patiënt in principe gevaarlijk is. Soms kijken medewerkers naar hun eigen taak op een manier die agressie oproept: ze zien zichzelf bijvoorbeeld als Florence Nightingale: iemand die altijd klaar moet staan, wat de patiënt ook doet en ook daardoor ontstaat agressie. Verder kan de visie een rol spelen dat agressie hoort bij het werken in de psychiatrie, omdat de agressie voortkomt uit het ziektebeeld. Incidenten worden dan in feite getolereerd.

1.3.3 Instelling

Op instellingsniveau zijn diverse factoren verantwoordelijk voor het ontstaan van incidenten:

– Ontbreken van (collectieve) normen

Nog te weinig wordt door instellingen een discussie gevoerd over de normen en waarden ten aanzien van agressief gedrag ('wat pik je wel en wat pik je niet van een patiënt'). Het gevolg is dat een instelling geen collectieve norm ontwikkelt en ook geen algemeen geaccepteerde gedragsregels voor de omgang met lastige patiënten of bezoekers. Heerst er binnen de instelling wel een collectieve norm dan houdt die vaak in dat 'agressie komt door de psychische stoornis'. Het resultaat is dat patiënten zich verschuilen achter hun ziektebeeld en zich niet verantwoordelijk voelen voor hun daden.

– Organisatie van het werk

Bij de organisatie van het werk zijn twee dingen van belang:

1 De inrichting van het werk. Hierbij gaat het om de organisatie van het dagelijks werk op de afdeling, zoals de samenwerking en communicatie tussen de medewerkers, de

huisregels, de intake-procedure van nieuwe cliënten, etc. De organisatie van het dagelijks werk heeft invloed op de kans dat cliënten agressief worden en daarnaast op de mate waarin medewerkers zich veilig voelen

- 2 Veranderingen. Door externe (bezuinigingen) of interne omstandigheden (reorganisatie, fusie) kan de nadruk komen te liggen op het versterken van de interne organisatie. In dergelijke situaties wordt de dienstverlening gemakkelijk verwaarloosd.

– Personeelsbeleid

Het komt nogal eens voor dat er gedurende enige tijd een groot aantal vacatures is. Met minder mensen moet dan dezelfde hoeveelheid werk worden verricht, wat bijna altijd ten koste gaat van de dienstverlening: minder aandacht voor patiënten. Door het uit balans zijn van vraag en aanbod stijgt de werkdruk de mensen soms naar de lippen, met als gevolg ziekteverzuim. Op die manier kan een instelling in een neerwaartse spiraal belanden. Een tekort aan personeel en budget wordt regelmatig 'opgelost' met invalkrachten (oproep- of uitzendkrachten). Praktijkervaringen leren dat periodes van grote wisselingen in het team een toenemende onrust en agressie bij patiënten laten zien.²⁶

– De gebouwde omgeving

Ook kenmerken van het gebouw en de directe omgeving kunnen aanleiding geven tot irritatie bij patiënten. Volgens Keizer²⁷ wordt agressie onder andere opgeroepen door de inrichting van de afdelingen. Over het algemeen worden alle ruimtes en spullen, van slaapkamer tot kast, beheerd en gecontroleerd door het personeel. De woonwensen en behoeften van psychiatrische patiënten verschillen echter niet essentieel van die van andere volwassenen. Ook zij hebben behoefte aan een eigen plek of territorium. Het ontbreken van een dergelijke plek kan leiden tot desinteresse en (onderlinge) agressie. Kenmerken van het gebouw en de directe omgeving kunnen verder ook gelegenheid bieden aan kwaadwillenden om agressief of seksueel intimiderend gedrag te tonen. Onoverzichtelijke en slecht verlichte plekken op het terrein en in het gebouw bijv., verhogen het risico op incidenten. Verder zijn bepaalde kenmerken van het gebouw en de directe omgeving aanleiding tot gevoelens van onveiligheid bij de medewerkers. Denk bijvoorbeeld aan de vestiging van een ambulante verslavingsdienst op het terrein ('je haalt de stad in huis').

– Doelstelling

Hiermee worden de doelen en taken van de organisatie bedoeld. Een APZ heeft bijvoorbeeld de volgende formele doelen en taken:

- het bieden van crisis-interventie aan mensen die ernstig ontregeld zijn;
- hulp bieden aan forensisch psychiatrische patiënten;
- de verplichting om mensen gedwongen op te nemen.

Wanneer de doelen van de instelling en die van de patiënt botsen, ontstaan gemakkelijk incidenten. Denk bijvoorbeeld aan de gedwongen opname van patiënten en het tegen de wens van de patiënt behandelen (het doel van het APZ is het verbeteren van de toestand van de patiënt, terwijl de patiënt vaak een beschermde woonplek zoekt).

1.3.4 Buurt/maatschappij

In paragraaf 1.1 zijn een aantal maatschappelijke ontwikkelingen beschreven die samenhangen met het ontstaan van incidenten binnen en buiten de psychiatrie, zoals de relatieve bezuinigingen in de GGZ, het streven naar ambulante zorg en de veranderde relatie tussen cliënt en medewerker. Als gevolg van deze ontwikkelingen is de instelling veel meer dan vroeger onderdeel geworden van de samenleving, waaronder de buurt

waarin zij is gevestigd. Als laatste staan we daarom kort stil bij de invloed van de omgeving van de instelling (de buurt) op het ontstaan van incidenten.

Ten eerste zal een hoog lokaal criminaliteitsniveau in de buurt ook van invloed zijn op de instelling. Denk bijvoorbeeld aan de rondhangende jongeren, die elke buurt kent. Als ze de boel op stelten zetten in de supermarkt, zullen ze dit eveneens doen bij de nieuw gevestigde polikliniek.

Ten tweede is het waarschijnlijk dat een lokaal sociaal klimaat dat intolerant is ten aanzien van psychiatrische patiënten, agressief gedrag bij die patiënten uitlokt.

1.4 Tot slot

In dit hoofdstuk is getracht het voorkomen van agressief gedrag van patiënten in het psychiatrische ziekenhuis vanuit verschillende invalshoeken te belichten. Door een brede analyse van invloedsbronnen krijgen we zicht op de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van agressie. Op basis hiervan kan worden gezocht naar een adequate aanpak van agressie in het psychiatrisch ziekenhuis. In Deel III wordt dit nader uitgewerkt.

Noten

- 1 Van Borssum Waalkes, 1991
- 2 Van Andel, 1991
- 3 Sijp, 1995
- 4 Van Andel, 1990
- 5 Baart, 1994
- 6 Pandora, 1994
- 7 Janssen, 1993
- 8 Schaepman, 1994 p. 20
- 9 Verhoeff, 1995
- 10 Damhuis, Elshout, Verschure & Van Dijk, Van Soomeren en Partners, 1995; Meerstadt & Verschure, 1994
- 11 Jacobs, 1992
- 12 Het gaat hier om onderzoeken in de volgende APZ-en: Vogelenzang, Wolfheze, Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, Endegeest, Bloemendaal, Duin & Bosch. Alle onderzoeken zijn in de periode 1991-1993 uitgevoerd.
- 13 Broers & De Lange, 1995
- 14 Huber, 1993
- 15 De Groot & Van Beest, 1994
- 16 Oud, 1991
- 17 Broers & De Lange, 1995
- 17 Oud, 1991
- 18 Poll, 1994
- 19 Bijl & Lemmens, 1993
- 20 Broers & De Lange, 1995
- 21 Osselaer, 1990
- 22 Swanton en Webber, 1990
- 23 Blomhoff, Seim & Friis, 1990
- 24 Stüssgen, 1995
- 25 Lange, 1986
- 25 Piepenbrink, 1986
- 26 Van Weeghel, 1991
- 27 Keizer, 1994

2 Wet- en regelgeving

Verschillende wetten en richtlijnen bieden direct of indirect aanknopingspunten voor de aanpak van agressie in het psychiatrisch ziekenhuis. In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de Arbeidsomstandighedenwet en daarna op de patiënten- en kwaliteitswetgeving. Tot slot behandelen we kort enkele andere wetten en regelingen die betrekking hebben op de aanpak van agressie in het psychiatrisch ziekenhuis.

2.1 Arbeidsomstandighedenwet

In de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) zijn de algemene verplichtingen van de werkgever in het kader van de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van de werknemers vastgelegd. De wet is in 1994 uitgebreid met een artikel rond agressie, geweld en seksuele intimidatie: 'In het kader van de zorg voor veiligheid, gezondheid en welzijn moet de werkgever ervoor zorgen dat de werknemer zoveel mogelijk wordt beschermd tegen agressie, geweld, en seksuele intimidatie en de nadelige gevolgen ervan' (art. 3). Dit naar aanleiding van de EG-richtlijnen rond arbeidsomstandigheden en het streven om het ziekteverzuim terug te dringen.

De wet omvat niet meer dan een aantal minimumvoorschriften die als uitgangspunt dienen voor de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie. Wel zijn er richtlijnen gegeven voor de aanpak van de problematiek. Verder zijn de taken en verplichtingen van de werkgever, de werknemer en de overheid vastgelegd. In deze paragraaf gaan we kort in op de Arbowet.

2.1.1 Agressie, geweld en seksuele intimidatie

In de Arbowet wordt het begrip 'agressie en geweld' gedefinieerd als 'voorvallen waarbij een werknemer psychisch of fysiek wordt lastiggevalen, bedreigd of aangevalen, onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van de arbeid.

Een medewerker in het APZ wordt bijvoorbeeld psychisch lastiggevalen door zaken als gillen, treiteren, schelden, bedreigingen. Bij fysiek geweld kan zoal gedacht worden aan schoppen, slaan, gooien met voorwerpen en bijten.

Onder 'seksuele intimidatie' moet worden verstaan 'ongewenste seksuele toenadering: verzoeken om seksuele gunsten of ander verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag van seksuele aard dat niet is gewenst'. Dat aanranding en verkrachting hieronder vallen zal voor iedereen duidelijk zijn. Het gaat echter ook om opmerkingen en gedragingen met een seksuele lading die als ongewenst of vernederend worden ervaren (bijv. dubbelzinnige opmerkingen, flauwe grapjes, provoceren met seksboekjes).

2.1.2 Rol van de werkgever, de werknemer en de overheid

Hieronder noemen we de meest relevante bepalingen van de Arbowet in het kader van

agressie, geweld en seksuele intimidatie. Uit deze bepalingen blijkt duidelijk de rol van de werkgever, de werknemer en de overheid.

De **werkgever** moet een beleid voeren om zijn werknemers zoveel mogelijk te beschermen tegen agressie, geweld en seksuele intimidatie en tegen de nadelige gevolgen van deze verschijnselen. Het is de bedoeling dat werkgevers zelf invulling geven aan de nieuwe beleidsverplichtingen die in de Arbowet zijn opgesteld.

Er moet gezamenlijk door werkgever, management en werknemers worden gewerkt aan Veiligheid, Gezondheid en Welzijn (VGW) op het werk. Concreet is de werkgever verplicht tot het regelmatig overleggen over het gevoerde beleid met een medezeggenschapsorgaan (VGW-commissie, of ondernemingsraad (OR)) en het instellen van werkoverleg over de arbeidsomstandigheden.

Werknemers hebben de eigen verantwoordelijkheid om de nodige voorzichtigheid en zorgvuldigheid in acht te nemen ter vermindering van gevaren voor de veiligheid, gezondheid en het welzijn van henzelf of van anderen. Ook is de werknemer verplicht om onveilige situaties te melden. Overigens heeft iedere werknemer ook het recht om werk bij duidelijk onveilige situaties te weigeren (art. 38).

De **overheid** heeft een voorwaardenscheppende rol. Ze wil de werkgever door voorlichting en onderzoek ondersteunen bij zijn taak om een adequaat beleid te voeren in de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie en haar nadelige gevolgen.

2.1.3 Risico-inventarisatie en -evaluatie

In de Arbowet is het inventariseren van risico's met betrekking tot veiligheid, gezondheid en welzijn verplicht gesteld. Hierbij moet ook aandacht worden geschonken aan agressie, geweld en seksuele intimidatie. Aan de risico-inventarisatie worden globaal de volgende eisen gesteld:

- 1 de risico's op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn moeten schriftelijk in kaart worden gebracht; hierbij moet aandacht worden geschonken aan de risico's van de werkplek en de functie en het toezicht door leidinggevendenden op veilig en gezond werken;
- 2 de inventarisatie mag globaal zijn, tenzij de aard van de risico's om een gedetailleerde benadering vraagt;
- 3 de inventarisatie kan ertoe leiden dat een beschrijving van de risico's per afdeling of werkplek noodzakelijk is;
- 4 er moet apart aandacht besteed worden aan de risico's van bijzondere groepen.

Van belang voor agressie, geweld en seksuele intimidatie zijn de eisen 2, 3 en 4. De inventarisatie kan niet slechts globaal zijn, er moet sprake zijn van een gedetailleerde benadering, daar de oorzaken en de aanleidingen van agressief gedrag van patiënten divers zijn en veelal niet direct zichtbaar. Vaak heerst er al dagen een broeierige sfeer op de afdeling voordat een patiënt 'ontploft' (2). Ook is er een groot verschil in de risico's per afdeling. In de opnamesector zijn bijvoorbeeld veel meer incidenten dan in behandelsector (3). Kwetsbare groepen medewerkers in de psychiatrie zijn onder andere: zwangere vrouwen, nieuwe werknemers, tijdelijk personeel en alleenwerkers (4).

De werkgever is bij het inventariseren van de risico's in zekere mate vrij om te kiezen uit verschillende methodieken. Er is ook een grote variatie aan inventarisatie-instrumenten. Goede instrumenten voor een risico-inventarisatie van agressie, geweld en seksuele intimidatie (in de GGZ) zijn echter nog nauwelijks ontwikkeld.

In Deel III wordt een instrument beschreven dat sinds kort door verschillende dienstverlenende instanties wordt gebruikt voor de inventarisatie van risico's rondom agressie.¹

Na de risico-inventarisatie volgt een evaluatie van de risico's. Over de risico-evaluatie zijn in de Arbowet geen regels opgenomen. Over het algemeen start een evaluatie met het beoordelen van de ernst en de kans op incidenten (schatten van risico's en vergelijken met een norm). Daarna wordt vastgesteld welke risico's prioriteit moeten krijgen. Immers, niet alle knelpunten zullen even dringend zijn en even snel op te lossen. Sommige verbeteringen en oplossingen kunnen eenvoudig en snel worden doorgevoerd, anderen zullen gefaseerd in meerjarenplannen aan bod komen. Tot slot wordt de toepassing van mogelijke maatregelen in redelijkheid afgewogen en afgestemd op factoren, als het bestaande opleidings-, personeels-, organisatie- en investeringsbeleid.

2.1.4 Plan van aanpak

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) geeft in zijn Publicatieblad 195² diverse mogelijkheden voor de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie.

In de eerste plaats worden de volgende aandachtspunten voor het ontwikkelen van beleid genoemd:

- Is nagegaan of er werkplekken zijn die als onveilig en/of bedreigend worden ervaren?
- Is er voorlichting gegeven aan de werknemers over het beleid ten aanzien van agressie, geweld en seksuele intimidatie?
- Wordt er gezorgd voor scholing in het omgaan met agressie, geweld en seksuele intimidatie?
- Zijn er mogelijkheden in de organisatie voor melding en registratie van incidenten?
- Zijn er mogelijkheden voor opvang van het personeel na een incident?
- Is er overleg geweest met OR of Arbodienst over agressie, geweld en seksuele intimidatie?
- Zijn in de CAO afspraken gemaakt over agressie, geweld en seksuele intimidatie?

Naast aandachtspunten voor het ontwikkelen van beleid zijn ook mogelijke maatregelen beschreven. Deze zijn te onderscheiden in sociopreventieve maatregelen en technopreventieve maatregelen.

Met **sociopreventie** wordt het volgende bedoeld: personele en organisatorische maatregelen ter verbetering van de veiligheid en opvang na incidenten. Bij veiligheid gaat het om het verminderen van het aantal incidenten, bij opvang gaat het om het reduceren van de nadelige gevolgen van een incident voor de getroffen.

Mogelijke personele maatregelen zijn de volgende:

- voorlichting/scholing inzake:
 - de visie van management/directie dat agressie, geweld en seksuele intimidatie niet behoren tot de geaccepteerde omgangsvormen;
 - de risico's, oorzaken en gevolgen van agressie, geweld en seksuele intimidatie;
 - het omgaan met agressie, geweld en seksuele intimidatie;
 - de opvang van getroffen medewerkers na een incident.
- het bepalen van de minimumbezetting op de verschillende werkplekken;
- opvang en praktische begeleiding bieden aan getroffen medewerkers na een incident, bij voorkeur door leden van de eigen organisatie.

Mogelijke *organisatorische* maatregelen zijn de volgende:

- melding en registratie van incidenten;
- bedrijfsvervoer 's nachts;
- meer toezicht/verbetering sociale controle;
- inzet extra personeel voor 'lastige' klanten.

Technopreventie heeft betrekking op materiële en bouwkundige maatregelen ter voorkoming van agressie, geweld en seksuele intimidatie. *Materiële maatregelen* zijn bijvoorbeeld het aanbrengen van alarminstallaties, buitenverlichting en splintervrij glas. Bij *bouwkundige maatregelen* gaat het om het ontwerpen van een veilige omgeving, dat wil zeggen het voorkomen van slecht verlichte en geïsoleerde werkruimtes, agressie-oproepend kleurgebruik en een gebrek aan privacy voor de cliënt.

Met behulp van deze aandachtspunten voor het ontwikkelen van beleid en mogelijke maatregelen kan een plan van aanpak worden opgesteld. De werkgever is verplicht dit plan van aanpak jaarlijks vast te leggen in een arbojaarplan. Aan het arbojaarplan worden geen specifieke eisen gesteld. Het is echter wel zinnig om hier concrete actiepunten in op te nemen en deze actiepunten te voorzien van een budget, een verantwoordelijke persoon en een uiterste invoeringsdatum.

2.1.5 Controle

De werkgever (van een bedrijf met 100 of meer werknemers) is wettelijk verplicht aan het einde van ieder jaar het gevoerde arbobeleid te evalueren³ en vast te leggen in een arbojaarverslag. Het jaarverslag dient als basis om het arbobeleid bij te stellen.

De Inspectiedienst van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) evalueert het arbojaarverslag van de organisatie en kan bindende aanwijzingen geven over de te nemen maatregelen om aan de Arbowet-verplichtingen te voldoen. Volgt de werkgever deze niet op, dan volgt een proces-verbaal. Daarnaast hebben organisaties ook de plicht tot het melden en registreren van ongevallen en beroepsziekten.

De Arbowet eist dat in het arbojaarverslag de volgende zaken worden vermeld:

- het gevoerde arbo- en ziekteverzuimbeleid;
- het gevoerde overleg tussen werkgever en werknemers in het kader van arbeidsomstandigheden;
- de uitvoering van de voorlichting en scholing;
- de getroffen maatregelen
 - a indien aan de Inspectiedienst SZW een ongeval of beroepsziekte is gemeld;
 - b na aanwijzingen en eisen van de Inspectiedienst SZW;
- de door de werknemers gemelde gevaren;
- een cijfermatig overzicht van ongevallen en ziekteverzuim;
- een overzicht van de activiteiten van de Arbodienst en de bedrijfshulpverleners.

Met betrekking tot de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie moet worden vermeld:

- of de doelstellingen zijn gerealiseerd;
- of agressie, geweld en seksuele intimidatie aan de orde zijn gesteld bij de medewerkers, de OR en het (top)management;
- welk beeld de registratie van ongevallen laat zien.

2.1.6 Bedrijfs hulpverlening

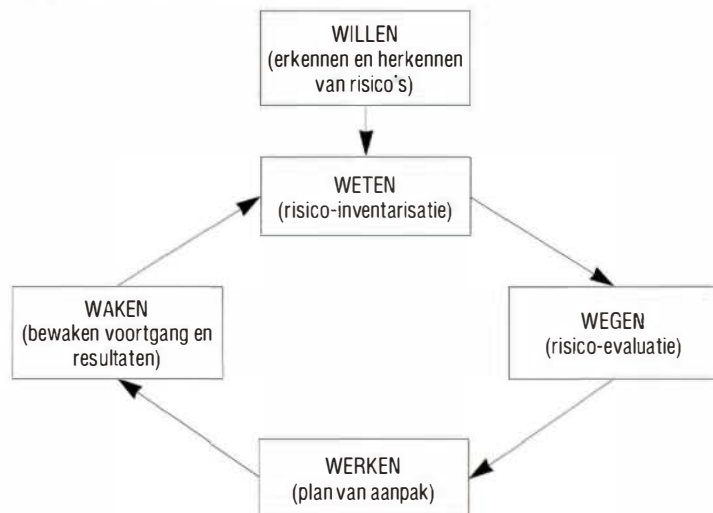
Iedere grote organisatie, dus ook een psychiatrisch ziekenhuis, is verplicht om de direct nadelige gevolgen van ongevallen, zoals een brand, een gijzeling of een verkeersongeval, zoveel mogelijk te beperken (Arbowet art. 22, 23, 23a). Binnen de organisatie moet een aantal medewerkers worden opgeleid tot bedrijfshulpverlener. De bedrijfshulpverleners moeten bij een ongeval snel en adequaat kunnen optreden: ze moeten EHBO kunnen verlenen, brand beperken en bestrijden, ongevallen voorkomen en beperken, medewerkers, patiënten en andere personen alarmeren en evacueren en samenwerken met externe hulpverleningsorganisaties.

Aangeraden wordt om de bedrijfshulpverlening te organiseren aan de hand van een bedrijfsnoodplan. Dat is een instrument waarmee doeltreffend wordt ingespeeld op ongevallen. In feite bestaat een bedrijfsnoodplan uit verschillende onderdelen: een veiligheidsplan (waaronder een brandpreventieplan), een calamiteitenplan, een ontruimingsplan en een aanvalsplan.⁴ Het aanvalsplan is feitelijk het opzetten en efficiënt laten functioneren van een organisatie die hulp verleent in geval van calamiteiten: de bedrijfshulpverlening, dus.

2.1.7 Toepassen van arbobeleid

Voor het opzetten en invoeren van het arbobeleid in de organisatie worden door het SZW in Publicatieblad 190⁵ vijf kernactiviteiten omschreven, ook wel het 5W-stappenplan genoemd. De vijf kernactiviteiten zijn: Willen, Weten, Wegen, Werken en Waken welke stappen te zamen de arbo-beleidscyclus vormen.

Figuur 1: De arbo-beleidscyclus



Voor de psychiatrie betekent de vernieuwde Arbowet dat directie, management en het afdelingsteam zich gezamenlijk moeten buigen over de agressieproblematiek (*willen*). De directie is verplicht de risico's van agressie, geweld en seksuele intimidatie te inventariseren en evalueren. Daarbij moet aandacht zijn voor de specifieke kenmerken van de

verschillende afdelingen en de verschillende medewerkers. Een uitzendkracht loopt bijvoorbeeld andere risico's dan een vaste kracht (*weten en wegen*).

Op basis van de risico-evaluatie dienen socio- en technopreventieve maatregelen genomen te worden. Daarbij is een actieve bijdrage van het afdelingsteam een voorwaarde. Door onder andere voorlichting en werkoverleg over de agressieproblematiek moet het betrokken worden bij het verbeteren van Veiligheid, Gezondheid en Welzijn (VGW) binnen de instelling. Het plan van aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie moet ieder jaar worden vastgelegd in een arbojaarplan (*werken*). De directie is ook wettelijk verplicht aan het eind van ieder jaar het gevoerde arbobeleid te evalueren en vast te leggen in een arbojaarverslag. De evaluatie kan aanleiding geven tot bijstellingen, waardoor de cyclus opnieuw wordt doorlopen (*waken*).

2.2 Patiënten- en kwaliteitswetgeving

Naast de vernieuwde Arbowet bieden ook de patiënten en kwaliteitswetgeving aanknopingspunten voor het verminderen van incidenten in de psychiatrie. Terwijl de Arbowet primair gericht is op Veiligheid, Gezondheid en Welzijn van de werknemers, is de kwaliteitswetgeving juist gericht op het optimaliseren van het werk dat de werknemer in de gezondheidszorg verricht. Met de patiëntenwetgeving wordt beoogd de (juridische) positie van de patiënt te versterken. Door kwalitatief hoogwaardige producten en diensten aan de gebruiker aan te bieden en zijn rechtspositie te versterken neemt de kans op agressief gedrag af, omdat er minder aanleiding toe is.

Het uitgangspunt bij de kwaliteitswetgeving is dat de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De overheid wil met de kwaliteitswetgeving een kader scheppen voor zelfordening door het veld. Zij heeft hierin, net als bij de Arbowet, een voorwaardenscheppende rol en de mogelijkheid tot ingrijpen wanneer onvoldoende kwaliteit geleverd wordt. De patiënten- en kwaliteitswetgeving zijn vastgelegd in verschillende wetten.

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (WGBO), de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ), de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de wet Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) en de Wet Klachtrecht CliëntenZorgsector (WKCZ).

2.2.1 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO, die valt onder het Overeenkomstenrecht, boek 7 van het Burgelijk Wetboek, concentreert zich op de juridische aspecten van de hulpverlener-patiëntrelatie. Hulpverlener in de zin van de WGBO kan zowel een beroepsbeoefenaar als een instelling zijn.⁶ In deze wet wordt het recht op informatie, op inzage in dossiers, op geheimhouding en privacy van de patiënt geregeld. Een en ander wordt vastgelegd in een overeenkomst tussen de instelling en de patiënt. Er zijn echter ook verplichtingen aan verbonden voor de patiënt. Zo is de patiënt gehouden om naar beste weten aan de hulpverlener inlichtingen te geven en de medewerking te verlenen, die de hulpverlener nodig heeft om de overeenkomst te kunnen uitvoeren. De WGBO geeft een aantal aanknopingspunten voor het verminderen van agressief gedrag van patiënten jegens medewerkers.

Teneerste verplicht de wet personeelsleden tot een respectvolle houding ten aanzien van de patiënt (recht op informatie, op geheimhouding, privacy, etc.). Door het serieus

nemen van de rechten en wensen van de patiënt zullen gevoelens van machteloosheid en onrechtvaardigheid (die agressie in de hand werken) verminderen.

Ten tweede kan agressief gedrag ook afnemen door het maken van duidelijke afspraken met de patiënt over agressief gedrag en deze vast te leggen in de overeenkomst. Bijvoorbeeld over het omgaan met gevoelens van woede, onvrede en frustraties. In veel psychiatrische ziekenhuizen heerst een cultuur van 'wij helpen u altijd, ook al misdraagt u zich'. Zo'n cultuur maakt patiënten niet duidelijk dat zij zich, als zij geholpen willen worden, behoren te gedragen.

Ten derde kan de hulpverlener de behandelingsovereenkomst om 'gewichtige redenen' beëindigen. Agressie van patiënt naar hulpverlener wordt als zo'n gewichtige reden beschouwd.

2.2.2 Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ)

Over de herziening van de krankzinnigenwet van 1884 is ruim twintig jaar maatschappelijke en politieke discussie gevoerd. De nieuwe wet, de BOPZ, is in januari 1994 van kracht geworden. De wet is opgesteld met het doel de rechtspositie te versterken van patiënten die gedwongen (moeten) worden opgenomen. De BOPZ is ook van toepassing op psychogeriatrische verpleeghuizen en zwakzinnigeninstituten.

In de BOPZ staat het afwenden van gevaar voor en door de patiënt, door middel van een opname, centraal. Verder is veel aandacht geschonken aan de externe rechtspositie, dat zijn de regels die bij het realiseren van een dwangopneming gevolgd moeten worden. Ook zijn de mogelijkheden tot toepassing van middelen en maatregelen en dwangbehandeling strikt omschreven. Bovendien is er een klachtenregeling opgenomen die voorlopig ook geldt voor vrijwillig opgenomen patiënten.

De wet is, ook volgens juristen, buitengewoon ingewikkeld geschreven. Er is daarvoor veel onduidelijkheid over de interpretatie van regels en begrippen. Bovendien worden vraagtekens geplaatst bij de uitvoerbaarheid van een aantal bepalingen uit de wet. Er ligt al veel (en meer dan bij een nieuwe wet gebruikelijk) jurisprudentie van rechtbank en Hoge Raad. Ingewikkeld is bijvoorbeeld dat het woord dwang in de wet niet wordt genoemd. Verder regelt de wet wel de verblijfplaats van de patiënt (op dit punt wordt de patiënt geacht niet de eigen belangen te kunnen behartigen), maar gaat deze er verder vanuit dat de patiënt zelf over de behandeling kan beslissen.

De BOPZ biedt handvatten voor het optreden tegen agressieve patiënten in een *acute* noodsituatie. In de visie van veel professionals zijn de mogelijkheden tot medicamenteuze dwangbehandeling hierdoor te beperkt. De toepassing van middelen en maatregelen mag immers alleen plaatsvinden bij een *acuut* optredende noodsituatie en bovendien slechts voor maximaal zeven dagen.

Ook geeft het optreden bij oplopende spanning, dreigend gedrag of kleine ordeverstoringen op de afdeling, wettelijk problemen. De wet kent namelijk geen dreigende noodsituatie en in het 'gevaar-denken' is een klap of een beetje bloed pas echt overtuigend.

2.2.3 Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

De wet BIG, aangenomen door de Eerste Kamer in november 1993, is een kaderwet die dient ter vervanging van twaalf wettelijke beroepenregelingen, waaronder de wet uitoefening geneeskunst van 1865. De wet heeft betrekking op personen die handelingen ver-

richten op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De wet wordt gefaseerd ingevoerd en veel zal via Algemene Maatregelen van Bestuur worden ingevuld.

De wet kent een *zware regeling* die geldt voor een achttal beroepen (arts, tandarts, verloskundige, apotheker, verpleegkundige, klinisch psycholoog, psychotherapeut en fysiotherapeut) (art. 3). Voor deze beroepen worden regels opgesteld over opleiding, titelbescherming, registratie en een tuchtrecht. Bovendien wordt een aantal voorbehouden handelingen omschreven (bijv. over narcose, injecties).

Daarnaast geldt een *lichte regeling* (art. 34) voor waarschijnlijk vooral paramedische beroepen (zoals logopedist, diëtist). In deze regeling geldt wel titelbescherming maar er wordt geen register aangelegd.

De wet regelt enerzijds de bevoegdheid van deze beroepsgroepen en anderzijds de bekwaamheid: Beroepsbeoefenaren worden verplicht tot het leveren van, volgens de professionele standaard, verantwoorde zorg. Het kwaliteitsaspect van de geleverde zorg heeft vooral betrekking op de zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaren. Voor medewerkers van instellingen is dit geregeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Een verdere invulling van de wet BIG biedt ruimte om de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar op het gebied van agressie te verbeteren. Men kan bij de invulling bijvoorbeeld denken aan het omschrijven van opleidingseisen en het deskundigheidsniveau met betrekking tot het omgaan met en voorkomen van agressie.

2.2.4 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)

De Kwaliteitswet Zorginstellingen⁷ regelt de organisatie van de zorgverlening. De gestelde norm hierbij is 'het bieden van zorg van een verantwoord niveau'. Dit is zorg die doeltreffend en doelmatig is en patiëntgericht wordt verleend. Nadere invulling van deze aspecten wordt aan het veld overgelaten. Een andere bepaling in deze wet is, dat de instelling verantwoordelijk is voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dat moet gaan gebeuren volgens een cyclisch proces, vergelijkbaar met de systematiek die in de Arbowet is aangegeven:

- gegevens verzamelen;
- toetsen van de kwaliteit van de zorg;
- zo nodig de zorgverlening bijstellen.

Iedere instelling staat dus voor de taak een intern kwaliteitstoetsend systeem (IKTS) te ontwerpen. Gedetailleerde richtlijnen voor de ontwikkeling hiervan moeten de instellingen zelf opstellen. Mogelijk bieden de ISO-normen aanknopingspunten voor het opzetten van een kwaliteitssysteem. Deze normen zijn ontwikkeld voor kwaliteitsborging in het bedrijfsleven. Voor dienstverlenende organisaties is een variant ontwikkeld. Met name de ISO-norm 9004, een richtlijn voor de opzet van interne kwaliteitszorg, biedt aanknopingspunten voor de zorgsector. De hoofddoelen van de ISO-norm 9004 zijn:

- tevredenheid van de klant over de kwaliteit van de dienstverlening (waardoor zich minder incidenten voor zullen doen; een tevreden klant maakt immers geen amok);
- efficiency van de organisatie (met als gevolg dat minder irritaties en frustraties bij de klant ontstaan);
- het voorkomen van negatieve effecten op samenleving en milieu (op deze manier kunnen ontwikkelingen in de GGZ worden getoetst op de consequenties (lees: de veiligheid) voor de samenleving).

Naast een interne evaluatie van de kwaliteit van de zorg zal ook de Inspectiedienst SZW het gevoerde kwaliteitsbeleid evalueren. Iedere instelling is verplicht om middels

een jaarverslag over de toegepaste kwaliteitsbewaking te rapporteren. Verder kan de Inspectiedienst SZW onderzoek verrichten naar aanleiding van incidenten en misstanden.⁸

2.2.5 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

Een laatste wet die de kwaliteit van de zorg kan verbeteren is de wet Klachtrecht via de zorgsector.⁹ Deze regelt het klachtrecht ten aanzien van instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Volgens de wet zullen alle instellingen een regeling voor klachtenbehandeling moeten opstellen. Nu al zijn instellingen verplicht in het kader van de wet BOPZ een klachtenregeling te hebben. Wil het klachtenmanagement binnen de GGZ optimaal functioneren, dan is het van belang dat de diversiteit aan klachtenregelingen wordt geïntegreerd, zodat het eenvoudiger wordt voor de patiënt een klacht in te dienen (klantvriendelijkheid) en voor de instelling om efficiënt op klachten in te spelen.

2.3 Overige wet- en regelgeving

Buiten de Arbowet en de patiënten- en kwaliteitswetgeving zijn nog enkele andere wetten en regelingen van belang voor de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie in het psychiatrisch ziekenhuis.

De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen geeft patiënten de mogelijkheid zich uit te spreken over de kwaliteit van de zorg. Het serieus nemen van bezwaren hierover voorkomt agressie van cliënten jegens medewerkers. In deze wet wordt aan zorginstellingen de verplichting opgelegd:

- een cliëntenraad in te stellen;
- een commissie van vertrouwenslieden in te stellen;
- bestuursstukken en dergelijke openbaar te maken.

De cliëntenraad is bevoegd om gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen over beleidsaangelegenheden van de instelling. Als de instelling een besluit wil nemen over aangelegenheden die specifiek voor de patiënten van belang zijn, dan is een speciale procedure vereist. De wet noemt onder andere de volgende aangelegenheden: geestelijke verzorging, klachtenregeling en kwaliteit van de zorg. Wil de instelling in die gevallen afwijken van het gegeven advies, dan moet zij hiervoor de instemming hebben van de commissie van vertrouwenslieden.¹⁰

Het civiel- en strafrecht geeft aanknopingspunten om de agressor aansprakelijk te stellen voor zijn wangedrag. Via een strafrechtelijke procedure kan de patiënt veroordeeld worden voor zijn daden. Bij civielrechtelijke aansprakelijkheid gaat het om het vergoeden van schade die de getroffene tengevolge van de agressie of seksuele intimidatie heeft geleden. Tot voor kort vormde de omstandigheid dat een persoon schade had veroorzaakt onder invloed van een psychische stoornis een belemmering om hem aansprakelijk te houden. Dit wordt al enige tijd onrechtvaardig gevonden. De mogelijkheden om schade te verhalen op de patiënt zijn nu toegenomen. Dit is een ondersteuning van de opvatting dat het ondergaan van agressie niet hoort bij het werken in de psychiatrie.¹¹

Het aansprakelijk stellen van de agressor kan agressie, geweld en seksuele intimidatie niet voorkomen. Het kan er echter wel toe leiden dat de negatieve gevolgen van de schokkende gebeurtenis worden weggenomen of verzacht.

Verder is er is er een grote hoeveelheid aan regelgeving op bouwkundig en materieel gebied (technopreventie) die in een aantal gevallen ook relevant is voor het reduceren (van de ernst) van agressie, geweld en seksuele intimidatie. Het bespreken van de regelgeving met betrekking tot technopreventie valt echter buiten het bestek van dit boek.

2.4 Geïntegreerde benadering van arbo- en kwaliteitszorg

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de wetgeving die direct of indirect betrekking heeft op de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie in de psychiatrie. We zagen dat de Arbo-, patiënten- en kwaliteitswetgeving nauw op elkaar aansluiten. De overheid benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van de werkgever en schrijft een systematische zorg voor de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de dienstverlening voor. Een geïntegreerde aanpak van arbo- en kwaliteitszorg (en ook milieuzorg, maar die valt buiten het bestek van dit rapport) biedt een aantal voordelen.¹²

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat het combineren van arbo- en kwaliteitszorg efficiënter is dan het aandacht besteden aan beide zaken apart. Er is namelijk sprake van een gemeenschappelijke 'zorgkern': men voert dikwijls vergelijkbare inventarisaties en activiteiten uit en ook zijn vaak dezelfde personen in de organisatie betrokken bij het opzetten van zorgsystemen. Het aansluiten van deze systemen op elkaar, of het integreren van de systemen, kan dan ook dubbel werk voorkomen en kosten besparen. De combinatie levert bovendien synergie-effecten op, waardoor het geheel wordt versterkt.

Voor de werkvloer is integratie van groot belang, aangezien medewerkers pas optimaal functioneren als zij beschikken over een geïntegreerde, eenduidige instructie over de werkwijze en de organisatie van het werk. Verder neemt de motivatie van medewerkers voor kwaliteitszorg toe wanneer dit wordt gekoppeld aan zorg voor de kwaliteit van arbeidsomstandigheden. Een geïntegreerde aanpak van de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de dienstverlening betekent dus dat de veiligheid en het welbevinden van zowel de werknemer als de cliënt verbetert. Het vergt van een organisatie evenwel veel inspanning om tegelijk te werken aan een verbetering van Veiligheid, Gezondheid en Welzijn van werknemers en aan de kwaliteit van de zorg van gebruikers. In de praktijk is het dan ook niet altijd mogelijk te kiezen voor een geïntegreerde aanpak. Wel kan voor beide zaken dezelfde infrastructuur worden ontworpen, zodat de verschillende activiteiten elkaar niet overlappen of tegenwerken.

Noten

- Het gaat hier om het instrument DP-RIS: Draagvlak versterkend en Procesmatig RISico-inventarisatie en evaluatie instrument. Zie verder par. 13.2.2.
- 2 SZW, P 195, Seksuele intimidatie, agressie en geweld in de Arbeidsomstandighedenwet, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag, 1994
- 3 In de Arbowet wordt de term evaluatie voor twee verschillende activiteiten gebruikt:
 - 1 voor de risico-evaluatie: het inschatten van de risico's en deze afzetten tegen een norm (wegen, zie figuur 1, p. 21)
 - 2 voor de beleidsevaluatie: het achteraf nagaan of het gevoerde beleid tot de gewenste resultaten leidt (waken, zie figuur 1, p. 21)
 Hoewel dit woordgebruik verwarrend is, houden we in dit verband toch de bestaande Arbo-terminologie aan.

-
- 4 Stroosnijder, 1989
 - 5 SZW, P 190, Arbo- en Verzuimbeleid, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag, 1994
 - 6 Legemaate, 1995
 - 7 Van kracht per 1 april 1996
 - 8 Jongerden, Hollands & Van Bergen, 1994
 - 9 Van kracht per 1 november 1995
 - 10 Verbogt, 1994
 - 11 Legemaate, 1993
 - 12 Davidse, 1994; Hoek, Savornin Lohman De, Soomeren Van & Loef, 1994

3 Gevolgen van agressie en instrumenten voor opvang en veiliger werken

3.1 Introductie

De problematiek van agressie in de psychiatrie wordt de laatste jaren steeds meer serieus genomen. De verhoogde aandacht is onder andere ontstaan door de toenemende kennis over de aard, de omvang en de gevolgen van agressief gedrag van psychiatrische patiënten.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat agressie veelvuldig voorkomt en vergaande psychische gevolgen kan hebben voor de getroffen medewerker. Voor de organisatie leidt agressie tot financiële schade, onder andere door ziekteverzuim en uitval.

Als antwoord op de agressieproblematiek zijn de laatste jaren diverse trainingen en instrumenten ontwikkeld: voor het verbeteren van de opvang van getroffen medewerkers en het vergroten van de veiligheid van medewerkers in de psychiatrie. Een farmaceutisch bedrijf organiseerde onlangs voor de APZ-en in Nederland diverse workshops rondom de aanpak van agressie.¹

In dit hoofdstuk beschrijven we twee instrumenten die zijn ingevoerd in Psychiatrisch centrum Bloemendaal in het kader van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen': Bedrijfsopvang en Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS). Deze instrumenten zijn ontwikkeld op basis van de huidige kennis over de gevolgen van incidenten voor getroffen en hun omgeving.

3.2 Gevolgen van agressie en schokkende gebeurtenissen voor de getroffene

Agressie en andere schokkende gebeurtenissen kunnen vergaande gevolgen hebben. Niet alleen het slachtoffer zelf, ook getuigen, collega's, hulpverleners en het thuisfront kunnen emotioneel worden geraakt door de gebeurtenis. Wanneer we hier spreken van getroffene(n) bedoelen we niet alleen het slachtoffer, maar al die mensen die (in)direct zijn betrokken bij het incident en daarvan last ondervinden.

Wanneer we spreken van een incident of schokkende gebeurtenis, bedoelen we een gebeurtenis die in meer of mindere mate psychisch leed heeft veroorzaakt bij de getroffene(n). Of een incident als schokkend wordt beleefd, verschilt van persoon tot persoon (is dus subjectief): 'De ene verpleegkundige is een fout met dodelijke afloop voor een terminale dementerende al na een week grotendeels vergeten; een ander heeft na een zelfde fout maandenlang psychische problemen en zit ziek thuis'.²

3.2.1 Veranderde kijk

Een schokkende gebeurtenis zet het dagelijks leven op z'n kop. Men voelt zich kwaad, teleurgesteld, angstig en is verward. De dingen van alledag lijken opeens vreemd en onwerkkelijk. Dit zijn slechts enkele van de vele reacties die schokkende gebeurtenissen

oproepen. Een persoon die een schokkende ervaring heeft meegemaakt, wordt veelal geconfronteerd met de volgende vier aspecten:³

– Optreden van aanpassingsmechanismen

Een bedreigende situatie roept angst op. Dit gevoel van angst is voor het lichaam een signaal dat er gevaar dreigt. Ons lichaam wordt hierdoor automatisch in een 'staat van paraatheid'■gebracht om het gevaar af te wenden. Het lichaam past zich als het ware aan de stress-situatie aan.

De aanpassing verloopt in drie stadia:

- 1 het alarmstadium: het lichaam komt in een staat van alertheid;
- 2 het weerstandstadium: het lichaam past zich aan de veranderde situatie aan; de lichamelijke reacties zijn gericht op bestrijding van gevaar: vluchten, vechten, of 'bevriezen';
- 3 stadium waarin het evenwicht zich herstelt (het lichaam wordt gedemobiliseerd) of uitputting volgt.

– Machteloosheid

Mensen hebben over het algemeen het gevoel zelf over hun doen en laten te beschikken. De illusie van controle is een wezenlijk onderdeel van de persoonlijkheid. Deze illusie wordt wreed verstoord door een schokkende gebeurtenis. Een schokkende gebeurtenis confronteert mensen met een situatie waarop ze nauwelijks of geen invloed hebben, hetgeen een sterk gevoel van machteloosheid oproept.

– Gevoel van kwetsbaarheid

Evenals de illusie van controle hebben mensen ook een illusie van onkwetsbaarheid. Deze illusie is noodzakelijk om zonder angst aan allerlei aspecten van het leven te deel te nemen. Het gevoel van machteloosheid na een schokkende gebeurtenis heeft tot gevolg dat mensen worden geconfronteerd met de eigen kwetsbaarheid. Hierdoor wordt het gevoel van veiligheid en vertrouwen in de omgeving aangetast.

– Ontwrichting van het bestaan

Een schokkende gebeurtenis verstoort het dagelijks leven: de wereld ziet er opeens anders uit en bestaande ideeën over de eigen persoon en de omgeving lijken niet meer te kloppen. Het leven is niet zo voorspelbaar als men dacht. De voorspelbaarheid van het dagelijks leven is echter van groot belang. De leefwereld van het individu wordt meestal als geordend, begrijpelijk en voorspelbaar ervaren. Een schokkende gebeurtenis geeft sterke aanwijzing voor het feit dat het leven niet zo voorspelbaar is als wij denken. Allerlei zekerheden en verwachtingen over het leven vallen weg. Hoe verder een ervaring afstaat van ons verwachtingspatroon, des te moeilijker is het deze gebeurtenis te verwerken. Door een schokkende gebeurtenis gaan we vaak anders kijken naar onszelf, ons leven, onze partner.

'Ik zal nooit vergeten dat ik werd aangerand door een patiënt in het kantoor. Ik voel me erdoor aangetast, geestelijk verkracht. Ik heb altijd hard gewerkt en me ingezet voor de patiënten. Nu voel ik me niet meer op m'n gemak op het werk en ook niet meer op straat; ook al werk ik op een nieuwe afdeling. Ik heb alles weggegooid wat ik toen aanhad, ook mijn oorbellen en schoenen. Iedere associatie met de gebeurtenis maakt me van slag. Ik word kwaad, of gedeprimeerd als ik aan de gebeurtenis denk. Ik heb het gevoel dat niemand echt begrijpt wat ik voel, ik vind mezelf soms ook een aansteller. Ik ben tenslotte niet verkracht.

Soms vraag ik me af of ik deze aanranding niet heb verdiend. Het was nachtdienst. Mijn collega's waren op een andere afdeling. Ik zat alleen in het kantoor. Een patiënt zat om een praatje verlegen en ik zag daar geen kwaad in, omdat hij voor mijn gevoel geen gevaar was. Ik had hem

natuurlijk nooit in het kantoor toe mogen laten, dat is ook de regel. Anderen hebben ook wel eens gezegd dat ze me te persoonlijk met de patiënten vonden. Ik dacht dat een beetje betrokkenheid de patiënten zou helpen bij hun herstel. Te goed van vertrouwen ook, heeft een collega mij laatst nog gezegd. Nou, ik voel me behoorlijk gestraft voor m'n betrokkenheid bij patiënten.

Ik ben ook mijn vertrouwen in de veiligheid van deze samenleving kwijt. Vroeger had ik zoiets van: 'mij gebeurt niets'. Ik kon om drie uur 's nachts nog alleen over straat fietsen. En nu: op het terrein probeer ik altijd met anderen op te lopen en verder verplaats ik me alleen nog met de auto.'

Men spreekt in dit verband van een **veranderde kijk**. Een veranderde kijk kan betrekking hebben op de eigen persoon, de slachtofferervaring en de omgeving.⁴

Een veranderde kijk **op de eigen persoon** kan leiden tot de volgende gevoelens en gedachten:

- niet effectief te kunnen handelen (dit kan bijvoorbeeld leiden tot een passieve opstelling, onverschilligheid, of het gevoel van controleverlies);
- permanent beschadigd te zijn (dingen denken als: deze ervaring zal ik mijn hele leven met me meedragen);
- isolatie (die kan bijvoorbeeld leiden tot een verlies van vertrouwen in collega's, het gevoel er alleen voor te staan, of het onvermogen nog intiem met anderen te kunnen zijn);
- woede die sterk wordt onderdrukt, of juist een overreactie van woede (bijvoorbeeld bij de minste of geringste fout van een collega in woede uitbarsten over hoe onveilig hij werkt).

Een veranderde kijk **op de slachtofferervaring** kan leiden tot:

- geheugenverlies (voor delen van, of de gehele ervaring);
- denken dat men de gebeurtenis heeft verdiend in plaats van de verantwoordelijkheid bij de dader(s) te leggen ('dat is de consequentie van het werken in de psychiatrie', of 'dit had een hogere bedoeling');
- het overnemen van meningen en opvattingen van daders ('hij (de patiënt) kan ook niet anders, want hij is zelf in zijn jeugd seksueel misbruikt').

Een veranderde kijk **op de omgeving** uit zich op de volgende manieren:

- ongeloof dat anderen ooit te hulp zullen schieten;
- de angst om opnieuw slachtoffer te worden, zelfs als daarvoor geen aanleiding is;
- het voortdurend alert zijn op potentieel gevaar.

3.2.2 Het verwerkingsproces

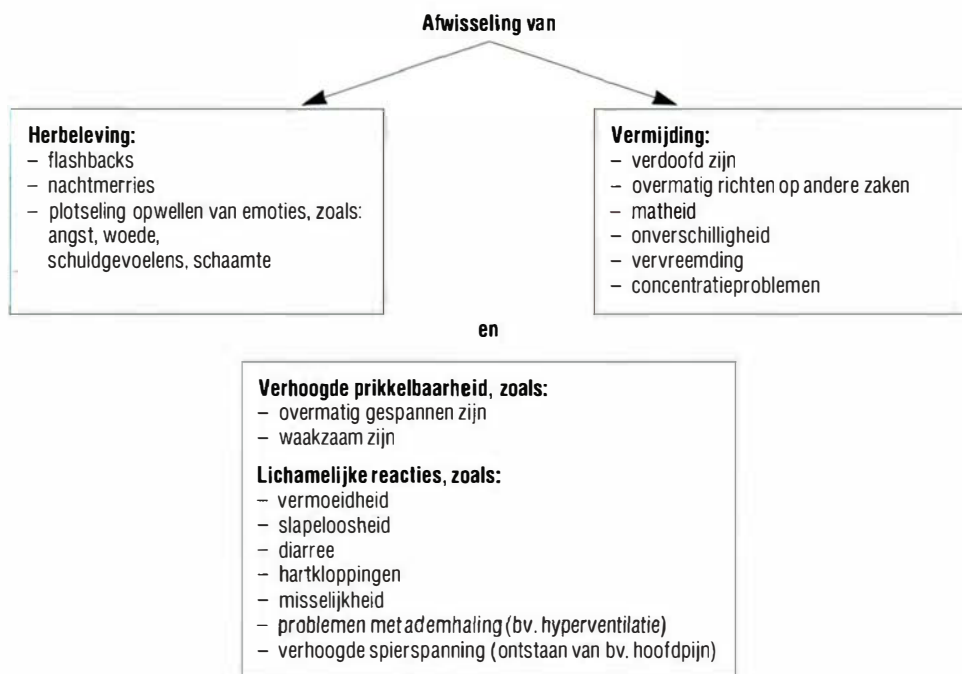
Het verwerkingsproces is te beschrijven in twee modellen. Het fasenmodel vertelt het verwerken van schokkende gebeurtenissen als een proces in de tijd. Het scenariomodel beschrijft hoe een getroffen persoon de schokkende gebeurtenis een plaats probeert te geven in zijn bestaan; hoe 'de veranderde kijk' op de eigen persoon, de slachtofferervaring en de omgeving wordt gerepareerd.⁵

– Fasenmodel: verwerking als een proces in de tijd

De verwerking van een schokkende gebeurtenis verloopt in een drietal fasen. Direct na de schokkende gebeurtenis zijn getroffen personen vaak enorm van slag, er is sprake van ongelof, schrik en verbijstering. De getroffen persoon gelooft bijvoorbeeld niet wat hem is overkomen, of is in paniek omdat hij geen overzicht meer heeft (fase 1).

In de uren en dagen erna laat de getroffen persoon de gebeurtenis stukje bij beetje tot zich doordringen, waarbij periodes van herbeleving en vermijding elkaar afwisselen. In deze periode is de getroffen persoon ook in een toestand van verhoogde prikkelbaarheid (fase 2).

Figuur 2: Fase 2 van het fasenmodel



Bij herbeleven wordt de gebeurtenis telkens opnieuw beleefd, in de vorm van flashbacks en nachtmerries. De herbeleving kan gepaard gaan met heftige gevoelens zoals angst, woede, verdriet, schaamte en schuldgevoel en met lichamelijke reacties, zoals hartkloppingen, trillen en transpireren. Ook kan het zijn dat herinneringen aan eerdere incidenten boven komen.

In periodes van ontkenning vermijdt de getroffen persoon situaties die hem aan het gebeuren doen herinneren, bijvoorbeeld de plaats van de gebeurtenis. Ook doet men soms alsof de gebeurtenis niet heeft plaatsgevonden (verdringing), of probeert men zo min mogelijk aan de gebeurtenis te denken. Dit kan gepaard gaan met een verminderde belangstelling voor de omgeving; gevoelens van onthechting, vervreemding en verdoofdheid; onverschilligheid en concentratieproblemen.

Een ander kenmerk van de verwerkingsperiode is het voortduren van een toestand van verhoogde prikkelbaarheid, alsof het gevaar weer ieder moment kan toeslaan. Verhoogde prikkelbaarheid komt tot uiting in concentratieproblemen, wantrouwen, schrik-

achtigheid en voortdurend alert zijn. Dit kan gepaard gaan met slaapstoornissen en verschillende lichamelijke reacties, zoals hoofdpijn en maagpijn.⁶

In de derde fase nemen de reacties van herbeleving en vermijding en de daarbij behorende symptomen steeds verder af. De schokkende gebeurtenis krijgt een plaats in het leven van de getroffen persoon. Deze fase is afgerond als de getroffen persoon aan de schokkende gebeurtenis kan denken wanneer hij wil en er niet aan kan denken als hij dat niet wil.⁷

– Scenariomodel: repareren van de veranderde kijk

Na een schokkende gebeurtenis staat de getroffen persoon voor de opgave de gebeurtenis te integreren in het eigen bestaan op een zodanige manier dat het gevoel van veiligheid terugkeert. Het scenariomodel beschrijft dit proces.

‘Het repareren van de veranderde kijk is te vergelijken met de regisseur van een film die bezig is met de montage. Hij heeft alle opnamen gemaakt en wil ze in de juiste volgorde achter elkaar zetten. Terwijl hij bezig is, stuit hij op een stukje film dat hij niet kent, en dat hij toch in zijn film moet verwerken. Zijn eerste reactie is er een van schrik, verbijstering en ongeloof. Hoe komt dat ertussen, wat moet ik ermee, het past niet in mijn verhaal. Hij heeft het gevoel dat hij droomt, een nachtmerrie. Als blijkt dat het geen droom is, gaat hij aan het werk in een poging het vreemde stukje film te verwerken. Hij draait alle stukjes film keer op keer af om de juiste plaats te vinden voor het stukje vreemde film. Naarmate het stukje moeilijker past, moet hij dit vaker doen. Soms ziet hij de beelden voor zijn ogen dansen. Dan schakelt hij de apparatuur uit om zijn ogen de tijd te geven te herstellen en weer tot rust te komen. Hij voelt de spanning stijgen, de tijd dringt want de film moet op de afgesproken tijd klaar zijn. Het hele scenario zoals hij dat in zijn hoofd had, valt in duigen. Hij gaat de montageruimte weer binnen en doet opnieuw een poging om het stukje in te passen. Hij gaat daarmee door tot hij de juiste plaats heeft gevonden of tot hij, volledig uitgeput, instort.’

(Hilkens & Huisintveld, 1995).

Een getroffen persoon moet als het ware het scenario van zijn levensverhaal aanpassen aan de schokkende gebeurtenis, die een onverwachte wending heeft gegeven aan het oorspronkelijke verhaal. Kern is dat nieuwe informatie met oude informatie in overeenstemming wordt gebracht. De veranderde kijk op de eigen persoon, de slachtofferervaring en de omgeving worden zodanig herzien dat weer sprake is van een ‘normale’ kijk op het leven. In dit verband wordt ook wel gesproken over het repareren van de verstoorde kijk.⁸ De ‘reparatie van de verstoorde kijk’ bestaat globaal uit de volgende elementen:

– Reconstrueren van de schokkende gebeurtenis

De getroffene tracht het gebeuren op een rij te krijgen (hij reconstrueert de gebeurtenis en de context ervan). Hierdoor wordt de veranderde kijk op de slachtofferervaring herzien.

– Verklaringen zoeken voor de schokkende gebeurtenis (verwerkingsverhaal maken)

De getroffene zoekt naar ‘aannemelijke’ verklaringen voor de aanleiding én de gevolgen die het incident heeft (gehad). Dat zoeken naar verklaringen is onderdeel van het construeren van een verwerkingsverhaal. Hierdoor wordt de veranderde kijk op de eigen persoon herzien.

– Het afleggen van de slachtofferstatus

Uiteindelijk neemt de getroffene afstand van de rol als slachtoffer, zich daarbij realiserend dat hij het incident heeft overleefd (psychisch en fysiek). Hierdoor wordt de veranderde kijk op de omgeving herzien.

3.2.3 Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)

Het verwerken van een schokkende gebeurtenis is een normaal proces. De meeste getroffen personen lukt het om op eigen kracht en met steun vanuit de sociale omgeving te herstellen. De duur van het verwerkingsproces kan variëren van een paar weken tot een jaar. De duur van het verwerken kan echter veel meer tijd in beslag nemen als er in het verwerkingsproces storingen optreden.

Soms leidt een schokkende ervaring langdurig tot ernstige stressreacties. Deze reacties kunnen direct in aansluiting op de schokkende ervaring ontstaan, maar het kan ook zijn dat deze pas na maanden of jaren tot uiting komen, bijvoorbeeld na een tweede schokkende gebeurtenis.

In DSM-IV, een classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen, wordt van de verwerkingsstoornis PTSS (posttraumatische stress-stoornis) gesproken wanneer herbeleving, ontkenning, verhoogde prikkelbaarheid en zes van de daarbij horende stressreacties langer aanhouden dan een maand. Voorbeelden van extreme stressreacties zijn dat iemand voortdurend gepreoccupeerd is met het incident en het op geen enkele wijze van zich af kan zetten; of dat iemand een opvallend verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten heeft en sterk voelt dat hij weinig toekomst heeft.

Carlier e.a.⁹ geven een schatting aangaande de kans op traumatische ervaringen en PTSS: 'De meest betrouwbare schattingen zijn de volgende: ongeveer vier op de tien mensen kunnen een traumatische ervaring meemaken in hun leven; en van hen ontwikkelt 9% PTSS. Schattingen van het percentage verwerkingsproblemen bij de politie lopen uiteen van 10–35%. Dit hogere percentage zou onder meer te maken hebben met het feit dat politiemensen, in vergelijking met de algemene bevolking, door de aard van hun werkzaamheden eerder én vaker diverse soorten schokkende gebeurtenissen kunnen meemaken.' Net als politiemensen hebben ook medewerkers in de psychiatrie een verhoogde kans op het meemaken van (meerdere) schokkende gebeurtenissen.

Daarnaast lopen sommige mensen een hoger risico op het ontwikkelen van PTSS dan anderen. Buijsen¹⁰ noemt een aantal kwetsbaar makende en beschermende factoren voor PTSS.

Figuur 3: Kwetsbaar makende en beschermende factoren voor PTSS

Kwetsbaarheidsfactoren

- lange en hevige confrontatie
- kwetsbare persoonlijkheid of psychische problemen
- gezinshistorie van psychiatrische problematiek
- geringe mate van voorspelbaarheid van schokkende gebeurtenis
- geringe mate van controleerbaarheid tijdens confrontatie
- sterke identificatie met het slachtoffer
- (vermeende) schuld ten aanzien van de gebeurtenis
- het meemaken van meerdere schokkende gebeurtenissen in de loop der tijd

Beschermende factoren

- zekere mate van voorspelbaarheid van schokkende gebeurtenis
- zekere mate van controleerbaarheid van schokkende gebeurtenis
- adaptieve copingstijl
- sociale steun

3.2.4 Omgaan met een schokkende gebeurtenis (coping)

De manier waarop het getroffen individu omgaat met de gebeurtenis heeft invloed op het verloop van het verwerkingsproces. De term coping verwijst naar de manier waarop een persoon bij voorkeur omgaat met stressvolle situaties. Iedereen heeft daarvoor zijn eigen strategie.

Direct na een schokkende ervaring is de getroffene vaak behoorlijk ontdaan. De belangrijkste behoefte op zo'n moment is controle krijgen over de gebeurtenis. De ene persoon heeft in een dergelijke situatie veel behoefte aan informatie, de ander wil vooral met rust gelaten worden.

Tijdens het proces van verwerken worden in het algemeen de volgende strategieën, vaak naast elkaar, gehanteerd:¹¹

– Cognitieve strategieën

Hierbij kan worden gedacht aan het telkens overdenken van de gebeurtenis; het vinden van een oorzaak, het zoeken naar een antwoord waarom juist hem dit is overkomen, zelfverwijt, vergelijken met anderen, beklemtonen van de eigen controle; het onderzoeken wat deze ervaring betekent voor het eigen leven. Succesvolle cognitieve strategieën leiden tot het reconstrueren van de gebeurtenis en het construeren van een verwerkingsverhaal.

– Actiegerichte strategieën

Dit zijn acties die de getroffene onderneemt om het gevoel van controle over zichzelf en de omgeving te versterken. Drie belangrijke actiestrategieën in het omgaan met schokkende gebeurtenissen zijn:

- 'problemen oplossen'

Bijvoorbeeld het consequent dragen van een alarmpin, of het deelnemen aan een agressie-werkgroep.

- 'afstand nemen'

Dit voorkomt dat de getroffene al te zeer wordt overmand door pijnlijke gevoelens en gedachten. Door de impact van de ervaring niet toe te laten, of afstand te nemen, kan de getroffene onder andere adequaat handelen tijdens en direct na het incident. In de periode erna helpt het de getroffene om 'normaal' te functioneren en geeft het de mogelijkheid om tot rust te komen. Een voorbeeld is veel gaan sporten. Voor het verwerken van de ervaring is echter ook een confrontatie met de feiten noodzakelijk.

- 'zoeken naar sociale steun'

Degenen die deze steun krijgen en zich daarbij begrepen voelen, hebben een grotere kans om de schokkende gebeurtenis te verwerken dan degenen die dit niet ervaren.

3.2.5 Invloed van de sociale omgeving op het verwerkingsproces

Het proces van verwerken wordt, zoals hiervoor aangegeven, vergemakkelijkt door sociale steun uit de omgeving (collega's, leidinggevenden, partner, vrienden, familie). Hierbij gaat het om begrip, troost, aandacht, informatie, praktische hulp en aanmoedigingen door de sociale omgeving. Sociale steun is niet alleen van belang na een schokkende ervaring maar heeft ook in zijn algemeenheid een buffereffect tegen stress. Medewerkers die gewend zijn elkaar te ondersteunen in het werk, hebben over het algemeen tijdens en na een incident minder last van stress omdat zij zich gesteund weten. De afwezigheid van steun, of negatieve reacties van de sociale omgeving kunnen het verwerkingsproces zelfs behoorlijk verstoren. Denk bijvoorbeeld aan de leidinggeven-

de die een verpleegkundige na een incident wel vraagt hoe hij het voorval heeft afgewikkeld, maar niet informeert hoe de verpleegkundige zich erover voelt; of de collega die laat weten dat hij het zelf beter had aangepakt. Door bovenstaande negatieve reacties en gedragingen wordt de getroffen persoon als het ware voor een tweede keer 'verwond', met alle negatieve gevolgen van dien. We noemen dat **secundaire victimisatie**.

Secundaire victimisatie kan ook worden veroorzaakt door het uitblijven van schadeherstel of voorzieningen rond inkomstenderving. De getroffene blijft zich hierop concentreren, het is een voortdurend punt van irritatie en het verstoort de psychische verwerking van het gebeurde. Buijssen (1995) noemt een aantal redenen waarom de omgeving het soms laat afweten na een incident:

- confrontatie met ellende en verdriet van de ander leidt tot besef van eigen kwetsbaarheid ('Zoiets kan mij ook overkomen, maar daar wil ik liever niet aan denken.');
- men heeft nooit geleerd om verstandig met verdriet en tegenslagen om te gaan ('Mijn ouders zeiden altijd: 'niet zeuren'.');
- men denkt niet de aangewezen persoon te zijn om te helpen ('Voor zoiets sta ik te ver van hem af.');
- angst door eigen gevoelens overmand te worden ('Als zij vertelt wat ze heeft meegemaakt, ga ik zelf huilen.');
- men voelt zich hulpeloos en machteloos ('Ik weet niet wat ik moet doen om te helpen.');
- angst dat men door erover te beginnen alles alleen maar erger maakt en de ander nog meer pijn doet ('Wie weet wat ik allemaal losmaak.');
- angst dat hulp bieden te veel tijd gaat kosten ('Als ik er eenmaal mee begin haar te helpen laat ze me niet meer los.').

3.3 Gevolgen van agressie en schokkende gebeurtenissen voor de instelling

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat de confrontatie met agressie en andere schokkende gebeurtenissen vergaande gevolgen kan hebben. De gevolgen van incidenten zijn van invloed op de getroffen medewerker, het werkklimaat, de dienstverlening en de instelling als geheel.

– Medewerkers

In de praktijk komen we de volgende gevolgen voor medewerkers tegen:¹²

- diverse psychische en psychosomatische klachten, zoals gevoelens van angst en machteloosheid, hoofdpijn en slaapstoornissen;
- verminderde prestaties op het werk;
- ziekteverzuim, 'burn-out' en arbeidsongeschiktheid;
- verminderde uitoefening van de zorgplicht thuis, slechter verlopende sociale contacten met kinderen, partner, familie en vrienden;
- verminderd plezier in vrijetijdsactiviteiten;
- meer huisartsbezoek, meer gebruik van medicijnen;
- toegenomen bezoek aan hulpverlenende instanties.

– Werkklimaat

De confrontatie met agressie en andere schokkende gebeurtenissen beïnvloedt ook het klimaat op de afdeling. Verpleegkundigen noemen agressief gedrag van patiënten een van de meest stressvolle factoren van het werk.¹³

Wanneer opvang en sociale steun op het werk ontbreken, wordt het werkklimaat ernstig aangetast:

- medewerkers raken gedemotiveerd, onverschillig of cynisch;
- de collegiale steun gaat achteruit;
- de sfeer op de afdeling raakt verziekt;
- de onveiligheidsgevoelens van medewerkers nemen toe.

– Dienstverlening

De aantasting van het welzijn van medewerkers en het klimaat waarin zij werken heeft uiteraard ook invloed op de dienstverlening aan patiënten. De kwaliteit van de dienstverlening kan als gevolg van incidenten op de volgende manieren worden aangetast:

- na een incident is de getroffene van slag, waardoor er geen optimale aandacht is voor het werk;
- als de getroffene na een schokkende gebeurtenis zelf geen begrip en steun krijgt dan is het extra moeilijk om wel aandacht voor anderen op te brengen. Daarom is opvang en praktische begeleiding na incidenten van groot belang. Het voorkomt tevens dat getroffen medewerkers angstig of onverschillig hun werk doen, hetgeen de kwaliteit van de zorgverlening niet ten goede komt;
- de kwaliteit van de dienstverlening wordt overigens ook op directe wijze aangetast door het voorkomen van agressie. Ook de patiënt kan immers slachtoffer zijn van agressie en seksuele intimidatie van medepatiënten. Omdat zij al psychisch minder weerbaar zijn, komt zoiets extra hard aan. Hun onveiligheidsgevoelens nemen toe, wat het proces van genezing niet ten goede komt.

– Instelling als geheel

Voor de instelling als geheel kunnen incidenten leiden tot de volgende schadeposten:

- productieverlies en kosten

De gebeurtenis zelf, maar ook de afwikkeling erna, kost tijd; een eventueel doktersbezoek kost tijd en geld; bijzonder verlof, ziekteverzuim en eventuele afkeurings- en herplaatsingsperikelen kosten de werkgever ook veel geld.

- personeelstekort

Veelvuldige confrontaties met agressie kunnen tot gevolg hebben dat medewerkers langdurig ziek worden of ontslag nemen, waardoor de organisatie voor extra investeringen komt te staan op het gebied van werving, selectie, opleiding en inwerken van personeel; terwijl het steeds moeilijker is om vacatures van psychiatrisch verpleegkundigen op te vullen, mede door het slechte imago van het werkklimaat.

- directe schade

Incidenten als vernieling en diefstal leiden op zich al tot financiële schade. Daarnaast kunnen werknemers ook schadeclaims indienen wegens inkomstenderving door een 'beroepsziekte' en materiële schade als gevolg van een incident. Geschat wordt dat een algemeen ziekenhuis jaarlijks gemiddeld voor ten minste 70.000 gulden gedupeerd wordt door criminaliteit.¹⁴

3.4 Bedrijfsopvang

Een goede opvang en praktische begeleiding helpen bij het in de hand houden van de negatieve gevolgen van slachtofferschap. Het is daarom ook in het belang van de werkgever dat er wordt geïnvesteerd in een goede opvang en begeleiding van de getroffenen.¹⁵

Opbrengsten van zo'n investering kunnen ondermeer bestaan uit:

- minder kans op klachten voor individuele medewerkers, een sneller herstel;
- een afname van het aantal medewerkers dat wordt verwezen naar professionele hulpverlening;
- meer collegiale steun;
- een cultuuromslag van 'als je er niet tegen kunt, moet je maar een andere baan zoeken' naar 'stilstaan bij de gevolgen voor getroffen medewerkers';
- een verbetering van het **imago** van de instelling;
- het terugdringen van uitval door ziekteverzuim, 'burn-out' en arbeidsongeschiktheid.

3.4.1 Wat is opvang?

Opvang bestaat idealiter uit de volgende elementen:

- Algemeen

Het verlenen van steun en begrip (aandachtig luisteren en reageren zonder te veroordelen of te moraliseren) en het bieden van een structuur aan de getroffene om de schokkende ervaring te verwerken. Daarbij is vertrouwen tussen getroffen medewerkers en opvangsters van belang. Dit wordt verkregen als de opvangster bij het begin van het gesprek expliciet aangeeft dat het gesprek een vertrouwelijk karakter heeft en dat het niet de bedoeling is elkaar te bekritisieren.

- Stimuleren van de reparatie van de veranderde kijk

Een schokkende gebeurtenis kan leiden tot een veranderde kijk op de eigen persoon, de omgeving en de gebeurtenis. De getroffene staat voor de taak de gebeurtenis te integreren in het eigen leven. De opvangster kan dit proces stimuleren door vragen aan de getroffene te stellen die leiden tot de reconstructie van de gebeurtenis en/of het construeren van een verwerkingsverhaal dat alle verklaringen, ideeën en betekenissen bevat over de gebeurtenis.

Ook is het van belang om de eventuele slachtofferrol van de getroffene te bespreken ('Ik ben zielig' of 'De omgeving behandelt mij als hulpbehoevend'). Uiteindelijk is het de bedoeling dat de getroffene zichzelf ziet als psychisch en fysiek 'overlevende' van de gebeurtenis.

- Voorlichting over schokverwerking

Door de getroffene voor te lichten kan deze (het uitblijven van) de eigen stressreacties in een kader plaatsen, waardoor de eigen reacties minder schrik veroorzaken. Elementen van voorlichting over schokverwerking zijn het uitleggen van begrippen als 'schokkend' en 'traumatiserend', het verloop van een 'normaal' en 'verstoord' verwerkingsproces, de risicofactoren voor verwerkingsproblemen en de opvangmogelijkheden binnen en buiten de organisatie.¹⁶

- Leren hanteren van schokkende gebeurtenissen (coping)

Voor het hanteren van een schokkende gebeurtenis worden verschillende copingstijlen gebruikt. Het is zinvol om:

- met de getroffene terug te kijken op de stijl van verwerken die de getroffene heeft gebruikt (wat zijn de voor- en nadelen van de gebruikte copingstijlen, hoe wil ik in de toekomst omgaan met schokkende gebeurtenissen);
- het gevoel van zelfcontrole en controle over de omgeving te bevorderen door te bespreken hoe de opvang en veiligheid in de toekomst kunnen worden verbeterd;
- uitleg te geven over de verschillende copingstijlen, zoals de actiestrategieën 'actief aanpakken van problemen', 'zoeken naar sociale steun' en 'afstand nemen' en de

cognitieve strategieën 'overdenken van de ervaring' en 'uitlezen van gevoelens' (Carlier e.a., 1994).

- Aandacht voor stoornissen in de verwerking

Goede hulpverlening betekent ook in staat zijn stoornissen in de verwerking te signaleren en de getroffen persoon zo nodig door te verwijzen naar de gespecialiseerde hulpverlening, bijvoorbeeld bij lang aanhoudende klachten die wijzen op PTSS, langdurig ziekteverzuim, signalen dat de sociale omgeving onder druk komt te staan, of lijdt onder het gebeuren.

Naast opvang is praktische begeleiding na incidenten ook altijd van groot belang. Getroffen medewerkers kunnen behoefte hebben aan praktische begeleiding en advies en informatie.

Praktische begeleiding betekent dat getroffen personen worden bijgestaan bij:

- te voeren gesprekken met relevante instanties, zoals bijvoorbeeld de politie, justitie en verzekeringsmaatschappijen;
- juridische problemen met betrekking tot de aangifte bij politie en een mogelijke rechtszaak;
- het verzorgen van schadeherstel of voorzieningen rond inkomstenderving;
- het oplossen van praktische problemen; dit kan inhouden dat iemand meegaat naar de EHBO-post, of helpt bij de rapportage, het kan ook gaan om het thuisbrengen van de getroffen persoon, of het regelen van kinderopvang.

Advies en informatie houdt in dat:

- getroffen personen zo snel mogelijk op de hoogte worden gebracht over de actuele situatie omtrent medeslachtoffers, waar men heen gebracht wordt, hoe men familie en naasten kan bereiken etc;
- getroffen personen voorlichting krijgen over de eigen (stress)reacties;
- getroffen personen juridisch advies krijgen: moet er aangifte worden gedaan, wat gebeurt er verder met de dader/patiënt, etc.?

Opvang heeft betrekking op de emotionele opvang en ondersteuning van de getroffen persoon na agressie en andere schokkende gebeurtenissen.

Begeleiding heeft betrekking op de materiële opvang en begeleiding van de getroffen persoon, het in praktische zin bijstaan bij juridische problemen, het doen van aangifte, artsbezoek en dergelijke.

3.4.2 Instrument voor opvang: het 'drie-gesprekken opvangmodel'

Bij opvang na een relatief ernstig incident¹⁷ gaan we in principe uit van drie opvangsgesprekken met een ervaren 'opvangster', die volgens een vast protocol verlopen.¹⁸

In het eerste gesprek, direct na de gebeurtenis of de volgende dag, wordt:

- 'afgetapt' wat de meeste indruk heeft gemaakt;
- op de situatie gerichte voorlichting gegeven over schokverwerking;
- steun gemobiliseerd van collega's en het thuisfront;
- hulp geboden bij de praktische afwikkeling van het incident.

In dit opvangsgesprek gaat het erom de eerste stoom af te laten blazen en een aantal praktische aspecten te bespreken. Het is in deze fase niet goed om door te vragen op de emo-

tionele beleving van de gebeurtenis. Dat kan te veel verwarrende gevoelens tegelijkertijd oproepen (aftap-protocol).

De twee hiernavolgende gesprekken zijn gericht op het repareren van de veranderde kijk. In het tweede gesprek, na ongeveer een week, staan de reconstructie van de gebeurtenis en de context ervan centraal (wat is er precies gebeurd, wat voelde je daarbij, etc.), waardoor de negatieve emoties vrij kunnen komen. In deze fase wordt dus wel expliciet gevraagd naar de emotionele beleving van de gebeurtenis, zodat wordt voorkomen dat 'verdringing' plaatsvindt bij de getroffen (reconstructie-protocol).

In het derde gesprek, na vier à zes weken, staat het leren omgaan met de gebeurtenis centraal: hoe staat de getroffen nu tegenover het gebeurde en met welk soort vragen is hij bezig (geweest). Wat is de individuele copingstijl en wat zijn hiervan de voor- en nadelen. Dit gesprek is ter afronding bedoeld; mocht de getroffen behoefte hebben aan meer (professionele) hulp, dan kan worden verwezen naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of professionele hulpverlening (herstel-protocol).

In het volgende overzicht zijn de functies van de verschillende gespreksprotocollen weergegeven.

Figuur 4: Elementen van opvang

	<i>Aftap- protocol 1e gesprek</i>	<i>Reconstructie- protocol 2e gesprek</i>	<i>Herstel- protocol 3e gesprek</i>
steunen	x	x	x
structuur bieden	x	x	x
mobiliseren van steun	x	x	x
praktische begeleiding	x	optioneel	optioneel
voorlichting over schokverwerking	x	optioneel	optioneel
inventarisatie van stressreacties	x	x	x
reconstructie van de gebeurtenis		x	x
constructie verwerkingsverhaal			x
hanteren copingstijl		x	x
signaleren/doorverwijzen/afsluiten	optioneel	optioneel	x

3.4.3 Instrument voor opvang dient meerdere doelen

De protocollen kunnen flexibel worden toegepast voor verschillende doeleinden. De protocollen zijn ontwikkeld voor individuele opvang, maar kunnen ook worden gebruikt voor groepsopvang na een incident waarbij meer mensen betrokken waren. Andere toepassingen van de protocollen zijn het 'plegen van achterstallig onderhoud' bij medewerkers die in het verleden zijn geconfronteerd met een incident, het bieden van opvang en het versterken van de collegiale steun tijdens werkoverleg. Het doel is telkens drieërlei:

- het bevorderen van het verwerkingsproces en signaleren van eventuele stoornissen in de verwerking;
- deelnemers weerbaarder maken voor nieuwe incidenten; door het delen van ervaringen;

- a versterkt de collegiale steun;
 - b leert men andere mogelijkheden om met dergelijke ervaringen om te gaan (verbreding van het aantal copingstijlen);
 - c krijgt men kennis over de verschillende reacties na een schokkende gebeurtenis (voorlichting over schokverwerking).
- het draagvlak versterken voor opvang en praktische begeleiding in de instelling.
- Achterstallig onderhoud plegen

Een speciale vorm van opvang is de zogenaamde schoonmaakopvang. Dit is opvang voor medewerkers die in het verleden een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt. Schoonmaakopvang bestaat uit een eenmalige bijeenkomst waarin personeelsleden in groepsverband praten over de eigen ervaringen met agressie en schokkende gebeurtenissen. De bijeenkomst is opgebouwd rondom het *herstel-protocol*. Het groepsgeprek wordt geleid door een ervaren gespreksleider. Bij aanvang van het gesprek benadrukt de gespreksleider het vertrouwelijke karakter en vraagt de deelnemers elkaar niet te bekritisseren. Op deze manier zorgt de gespreksleider voor een klimaat waarin deelnemers zich 'veilig' voelen. De getroffene krijgt dan de ruimte om gevoelens als angst, woede of machteloosheid te uiten en bedreigende gedachten onder woorden te brengen.

Vervolgens vraagt de gespreksleider iedere deelnemer om die gebeurtenis te vertellen die op hem of haar de meeste indruk heeft gemaakt. Hierna wordt ieder incident apart chronologisch doorgenomen. Daarbij komt aan de orde welke invloed het incident heeft (gehad) op het dagelijks leven en hoe de getroffene over het algemeen met schokkende gebeurtenissen omgaat.

Schoonmaakopvang is ook toepasbaar bij ondersteuning van hulpverleners (medewerkers die binnen de instelling opvang en begeleiding verzorgen). Zij zelf kunnen namelijk 'vol lopen' door de ingrijpende verhalen die zij aanhoren (we noemen dat trauma-infectie).

- Regelmatig werkoverleg over agressie en andere schokkende gebeurtenissen

Een andere vorm van opvang vindt plaats tijdens het werkoverleg, het zogenaamde Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS). Onderdeel van TZAS is individuele opvang in een groep van directe collega's. TZAS wordt maandelijks uitgevoerd. Hierin staan elementen uit het *reconstructie-protocol* centraal. Tijdens het TZAS worden de incidenten afgetapt waarmee medewerkers de afgelopen tijd zijn geconfronteerd en wordt op enkele ervaringen dieper ingegaan (reconstrueren van de gebeurtenis, bespreken van knelpunten in de veiligheid en opvang). Verder wordt

Figuur 5: Twee soorten opvang

Twee soorten opvang

- het 'drie-gesprekken opvangmodel'
- TZAS

Gemeenschappelijke kenmerken:

- steun en begrip (mobiliseren);
- stimuleren reparatie veranderde kijk;
- voorlichting over schokverwerking;
- coping;
- aandacht voor stoornissen in de verwerking

het tonen van begrip voor elkaar gestimuleerd (mobiliseren sociale steun). In paragraaf 3.4 en hoofdstuk 10 wordt uitgebreider ingegaan op TZAS.

In TZAS vindt dus opvang plaats naar aanleiding van incidenten die de medewerker in het (recente) verleden heeft meegemaakt. In het 'drie-gesprekken opvangmodel' wordt de getroffen medewerker direct na het incident voor enige tijd ondersteund.

- Voorlichting

Een laatste toepassingsmogelijkheid van de protocollen, die in paragraaf 3.2.4 zijn beschreven, is het geven van voorlichting over schokverwerking en opvang aan medewerkers binnen de organisatie. Hierbij kunnen het reconstructie- en het herstel-protocol als uitgangspunt dienen. Gedacht kan worden aan enerzijds het geven van voorlichting over veel voorkomende stressreacties na incidenten, copingstijlen en het belang van sociale steun. Anderzijds is het zinvol om medewerkers zelf te laten ervaren wat opvang is, bijvoorbeeld middels een groepsgeprek als TZAS.

3.4.4 Voorwaarden voor opvang

Randvoorwaarden voor een goede opvang en praktische begeleiding van getroffen medewerkers zijn de volgende principes:

- Verantwoordelijkheid

Wijs een verantwoordelijke aan voor het vormgeven en uitvoeren van het opvangbeleid (of stel een werkgroep in).

- Gestandaardiseerde opvang

Altijd opvang aanbieden na ieder incident en een vast aantal gesprekken aanbieden. Een standaardaanpak voorkomt stigmatisering. Vragen om hulp wordt immers nogal eens beschouwd als een teken van zwakte. Een tweede voordeel van standaardisering is dat de hulp ook terecht komt bij degenen die hem het hardst nodig hebben, namelijk bij wie het verwerkingsproces blokkeert.

- Opvangdraaiboek

Stel een opvangdraaiboek op om een sfeer van paniek na een schokkende gebeurtenis te voorkomen. Ook is het van belang informatiepakketten te vervaardigen over de bedrijfsopvang en bijbehorende procedures vast te leggen ter borging. Het draaiboek en de procedures moeten in de organisatie worden besproken, zodat ze door de medewerkers worden onderschreven en uitgevoerd.

- Organisatiebeleid

In het organisatiebeleid dient speciale aandacht voor opvang te zijn. Onder andere door het formuleren van een missie, het scheppen van speciale werkomstandigheden voor getroffen en het vergroten van het draagvlak voor de opvang en begeleiding.

- Gespecialiseerde psychotherapeutische hulpverlening

Het is zinvol om van tevoren afspraken te maken met instellingen die de gespecialiseerde psychotherapeutische hulpverlening van getroffen en voor hun rekening willen nemen. Hiermee voorkomt men dat de eigen opvangs 'klussen' aanpakken die boven hun eigen kunnen gaan.

- Evalueren

Het opvangprogramma dient regelmatig te worden geëvalueerd en eventueel bijgesteld.

3.5 Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS)

3.5.1 Wat is TZAS?

TZAS is een regelmatig plaatsvindend groepsgesprek van samenwerkende collega's, liefst met hun leidinggevende als gespreksleider, over opvang na agressie en andere schokkende gebeurtenissen en veilig(er) werken op de afdeling.

De **doelen** van TZAS zijn:

- praten over eigen ervaringen met agressie en andere schokkende gebeurtenissen;¹⁹
- mogelijkheid bieden tot het uiten van emoties;
- doen toenemen van effectieve collegiale steun;
- verkennen van knelpunten, oorzaken en oplossingen:
 - rondom de opvang na agressie en schokkende gebeurtenissen
 - rondom het veilig werken op de afdeling (preventie van incidenten)
- nemen van maatregelen en het evalueren ervan.

Het gaat erom collega's in staat te stellen op het werk met elkaar te praten over ervaringen. Hierdoor krijgen zij onder elkaar de gelegenheid om spanningen kwijt te raken en begrip voor elkaar te tonen. Op die manier wordt voor iedereen de basis gelegd om de eigen accu weer wat op te laden nadat men met schokkende ervaringen is geconfronteerd.

Het belang van het regelmatig voeren van TZAS ligt erin dat het gewoon wordt over de eigen ervaringen te spreken, steun te bieden aan een collega die iets meemaakt en zelf steun te aanvaarden van collega's. Alleen door het regelmatig voeren van TZAS kan die gewoonte ontstaan. Het is dan niet meer iets bijzonders, de drempel om over de eigen ervaringen te praten is verlaagd.

Naast het bespreekbaar maken van agressie en andere schokkende gebeurtenissen is TZAS gericht op het oplossen van knelpunten in de opvang en veiligheid op de afdeling. Gezamenlijk wordt een analyse gemaakt van de knelpunten en worden er oplossingen bedacht. De uitwerking hiervan wordt aan enkele deelnemers aan het gesprek gedelegeerd. Zij komen vervolgens met een concreet voorstel voor te nemen maatregelen. Uiteindelijk beslist het team als geheel of de maatregelen daadwerkelijk worden uitgevoerd.

Bij deze methode hoort, naast het uitvoeren van Teamgericht Zorgoverleg, ook het bijhouden van een incidenten-registratie en regelmatige evaluatie van de uitkomsten van het TZAS, een zogenaamde produktschouw.

De **uitgangspunten** bij TZAS zijn:

- het lijnmanagement is verantwoordelijk voor opvang en veiligheid;
- medewerkers zijn ook deskundig op het gebied van opvang en veilig werken;²⁰
- collegiale steun is van groot belang.

3.5.2 Achtergrond van TZAS

TZAS kan worden gezien als een vorm van 'dagelijks onderhoud' van de risico-inventarisatie en -evaluatie die in het kader van de Arbowetgeving verplicht is gesteld.

Daarnaast is TZAS ook een goede vorm van opvang voor afdelingen die veelvuldig te maken hebben met relatief kleine incidenten (zoals, schelden, pesten). Na kleine incidenten is het meestal niet nodig drie opvangsgesprekken te voeren. Wel is het belangrijk

om in een andere vorm aandacht te schenken aan getroffen medewerkers. Anders gaat de collegiale steun verloren en stapelen alle kleine incidenten zich op waardoor alsnog verwerkingsproblemen ontstaan.

Bovendien wordt middels TZAS gewerkt aan het opzetten van een opvang- en veiligheidsbeleid en aan het uitvoeren van maatregelen om de opvang en veiligheid te verbeteren. Door te balanceren tussen beleid en uitvoering wordt een structurele verandering in gang gezet.

In de methode TZAS vinden we de vijf stappen uit de arbo-beleidscyclus 'in het klein' terug (zie par. 2.1.7). De TZAS-methode bestaat namelijk uit de volgende onderdelen:

- het bespreken van de eigen beleving van agressie en andere schokkende gebeurtenissen op het werk, waaronder het ventileren van emoties (**willen en weten**);
- het registreren van agressie en andere schokkende gebeurtenissen (**weten**);
- het bespreken van de oorzaken van de knelpunten in de opvang van getroffen medewerkers (**wegen**);
- het bespreken van de oorzaken van knelpunten in de veiligheid (**wegen**);
- het bespreken van onderlinge normen en waarden rond agressie en andere schokkende gebeurtenissen op het werk (**wegen**);
- het brainstormen over oplossingen voor zowel knelpunten in de opvang als de veiligheid en het nemen van maatregelen (**werken**);
- de genomen maatregelen en de effecten ervan evalueren (**waken**);
- het opzetten van controle systemen op de genomen maatregelen en de effecten ervan (**waken**).

Bij het uitvoeren van TZAS worden 2 protocollen gebruikt: het opvang-protocol en het veiligheidsprotocol.²¹ Beide protocollen kennen een globale opbouw in drie fasen: het inventariseren van ervaringen, het analyseren van ervaringen en het oplossen van knelpunten.

– TZAS-opvang

Het TZAS-opvangprotocol is een combinatie van het reconstructie- en herstel-protocol. Met het TZAS-opvangprotocol worden ervaringen geïnventariseerd en geanalyseerd vanuit het perspectief van de beleving van betrokkenen. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in de opvang.

Door opvang in het werkoverleg te introduceren worden ervaringen met agressie en schokkende gebeurtenissen verwerkt.

TZAS-opvang heeft ook belangrijke effecten op het werkklimaat en de samenwerking. Doordat na een schokkende gebeurtenis op zorgvuldige wijze met betrokkenen wordt omgegaan, ontstaat een klimaat waarin men tevens zorgvuldig kan praten over oorzaken en gevolgen van een gebeurtenis.

Doordat oorzaken en gevolgen beter in kaart worden gebracht, ontstaat er gelegenheid om oplossingen te zoeken die goed aansluiten op de praktijk.

– Van opvang naar veiligheid

De ervaring leert dat bij het ontbreken van opvang, de getroffen medewerkers zich niet goed begeleid voelen, en bij het onderzoeken van oorzaken niet het achterste van hun tong willen laten zien. Hierdoor is het eveneens moeilijker geworden om oorzaken en gevolgen te traceren, en blijft het treffen van adequate maatregelen een moeilijke kwestie. TZAS-opvang creëert als het ware de condities om met betrokkenen over veiligheid te praten.

– TZAS-veiligheid

Naast TZAS-opvang kent de methode ook TZAS-veiligheid. Met het veiligheidsprotocol worden ervaringen geïnventariseerd en geanalyseerd vanuit het perspectief van veiligheid. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in de veiligheid. Het veiligheidsprotocol is vergelijkbaar met het TZAS-opvangprotocol: vertrouwelijkheid, geen kritiek op elkaar en gelegenheid om gezamenlijk bij de problemen stil te staan. Hierdoor wordt de angst voor beoordeling en beschuldiging weggenomen, waardoor de deelnemers bereid zijn (ook) kritisch te kijken naar de eigen werkwijze.

Het verbeteren van de veiligheid middels TZAS heeft een aantal voordelen:

- door de werkwijze worden in korte tijd oorzaken onderzocht, maatregelen bedacht en prioriteiten gesteld;
- doordat er voortdurend aan de veiligheid wordt gewerkt, is er sprake van een continue verbetering;
- middels deze benadering wordt bereikt dat er meer, meer praktische en minder kostbare maatregelen worden gerealiseerd;
- er ontstaat een grote betrokkenheid van medewerkers bij het veiligheidsbeleid van de organisatie.

In organisaties waarin het veiligheidsbeleid in de staf wordt vormgegeven, ontstaan veelal twee problemen. Het eerste probleem is dat het draagvlak voor het beleid te smal is. Dit wordt veroorzaakt doordat medewerkers slechts bij het inventariseren van onveiligheid geraadpleegd worden en zij bij het formuleren van maatregelen slechts in beperkte mate betrokken worden. Het tweede probleem is dat vooral de grote problemen in kaart gebracht worden en er vooral aan omvangrijke en kostbare maatregelen gedacht en gewerkt wordt. Het is immers vrijwel onmogelijk om vanuit een staf een veelheid aan kleine maatregelen op afdelingsniveau uit te laten voeren.

3.5.3 Voorwaarden voor TZAS

Belangrijkste voorwaarde bij TZAS is dat teams vanuit het management ruimte krijgen om een aantal maatregelen te realiseren, dat managers een ondersteunende rol spelen, en dat wanneer dat nodig blijkt te zijn ook aan omvangrijker maatregelen uitvoering wordt gegeven. Het is immers zeer frustrerend wanneer een team aan kleinere maatregelen zelfstandig uitvoering geeft, maar de grotere maatregelen niet gerealiseerd worden door gebrek aan steun en middelen vanuit de leiding van de organisatie.

Wanneer TZAS-opvang en TZAS-veiligheid op een regelmatige basis afwisselend gevoerd worden, ontstaat een systeem waarin opvang en veiligheid samenhang gaan vertonen die anders veelal ontbreekt.

De implementatie van TZAS

Om TZAS te implementeren, moeten 5 maatregelen getroffen worden:²²

1 Team-bijeenkomsten

Door presentatie van doel en vorm van TZAS wordt draagvlak gecreëerd. Om te tonen dat TZAS door de organisatie uitgevoerd kan worden, geven gespreksleiders een demonstratie. Ondersteunende instrumenten worden toegelicht.

2 Training gespreksleiders

Deelnemers leren de gespreksprotocollen toepassen, de bijbehorende technieken en instrumenten, achtergronden van verwerking en opvang.

3 Begeleiding gespreksleiders

Omdat het toepassen van de gespreksprotocollen in bestaande groepen om afstemming vraagt, worden gespreksleiders gedurende gemiddeld drie sessies begeleid. Daarbij wordt vooral stilgestaan bij groepsdynamische aspecten. De intensiteit van de begeleiding is naar behoefte.

4 Invoering registratie-instrumenten

Omdat het van belang is te zorgen dat TZAS niet tot een praat-cultuur leidt, moeten concrete resultaten zichtbaar gemaakt worden. Daartoe moeten registratie-instrumenten worden ingevoerd die duidelijk illustreren hoe de aard en omvang van agressie en schokkende gebeurtenissen zich ontwikkelen.

5 Produkt-schouw

Omdat TZAS leidt tot concrete resultaten in teams, wordt na een periode van een aantal maanden de implementatie afgerond met een schouw, waarbij vertegenwoordigers van teams elkaar hun resultaten presenteren. Dit leidt tot een vorm van kruisbestuiving.

Noten

- 1 De firma Lundbeck BV biedt APZ-en aan om, in de periode 1995-1996, kennis te nemen van verschillende trainingen en maatregelen in de aanpak van agressie en haar nadelige gevolgen.
- 2 Buijssen, 1995
- 3 Hilken & Huisintveld, 1995
- 4 Steinmetz, 1990
- 5 Steinmetz, 1992
- 6 Carlier, Lamberts & Gersons, 1994
- 7 Hilken & Huisintveld, 1995
- 8 Steinmetz, 1990
- 9 Carlier et al., 1994
- 10 Buijssen, 1995
- 11 Van der Hart, 1991
- 12 Steinmetz, 1992
- 13 Leppanen & Olkinuora, 1987; Lanza, Kayne, Hicks & Milner, 1991
- 14 Eijken, 1993
- 15 Bijvoorbeeld door daartoe geselecteerde medewerkers op te leiden tot 'opvang'.
- 16 Carlier et al., 1994
- 17 Relatief ernstige incidenten zijn bijvoorbeeld bedreiging, fysieke agressie, (poging tot) suïcide, brand. Ook kan er reden zijn voor opvang als een getroffene na een gebeurtenis stressreacties vertoont, zoals concentratieproblemen, sterke woede.
- 18 Het gaat hier om het aftap-, reconstructie- en herstel-protocol. Deze protocollen zijn speciaal ontwikkeld voor de opvang van werknemers op de werkplek. De protocollen zijn eigendom van STEINMETZ advies & opleiding.
- 19 TZAS is oorspronkelijk bedoeld voor het bespreken van relatief kleine incidenten die in het recente verleden hebben plaatsgevonden. In de praktijk worden in de beginperiode van TZAS ook vaak grote incidenten uit het verleden ingebracht. TZAS heeft dan de functie van het plagen van achterstallig onderhoud (zie verder par. 3.4.3).
- 20 Het duidelijk maken dat elke medewerker deskundig is, vergroot het individuele gevoel van controle en leidt tot een grotere collectieve beheersing van agressie.
- 21 Deze protocollen zijn speciaal ontwikkeld voor de opvang en veiligheid van werknemers op de werkplek. De protocollen zijn eigendom van STEINMETZ advies & opleiding.
- 22 Ter ondersteuning van de implementatie van de methode TZAS zijn, met subsidie van het ministerie van Justitie drie video's vervaardigd: een introductie-video over de doelen en resultaten van TZAS, een instructie-video over TZAS-opvang en een over TZAS-veiligheid.

**DEEL II Agresie en schokkende
gebeurtenissen in Psychiatrisch
centrum Bloemendaal**

4 Achtergrond van het project

‘Agressie en Schokkende gebeurtenissen’

Alle APZ-en zijn sinds 1994 wettelijk verplicht een gericht beleid in te voeren ter voorkoming van agressie, geweld en seksuele intimidatie en de nadelige gevolgen hiervan. Psychiatrisch centrum Bloemendaal heeft hierbij het voortouw genomen. In 1991 is op Bloemendaal het project ‘Agressie en Schokkende gebeurtenissen’ gestart. Eerst is een risico-inventarisatie uitgevoerd naar agressie en andere schokkende gebeurtenissen. Vervolgens is een projectplan opgesteld waarin doelstellingen en beleidskeuzen zijn vastgelegd. Een en ander heeft geresulteerd in een plan van aanpak waarin enerzijds aandacht is voor opvang van medewerkers na incidenten en anderzijds voor veilig werken op risicovolle afdelingen.

4.1 Meer over Psychiatrisch centrum Bloemendaal

Bloemendaal kent naast voorzieningen voor algemene psychiatrie ook afdelingen voor jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie, psychogeriatrie, verslavingszorg en intensieve behandeling. Verder zijn op het terrein een polikliniek en een centrum voor dagbehandeling gevestigd. Bovendien heeft Bloemendaal in 1994 een woonwijk geopend waar zowel chronisch psychiatrische patiënten een eigen appartement bewonen, als medewerkers van Bloemendaal (met hun gezin) wonen.

Over de patiënten:

- jaarlijkse opname van circa 1500 patiënten, van wie 90% vrijwillig
- 650 behandelplaatsen (100 stoelen, 550 bedden)
- 32.000 poliklinische consulten per jaar
- aan 180 patiënten biedt Bloemendaal een blijvende woonplaats.

Over de werknemers:

- Bloemendaal biedt werk aan 1150 personen
- twee derde van de werknemers is direct betrokken bij de behandeling en verzorging
- iets meer dan de helft van de medewerkers werkt op deeltijdbasis

(Psychiatrisch centrum Bloemendaal, 1994).

De organisatiestructuur van Bloemendaal is als volgt: er is een directoraat patiëntenzorg en een algemeen directoraat. Hieronder vallen acht behandelcircuits, een activiteiten- en (para)medische dienst en de opleidingen tot specialist.

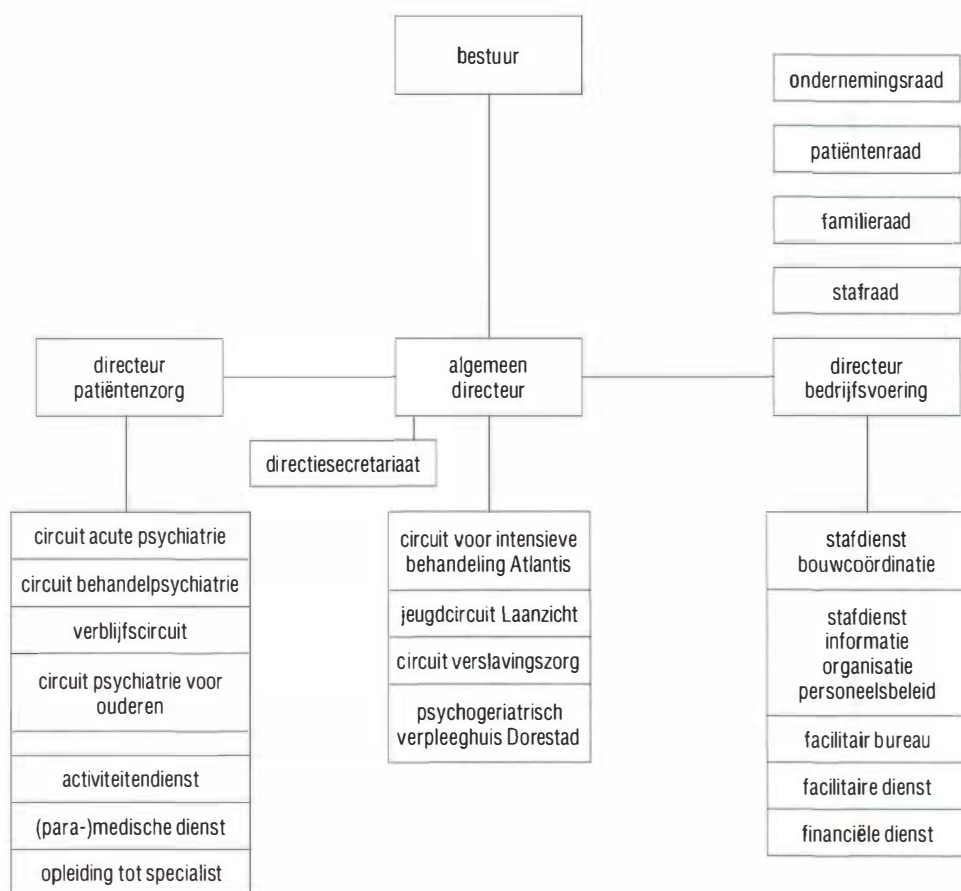
De **behandelcircuits** zijn samengesteld op basis van overeenkomsten in de behandeldoelstellingen. Ieder circuit bestaat uit ongeveer vier zorgeenheden; op de zorgeenheid verblijven 10-20 patiënten.

Ieder circuit wordt geleid door een circuitmanager (beheerfunctie) en een behandelaar. De zorgeenheid valt onder de verantwoordelijkheid van een zorgcoördinator die tevens verpleegkundig afdelingshoofd is. De zorgcoördinator geeft leiding aan een multi-disciplinair team dat zorg draagt voor de behandeling en begeleiding van de patiënten.

De circuitmanager en zorgcoördinator vormen samen het lijnmanagement.

Een derde directoraat is de bedrijfsvoering. Hieronder vallen de dienst IOP (Informatisering, Organisatie en Personeelsbeleid), bouwcoördinatie, facilitaire zaken en financiële zaken.

Organogram Bloemendaal/Dorestad



4.1.1 Streven naar kwaliteitszorg

De laatste jaren heeft Psychiatrisch centrum Bloemendaal verscheidene vernieuwingen doorgevoerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Bloemendaal heeft ten eerste

gekozen voor een vergaande decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de organisatie. De acht behandelcircuits en de diensten van de bedrijfsvoering functioneren relatief autonoom. Elk circuit en elke dienst is zelf verantwoordelijk voor alle aspecten van de bedrijfsvoering: van de voorbereiding tot (de controle over) de realisatie.

Bloemendaal heeft ten tweede een klantgerichte benadering ingevoerd: er wordt gestreefd naar een continue verbetering van de kwaliteit in het behandelaanbod en de dienstverlening. Op het gebied van de patiëntenzorg komt dit streven tot uiting in een differentiatie van behandelmethoden.

Daarnaast staat het respecteren van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt centraal. Zo wordt de woonfunctie van Bloemendaal zoveel mogelijk los gezien van de behandel functies en streeft Bloemendaal naar meer eenpersoons-kamers. In de facilitaire dienst is reeds veel ervaring opgedaan met een klantgerichte benadering (van patiënten en medewerkers) en het evalueren van de kwaliteit van de klantgerichte dienstverlening. De opgedane ervaring wordt vertaald naar de behandelsector en via trainingen 'klantgericht werken' doorgegeven.

Bloemendaal streeft ten derde naar een professionalisering van de organisatie. Ter verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering zijn alle afdelingen die zich bezighouden met het facilitair management samengebracht in één bedrijf. Hierdoor wordt de professionele kennis beter gebundeld en benut en is er meer eenheid in het beleid. Ook het in het leven roepen van een centrale hoteldienst, verantwoordelijk voor de schoonmaak, de voedingsassistentie en de textielservice van de circuits, zorgt ervoor dat de klanten beter bediend kunnen worden. Het verbeteren van de behandeling in engere zin wordt bevorderd door wetenschappelijk onderzoek en het opleiden van artsen.

In een *missie* heeft Bloemendaal haar beleid vastgelegd:

'Bloemendaal wil een bijdrage leveren aan de lotsverbetering van mensen met psychische problemen en handicaps, met behulp van behandel- en hoteltechnologie in de ruimste zin van het woord.

In deze context is behandelen ook verplegen, verzorgen, activeren, begeleiden en rehabiliteren. Hoteltechnologie behelst, naast de verzorging van huisvesting en voeding, alle overige diensten die erop gericht zijn het zelfstandig en individueel bestaan van mensen te ondersteunen, met begrip en respect voor individuele mogelijkheden en beperkingen. Wij zijn een psychiatrisch centrum, maar wij beschouwen de activiteiten die in die erkenning besloten liggen, slechts als een onderdeel van hetgeen wij wensen te worden: een zorgonderneming die een ruim assortiment aanbiedt binnen de geestelijke gezondheidszorg.'

(Psychiatrisch centrum Bloemendaal, 1995).

4.1.2 Koploper bij aanpak van agressie

Bloemendaal had verschillende motieven voor het opzetten van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'. In het kader van het streven naar kwaliteitszorg (klantgerichte benadering, professionaliseren) vond men het van belang om ook de aandacht te richten op de arbeidsomstandigheden. Als graadmeter voor de arbeidsomstandigheden is gebruikt het aantal bedrijfsongevallen dat te maken had met agressie. De afdeling Personeel en Organisatie (P&O) heeft de bestaande registraties van bedrijfsongevallen, de FONA- en M&M-registratie¹, geanalyseerd en met elkaar vergeleken, over de periode 1989-1990.

De analyse van de registraties leverde het volgende op:

- het aantal incidenten was veel groter dan aanvankelijk was gedacht;
- de FONA-registratie liet een grote onderrapportage zien ten opzichte van de M&M registratie.

Via de FONA-melding waren gemiddeld 44 geweldsincidenten en 35 (pogingen) tot suïcide gemeld (op jaarbasis). De M&M-registratie liet aanzienlijk meer incidenten zien: circa 500 dwangmaatregelen vanwege (dreigende) agressie of dreigende suïcidaliteit van patiënten (op jaarbasis).

De uitkomst was voor de afdeling P&O aanleiding om een meer gericht agressiebeleid te voeren. Tot dan toe was er geen structurele aandacht voor op **an**gen preventie van agressie. Op een bedrijfsongevallenmelding van agressie of een andere schokkende gebeurtenis werd voor 1992 niet gereageerd met een structureel hulpaanbod. Wel werd soms nagepraat over de gebeurtenis, maar de beleving van de getroffenen kwam daarbij zelden aan bod. Zeker ging de organisatie niet na of de getroffene de gebeurtenis had verwerkt. Initiatieven zoals een werkgroep suïcide die opvang bood aan familie van de patiënt en aan betrokken personeelsleden hielden slechts kort stand, doordat een beleidsmatig kader ontbrak.

Directeur patiëntenzorg Van Beest: 'De invalshoek van het project "Agressie en Schokkende gebeurtenissen" was personeelszorg. Sinds 1980 bestond in Bloemendaal de verplichting incidenten aan de FONA-commissie te melden. Iedere melder kreeg een keurig bedankbriefje maar dit werd steeds meer als een loos gebaar ervaren, want daar bleef het veelal bij.

Op een studiedag in 1989 over separeren vertelde de heer Van der Gaag over de commissie geweldsincidenten in APZ Endegeest. Dit was een commissie die opvang na agressie en schokkende gebeurtenissen regelt. Van veel verpleegkundigen kwam toen de roep om actie. Ook ikzelf kon mij daarin vinden.

Ik voel mij zeer betrokken bij dit project; dit heeft te maken met een eigen ervaring. In 1979 ben ik ernstig bedreigd door een patiënt. Daarna heb ik jaren aan ju-jitsu gedaan, waardoor ik mij weerbaarder voelde. Het was in die tijd moeilijk de werkgever voor de aanpak van agressie te interesseren. Uiteindelijk kwamen er enige lessen zelfverdediging, voor geïnteresseerden en te volgen in eigen tijd. Ik vind het echter de taak van de werkgever om actief mee te denken met medewerkers over de aanpak van agressie'.

Het veiligheidsbeleid was voornamelijk gericht op technopreventieve maatregelen ter voorkoming van criminaliteit en brand op het terrein en in de gebouwen. Incidenteel werden maatregelen in de sfeer van sociopreventie genomen, zoals het organiseren van cursussen zelfverdediging en geweldloze weerbaarheid. Deelname aan de cursus was echter niet verplicht.

Het ontbreken van een adequaat antwoord op de bedrijfsongevallenregistratie vormde de directe aanleiding tot het agressieproject. Daarnaast was de vernieuwing van de Arboret die in aantocht was, een achterliggende reden. Aangezien specifieke kennis rondom deze problematiek ontbrak, is extern advies ingewonnen.

4.1.3 Organisatievernieuwing en het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'

Het agressieproject viel samen met grote veranderingen in de organisatiestructuur en werkwijze binnen Bloemendaal (zie par. 4.1.1). Het project kan als een onderdeel van de organisatievernieuwing worden beschouwd. Kort geven we aan hoe het agressieproject is geïntegreerd in de overige bedrijfsdoelstellingen:

- Management-development programma

De trainingen in het kader van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' aan het lijnmanagement zijn onderdeel van een management-development programma. Dit programma is opgezet om de functies van het lijnmanagement te versterken.

- Decentrale aanpak

De aanpak van agressie wordt zoveel mogelijk decentraal, binnen de eigen zorgeenheid en het eigen circuit, aangepakt. Elk circuit heeft hiervoor ook een eigen budget.

- Klantgerichte benadering

Het verbeteren van de arbeidsomstandigheden (opvang bieden en veiliger werken) leidt hoogstwaarschijnlijk ook tot een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening en de behandeling aan de cliënt.

- Professionaliseren

Bloemendaal heeft de missie een professionele zorgonderneming te worden. In het kader hiervan wordt de opgebouwde deskundigheid rondom de aanpak van agressie niet alleen in de eigen organisatie toegepast. Middels lezingen, publikaties en advisering stelt Bloemendaal haar kennis beschikbaar aan andere belanghebbenden.

4.2 Nadere bezinning: een risico-inventarisatie en -evaluatie

Om meer zicht te krijgen op de aard, de omvang, de aanpak en de gevolgen van agressie en andere schokkende gebeurtenissen is het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' gestart met een risico-inventarisatie- en -evaluatie.² Op basis van de risico-inventarisatie is het plan van aanpak opgesteld.

Ongeveer de helft van het behandelgebonden personeel is gevraagd anoniem een vragenlijst in te vullen over de volgende onderwerpen:

- ervaringen in het afgelopen jaar met bedreiging, lichamelijke agressie en seksuele intimidatie door patiënten en bezoekers en ervaringen met suïcide van patiënten;
- de oorzaak van incidenten (naar eigen oordeel) en de aanpak ervan;
- de ervaren steun van collega's en leidinggevend en de werkdruk.

4.2.1 Respondenten

Van de 315 benaderde personeelsleden heeft 70% de vragenlijst ingevuld. De medewerkers zijn in te delen in drie groepen:

- 1 het verpleegkundig personeel;
 - 2 het medisch en sociaal wetenschappelijk personeel (psychiaters, artsen, psychotherapeuten);
 - 3 de maatschappelijk werkers, creatief therapeuten en activiteitenbegeleiders.
- De eerste groep heeft relatief minder vragenlijsten geretourneerd (65%) dan de tweede en derde groep medewerkers (87%).

4.2.2 Omvang van incidenten

In 1991 zijn alle drie de groepen medewerkers geconfronteerd met bedreiging en fysieke agressie van patiënten. Bovendien zijn medewerkers uit groep 1 en 2 (verpleegkundig personeel, maatschappelijk werkers, etc.) ook geconfronteerd met seksuele intimidatie. Van deze drie groepen heeft het verpleegkundig personeel het meeste te maken met agressieve patiënten.

Figuur 6: Ervaring met bedreiging, lichamelijke agressie en seksuele intimidatie door patiënten in 1991 (N=220)

	<i>bedreiging</i>	<i>lichamelijke agressie</i>	<i>seksuele intimidatie</i>
gr.1 verpleegkundig personeel	54%	65%	13%
gr.2 medisch en soc.wetensch. pers.	63%	33%	0%
gr.3 maatsch. werker, act. begl., etc.	33%	22%	6%
Totaal	52%	55%	10%

In totaal heeft 69% van alle deelnemers een of meer situaties meegemaakt waarin hij of zij serieus is bedreigd, geschopt of geslagen, of seksueel is geïntimideerd. In totaal is 39% van de deelnemers een of meer malen geconfronteerd met bedreiging en met lichamelijke agressie. Bijna één op de tien deelnemers is daarnaast ook slachtoffer geworden van seksuele intimidatie in 1991.

Figuur 7: Totaal ervaringen met agressie door patiënten in 1991 (N=220)

	<i>gr. 1</i>	<i>gr. 2</i>	<i>gr. 3</i>	Totaal
bedreiging, of lich. agressie of seksuele intimidatie	75%	63%	47%	69%
bedreiging en lich. agressie	44%	33%	11%	38%
bedreiging en lich. agressie en seksuele intimidatie	11%	0%	3%	9%

Opvallend is dat circa een kwart van de deelnemers die maandelijks worden getroffen dit als weinig ervaart, of er neutraal tegenover staat ('het doet me niets').

4.2.3 Aard van incidenten

Medewerkers is gevraagd naar hun ervaringen met bedreiging, lichamelijke agressie, seksuele intimidatie en (pogingen tot) suïcide van patiënten. We geven hier de verschillende categorieën ervaringen weer.

– Bedreiging

'Ik zat samen met mijn collega in het kantoor, het was een uur of drie in de nacht. Een patiënt kwam het kantoor binnen en blokkeerde de uitgang. Hij nam een dreigende houding aan en begon te vloeken en te schelden en bedreigen ('ik zal jullie wat aandoen'). Hij hield ons ongeveer een halfuur gegijzeld. Toen liep ie weg. Ik was ontzettend kwaad. Ik vroeg me telkens af waarom mij dit was overkomen.'

Ruim de helft (52%) van het personeel is in 1991 door een patiënt serieus bedreigd. De deelnemers geven aan over het algemeen bedreigd te worden met slaan, schoppen en bijten. Een dreigement kan ook bestaan uit een toespeling van de patiënt dat hij zichzelf of een ander 'wat aan zal doen'; ruim een kwart van de personeelsleden is dit overkomen. Andere dreigementen zoals: 'Ik neem je nog een keer te grazen!'; en het dreigen met een (gevaarlijk) voorwerp, met moord of met seksueel geweld komen veel minder voor.

Medewerkers worden op het werk niet alleen bedreigd door patiënten. Ook bezoekers van Psychiatrisch centrum Bloemendaal, zoals familie of vrienden van patiënten, maken zich soms schuldig aan het uiten van dreigementen.

– Lichamelijke agressie

'Ik had avonddienst en een van de twee collega's was ziek. Er was dus te weinig personeel aanwezig. Een patiënte zat met een radio te spelen. Die stond behoorlijk hard. Ik overlegde met mijn collega en besloot die radio af te pakken. Ik ging er rustig op af en vroeg haar de radio af te geven. Toen ik dat tegen haar zei sloeg ze me keihard op mijn rug. Het deed behoorlijk zeer en ik was enorm geschrokken. Ze voegde er later nog aan toe dat ze nog harder had willen slaan. Dat vond ik heel vervelend want ze had me dus bewust geslagen.'

Ruim de helft (55%) van het personeel is het afgelopen jaar lichamelijk agressief bejegend door patiënten. Lichamelijke agressie houdt vooral in dat personeelsleden worden geslagen en geschopt. Daarnaast zien we dat personeelsleden geknepen worden en aan de haren getrokken. Bij lichamelijke agressie wordt zelden een hard of scherp voorwerp gehanteerd.

Voor 38% van de getroffen was het agressieve gedrag dusdanig, dat zij letsel hebben opgelopen, zoals blauwe plekken, een bloedneus, kneuzingen en verwondingen. Van het aantal getroffen heeft 3% medische hulp gezocht.

– Seksuele intimidatie

'Het was nachtdienst en ik liep alleen door een donkere gang. Een patiënt kwam achter mij aan en zei dat hij verliefd op mij was, en hij probeerde me aan te raken. Ik stuurde hem terug naar zijn bed. Even later belde hij naar het kantoor. Mijn collega, ook een vrouw, ging kijken wat er aan de hand was. De patiënt gaf haar een briefje voor mij. Op het briefje stond dat hij echt verliefd op mij was en hij wist ook zeker dat ik verliefd op hem was. Hij schreef dat hij me per se moest spreken. Ik voelde me bedreigd en heb direct een mannelijke collega van een andere afdeling gevraagd met hem te praten.'

Door 10% van het personeel is aangegeven dat zij het afgelopen jaar seksueel is geïntimideerd. Een derde van deze medewerkers heeft drie of meer keer te maken gehad met seksueel ongewenste handelingen.

– (poging tot) Suicide

'Ik begeleidde een aantal patiënten die aan het schilderen en borduren waren. Een patiënt bleef nogal lang op de wc. Ik ging kijken wat er aan de hand was. Hij reageerde niet op mijn roepen, dus maakte ik zelf de deur maar open. Ik zag de patiënt hangen aan een koord dat hij van zijn eigen kleren had gemaakt. Hij zag helemaal rood. Ik ging razendsnel hulp halen en met twee collega's hebben we hem losgemaakt. Ik was enorm geschrokken. Deze patiënt kwam over het algemeen vrolijk op me over, ik had het absoluut niet verwacht.'

Personeel werkzaam in de psychiatrie heeft naast ingrijpende gebeurtenissen op het gebied van agressie en seksuele intimidatie door patiënten, ook te maken met suïcides en suïcidepogingen van patiënten. In 1991 is bijna 40% van de personeelsleden betrokken geweest bij een suïcidepoging en bijna 25% bij een 'geslaagde' suïcide van een patiënt. 'Betrokken geweest bij' wil hier zeggen: het personeelslid kende de patiënt redelijk goed en/of ontdekte de patiënt na de (poging tot) suïcide.

4.2.4 Oorzaken, aanpak en registratie van incidenten

Wil men (de gevolgen van) agressie reduceren dan is het noodzakelijk te weten wat de oorzaak van die agressie is en welke aanpak is vereist. Verder is een betrouwbare registratie van incidenten noodzakelijk om inzicht te krijgen in de ernst van de problematiek en het effect van preventieve maatregelen.

In de risico-inventarisatie is de deelnemers gevraagd naar hun visie op de oorzaken en aanpak van incidenten. Tevens is gevraagd naar de mate waarin incidenten daadwerkelijk worden geregistreerd.

– Oorzaken

Waarom worden patiënten agressief? Aan de getroffen is gevraagd waaraan zij het agressieve gedrag van patiënten toeschrijven. De meest genoemde oorzaken van lichamelijke agressie zijn:

- het ziektebeeld van de patiënt (72%);
- verzet tegen de behandeling of opdracht (54%);
- een poging om aandacht te krijgen (24%).

Veel minder frequent worden genoemd: conflicten of ruzies met personeelsleden, medepatiënten en/of familieleden; een verkeerde aanpak; een verandering in medicatie (3 – 8% van de deelnemers noemen deze oorzaken). Voor het uiten van dreigementen worden in grote lijnen dezelfde oorzaken genoemd.

– Aanpak

Wat zijn de allereerste reacties van de medewerkers als zij worden geslagen of geschopt? De grote meerderheid van de getroffen medewerkers (circa 80%) geeft aan dat zij in eerste instantie rustig blijven: zij vragen de patiënt wat er aan de hand is, proberen de patiënt af te leiden en/of te kalmeren. In ruim de helft van de gevallen maakt de medewerker aan de patiënt duidelijk dat hij niet op een dergelijke wijze behandeld wenst te worden (60% bij lichamelijke agressie, 50% bij bedreiging). Regelmatig roept de medewerker verder de hulp van collega's in en wordt getracht de patiënt af te zonderen (in ca. 40% van de gevallen). Regelmatig wordt ook, al dan niet gedwongen, gekozen voor een lichamelijke aanpak: de patiënt wordt vastgehouden, of in de houdgreep genomen (42% bij lichamelijke agressie, 19% bij bedreiging). Tenslotte gebruikt ongeveer één op de vijf medewerkers zelf ook een vorm van agressie tijdens een incident met een 'lastige' patiënt.

Uit de inventarisatie blijkt dat situaties waarin patiënten agressief zijn, nauwelijks op hun beloop worden gelaten. Het negeren van agressief gedrag van een patiënt wordt zelden als aanpak gehanteerd.

– Registratie

Van alle getroffen heeft 45% de (laatste) lichamelijke agressieve bejegening door een patiënt officieel gemeld door een bedrijfsongevallenformulier in te vullen. Een procent heeft aangifte gedaan bij de politie. Van degenen die letsel hebben opgelopen, heeft 55% een bedrijfsongevallenformulier ingevuld.

4.2.5 Gevolgen van incidenten en werkomstandigheden

Heeft het meemaken van schokkende gebeurtenissen invloed op het psychisch en lichamelijk welbevinden? In de risico-inventarisatie zijn de gevolgen van agressie voor de (geestelijke) gezondheid van medewerkers onderzocht. Tevens is geïnventariseerd hoe de werkdruk en sociale steun worden ervaren. De werkomstandigheden kunnen namelijk invloed hebben op de gevolgen en aanpak van agressie.

– Gevolgen

Personeelsleden die het afgelopen jaar drie of meer incidenten hebben meegemaakt (lichamelijke agressie, bedreiging) hebben meer klachten dan hun collega's die minder of geen incidenten hebben meegemaakt. Het gaat om de volgende klachten: slachtoffers van lichamelijk agressieve bejegeningen rapporteren vaker straatvrees, angstgevoelens, depressieve klachten, wantrouwendheid, vijandigheid, agressie, slaapproblemen en gezondheidsklachten; slachtoffers van bedreiging hebben iets vaker last van straatvrees en gezondheidsklachten.

– Werkomstandigheden

Ongeveer een derde van het totaal aantal deelnemers (31%) ervaart de *werkdruk* als hoog. Zij voelen zich vaak overbelast, vinden het tempo van werken hoog en kennen weinig momenten om het rustiger aan te doen. Van het medisch en sociaal wetenschappelijk personeel ervaren veel meer personeelsleden de werkbelasting als hoog (60%).

De ervaren steun, zoals waardering voor het eigen werk, kunnen rekenen op je collega's en leidinggevend, op het werk over eigen problemen kunnen praten, is voor 60% van het verpleegkundig personeel en therapeutisch en begeleidend personeel voldoende. Van medisch en sociaal wetenschappelijk personeel ervaart circa 40% voldoende steun. Dit lijkt erop te wijzen dat ongeveer de helft van de deelnemers meer steun van collega's en leidinggevend wenst.

4.2.6 Risico-evaluatie

Een grote meerderheid van het personeel dat is betrokken bij de directe zorg voor psychiatrische patiënten heeft jaarlijks te maken met agressief gedrag van patiënten. Zij lopen bij lichamelijke agressie regelmatig letsel op. Verder heeft de slachtofferervaring voor een derde van de medewerkers (ernstige) psychische en lichamelijke klachten tot gevolg.

Met name de opeenstapeling van schokkende gebeurtenissen vormt een zeer groot gezondheidsrisico. De aandacht van Bloemendaal voor agressie en schokkende gebeurtenissen is dus zeer noodzakelijk.

Opvallend is dat de hoofdoorzaak van agressie in het ziektebeeld van de patiënt wordt gezocht. De consequentie van deze opvatting is dat de agressie niet valt aan te pakken omdat de patiënten nu eenmaal ziek zijn en therapie slechts op termijn effect zal hebben. Een cultuurverandering is dus voorwaarde om (de gevolgen van) incidenten op de werkvloer te verminderen.

De registratie van bedrijfsongevallen op Bloemendaal is onbetrouwbaar, nog geen 50% van de incidenten met lichamelijk geweld wordt gemeld. Wil men zicht krijgen op de effectiviteit van preventieve maatregelen en het beleid bijstellen aan de hand van de aard, de omvang en de gevolgen van incidenten, dan behoeft de registratie van agressie en andere schokkende gebeurtenissen verbetering.

4.3 Plan van aanpak: projectplan, doelstellingen en beleidskeuzen

In 1992 werd een concept-projectplan opgesteld door de directeur patiëntenzorg Van Beest en extern adviseur Steinmetz. Zij hebben een projectvoorstel gemaakt, met daaraan verbonden een aantal doelstellingen. Dit voorstel was gebaseerd op de uitkomsten van de risico-evaluatie en de visie van Bloemendaal op de aanpak van agressie. In overleg met het management en de afdeling P&O is vervolgens een definitief projectplan opgesteld.

4.3.1 Projectplan

Het projectplan behelsde de volgende zaken:

- het ontwikkelen van een opvangbeleid door directie en circuitmanagers;
- het implementeren van opvang en praktische begeleiding na incidenten; uitgevoerd door zorgcoördinatoren en circuitmanagers;
- het geven van voorlichting geven over schokverwerking;
- het leren hanteren van agressief gedrag van patiënten;
- het implementeren van Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS) op risicovolle afdelingen, uitgevoerd door zorgcoördinatoren;
- het opzetten van een registratieproject 'agressie, schokkende gebeurtenissen, oorzaken en consequenties';
- het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' volgens het principe van ervarend leren steeds verder uitbouwen.

4.3.2 Doelstellingen

Bloemendaal poogt met het agressieproject de volgende doelen te bereiken:

- afname van het aantal, de duur en de intensiteit van psychosociale en gezondheidsklachten die het gevolg zijn van het meemaken van agressie en andere schokkende gebeurtenissen;
- toename van de ervaren steun en erkenning van collega's en leidinggevendend;
- toename van het vertrouwen in collega's;
- toename van het gevoel van veiligheid;
- afname van het aantal incidenten;
- zicht krijgen op de effectiviteit van de genomen maatregelen en op basis daarvan het agressiebeleid bijstellen.

4.3.3 Beleidsmatige keuzen

Bloemendaal heeft een aantal keuzen gemaakt in de aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen.

Ten eerste is uitdrukkelijk niet gekozen voor een enkele cursus die verpleegkundigen leert met agressie om te gaan, maar voor een brede aanpak gericht op het verbeteren van zowel de opvang als de veiligheid. Een belangrijk element hierin is het streven de medewerkers een andere kijk te geven op agressie en schokkende gebeurtenissen. Bloemendaal tracht een cultuur te creëren waarin medewerkers grenzen stellen ten aanzien van agressief gedrag van patiënten ('ik pik jouw agressie niet') en kritisch onderzoeken welke bijdrage zijzelf (en de organisatie) leveren aan de oorzaken en gevolgen van incidenten.

Een tweede beleidskeuze is dat de verantwoordelijkheid voor de opvang en veilig-

heid wordt neergelegd bij het lijnmanagement. Met name de zorgcoördinatoren spelen hierin een centrale rol: zij voeren de opvang en praktische begeleiding uit. Alleen in uitzonderlijke gevallen wordt doorverwezen naar het bedrijfsmaatschappelijk werk of een externe deskundige. Verder overlegt het team, onder leiding van de zorgcoördinator, regelmatig over de veiligheid van de werksituatie (denk daarbij aan onveiligheid van het gebouw, huisregels, aantal patiënten, etc.).

Een derde beleidskeuze is het creëren van een draagvlak voor de aanpak van agressie. Knelpunten in de opvang en veiligheid worden zoveel mogelijk zelf door het afdelingsteam van de zorgeenheid opgespoord en opgelost. Zij worden daarbij ondersteund door het management en een werkgroep. Samengevat:

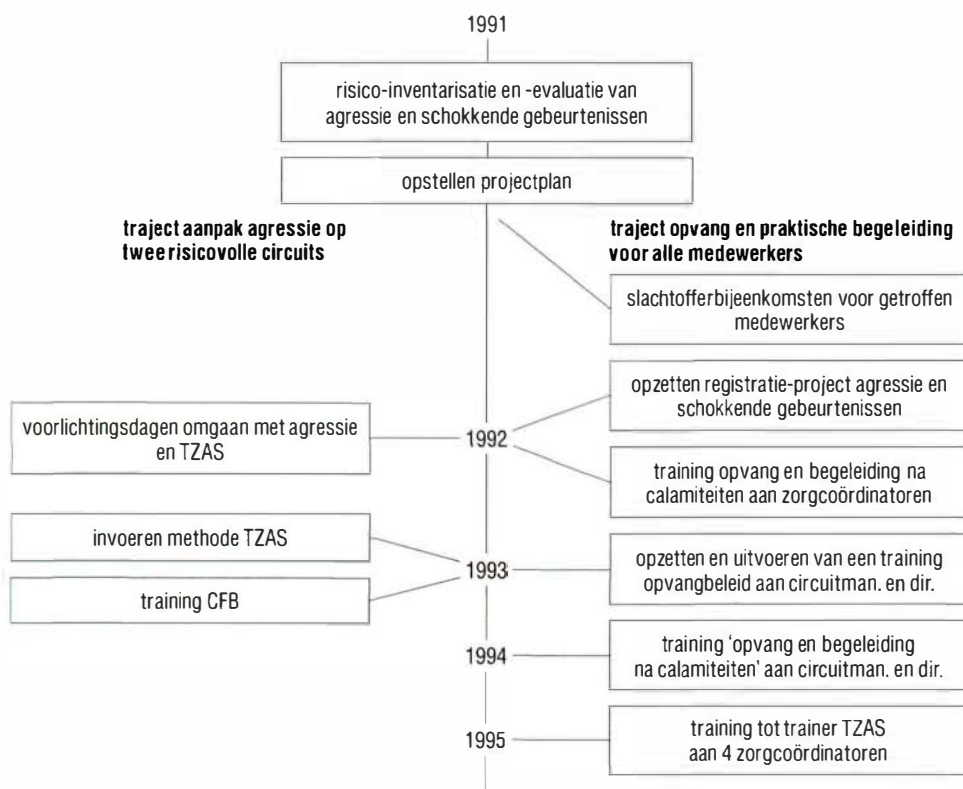
- een brede aanpak van het probleem;
- het lijnmanagement draagt de verantwoordelijkheid;
- een draagvlak creëren voor de aanpak.

4.4 Project in kort bestek

Het projectplan is concreet uitgewerkt in een veelheid aan activiteiten. Globaal zijn deze in te delen in:

- een traject gericht op het invoeren van opvang en praktische begeleiding voor alle medewerkers;
- een traject gericht op de aanpak van agressie op twee risicovolle circuits.

Start activiteiten project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'



4.4.1 Traject 'opvang en praktische begeleiding'

Eind 1991 is het traject ingeluid met slachtofferbijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten konden getroffen personeelsleden hun ervaring met agressie of een andere schokkende gebeurtenis delen met anderen, onder leiding van een ervaren gespreksleider.

In 1992 is een training in opvang en praktische begeleiding na calamiteiten gegeven aan bijna alle zorgcoördinatoren en enkele medewerkers van ondersteunende functies. In de training werd duidelijk dat de deelnemers niet goed wisten hoe de opvang op de eigen zorgseenheid kon worden toegepast. Naar aanleiding hiervan is besloten om het 'opvangtraject' uit te breiden met trainingen voor het hoger management.

Eind 1993 zijn workshops opzetten en uitvoeren van een opvangbeleid gegeven aan de circuitmanagers en directie. Hierin is onder andere gewerkt aan het opstellen van een opvangdraaiboek en het formuleren van een opvangmissie. Eind 1994 is een tweede training opvang en praktische begeleiding na calamiteiten gegeven. Deze keer voor circuitmanagers en directie. Ook enkele nieuw aangestelde zorgcoördinatoren hebben aan deze training deelgenomen.

In de periode 1992-1993 is tevens gewerkt aan het verbeteren van de registratie van agressie en schokkende gebeurtenissen, zodat meer zicht wordt verkregen op de aard en de omvang van incidenten en het verloop van de opvang.

Bloemendaal hoopt met de bovenstaande activiteiten de opvang en praktische begeleiding na agressie en schokkende gebeurtenissen te verbeteren. Uiteraard wordt niet verondersteld dat de maatregelen voor alle getroffen personen zonder meer succes hebben. Bepaalde risicofactoren blijven bestaan. De opvang zal onvoldoende blijken te zijn wanneer bijvoorbeeld een getroffen persoon meermalen een schokkende gebeurtenis meemaakt, of wanneer ook andere stressbronnen een rol spelen. In die gevallen is doorverwijzing naar de professionele hulpverlening noodzakelijk.

4.4.2 Traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits'

Het tweede traject is opgezet voor de circuits Atlantis en Lucas Lindeboom Kliniek (LLK). Op deze circuits deden zich namelijk aanzienlijk meer incidenten voor dan op de overige circuits het geval is.

Naast relatief ernstige incidenten hebben de medewerkers van Atlantis en LLK ook dagelijks te maken met kleinere incidenten, zoals scheldpartijen, pesterijen en lichte vormen van automutilatie. Het bieden van opvang, zoals de zorgcoördinatoren in het traject opvang en praktische begeleiding hebben geleerd, is voor deze zogenoemde risicovolle circuits onvoldoende.

Centraal in het traject stond het invoeren van de methode TZAS (Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen). TZAS is een regelmatig plaatsvindend groepsgesprek van samenwerkende collega's, liefst met hun leidinggevende als gespreksleider, over opvang na agressie en schokkende gebeurtenissen en veilig(er) werken op de afdeling.

Het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits' is 1992 gestart met voorlichtingsdagen omgaan met agressie en TZAS voor alle medewerkers van de beide circuits.

In 1993 en 1994 is vervolgens de methode TZAS ingevoerd. Het invoeren van de methode TZAS bestond uit:

- scholing van de zorgcoördinator tot gespreksleider van het Teamgericht Zorgoverleg en tot initiator van het verbeteren van de opvang en veiligheid op de zorgeenheid;
- enkele teambijeenkomsten rondom de aanpak van agressie op de zorgeenheid;
- het invoeren van evaluatie-instrumenten: een registratie van incidenten en slachtofferervaringen en een produktschouw (een presentatie van het verloop en de uitkomsten van TZAS).

In 1993 hebben de zorgeenheden die veelvuldig te maken hebben met (dreiging van) fysieke agressie ook een training in controle en fysieke beheersing (CFB) gevolgd. In deze training kregen de deelnemers praktische vaardigheden aangereikt voor het omgaan met (dreigend) agressief gedrag.

Op basis van de ervaringen in het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits' is besloten TZAS ook op de andere zorgeenheden in te voeren. Hierbij is gekozen voor het invoeren van TZAS volgens het 'train de trainer'-model. Dat wil zeggen dat geselecteerde medewerkers zijn opgeleid tot het geven van de training TZAS.

In de volgende hoofdstukken worden de belangrijkste activiteiten van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' nader belicht.

Noten

- 1 Het betreft hier de meldingen in het kader van 'fouten- en (bijna) ongevallen-registratie' (FONA), tegenwoordig Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) genoemd en de 'Middelen en Maatregelen' (M&M) registratie.
- 2 Van de Velden, Herpers & Steinmetz, 1992; Van de Velden & Herpers, 1994

5 Activiteit 1: slachtofferbijeenkomsten

Het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' is in 1991 gestart met zes slachtofferbijeenkomsten, georganiseerd voor medewerkers die in de jaren daarvoor een schokkende gebeurtenis hadden meegemaakt. Tijdens de bijeenkomsten konden personeelsleden in groepsverband praten over de eigen ervaringen met agressie en schokkende gebeurtenissen.

Degenen die in de twee voorgaande jaren een incident hadden gemeld, kregen een persoonlijke uitnodiging. Verder zijn belangstellenden via het personeelsblad attent gemaakt op de bijeenkomsten. In totaal hebben 39 medewerkers deelgenomen aan één van de bijeenkomsten.

5.1 Doel van de slachtofferbijeenkomsten

De slachtofferbijeenkomsten hadden als doel in groepsverband aandacht te schenken aan negatieve ervaringen van medewerkers op het werk. Door middel van groepsopvang kan de eventueel gestagneerde verwerking van de negatieve ervaring op gang worden gebracht.

De slachtofferbijeenkomsten zijn ook georganiseerd om medewerkers duidelijk te maken dat de directie de confrontatie met agressie en schokkende gebeurtenissen serieus neemt: 'Het is een welgemeend gebaar naar alle personeelsleden die incidenten gemeld hadden en slechts een briefje terug ontvingen.' Aldus de directeur patiëntenzorg.

5.2 Inhoud van de slachtofferbijeenkomsten

Iedere bijeenkomst is geopend door de directeur patiëntenzorg met een inleiding over de achtergronden van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'. Vervolgens kregen de deelnemers voorlichting over schokverwerking. Hierin kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- kenmerken van een schokkende gebeurtenis;
- kenmerken van secundaire victimisatie;
- stressreacties na een schokkende gebeurtenis.

Na de voorlichting over schokverwerking namen de medewerkers deel aan taakgerichte groepsopvang. Een dergelijke groepsopvang bestaat uit een intensief gesprek over de beleving van een schokkende gebeurtenis, onder leiding van een gespreksleider. Aan het gesprek zijn een aantal spelregels verbonden, zoals vertrouwelijkheid en geen kritiek geven op elkaar.

Tijdens de groepsopvang hebben de deelnemers die schokkende gebeurtenis besproken die hen altijd het meest is bij gebleven. In het gesprek zijn de volgende aspecten aan de orde geweest:

- de emoties die de ervaring oproep;
- wat precies is gebeurd (reconstructie van het incident);
- de wijze waarop de getroffen persoon ingrijpende gebeurtenissen verwerkt (coping-stijl);
- de integratie van het incident in het persoonlijk leven.

Een fictief fragment uit een slachtofferbijeenkomst

'Wat heb je precies meegemaakt?'

'Het gebeurde op een vrijdagmiddag om 15.00 uur. Ik zat in het kantoor en gaf uitleg aan een nieuwe medewerker. Toen hoorde ik een hoop onrust op de gang. Ik loop weg uit het kantoor om te kijken wat er aan de hand is. Het eerste wat ik zie is een patiënt die met een mes loopt. In de gang wordt de patiënt door een aantal medewerkers vastgepakt. Ze houden hem met moeite in bedwang. Ik ga me ermee bemoeien door op de alarmbel te drukken en met mijn hand tegen zijn borst te drukken en hem bij de keel te grijpen. De patiënt is zeer kwaad en dreigt mij met: 'Ik zal je van kant maken en je te pakken nemen.' Zijn agressie was duidelijk tegen mij gericht. Na dit incident heb ik kort nagepraat met mijn collega's, waarna ik weer door ben gegaan met de uitleg aan de nieuwe medewerker.'

'Wat riep dat bij je op en wat maakte de meeste indruk?'

'Ik voelde me niet prettig. Ik was helemaal 'shaky' en m'n hart bonkte enorm. De meeste indruk maakte de dreigende taal, dat hij me te pakken zou nemen op een onbewaakt moment. Het dreigen begon toen hij door vier man werd vast gehouden en ik mij er met mijn lichaam tegen aanzette en hem bij de keel greep.'

'Wat gebeurde na het incident?'

'Ik zat behoorlijk te piekeren: straks pakt hij me op de slaapkamer of ergens ineens op de afdeling, of misschien kom ik hem wel op straat tegen. Tijdens het gesprek met mijn collega's zette ik vraagtekens bij het grijpen naar de keel. Zij gaven mij geen ongelijk.

Het weekend daarna was ik vrij. Ik heb het gebeuren met mijn partner besproken, die het voor kennisgeving aannam. Ik was het hele weekend bezig met te bedenken hoe die patiënt zou reageren.'

'Wat waren de gevolgen?'

'De gevolgen waren voor mij, dat ik me nu beter kan voorstellen wat collega's eerder hebben doorgemaakt na een dergelijke ervaring met een patiënt. Enkele weken was ik meer op mijn hoede dan anders. Het weekend heb ik slecht geslapen. Maandag op het werk was de eerste vraag of de patiënt nog in de separeer zat. Dat was het geval.'

'Wat heb je gedaan om de gevolgen te verminderen?'

'Om de gevolgen te verminderen heb ik een verzoeningsgesprek met de patiënt gehouden. Mijn schuldgevoel bleef over het naar de keel grijpen. De patiënt had dit inderdaad heel naar gevonden.'

'Welke stijl van verwerken heb je gehanteerd?'

'Mijn leefregel bij dit verwerken was: er niet te veel aan denken, want daar voel ik mij prettig bij. Als de situatie zich weer voor zou doen, dan zou ik hetzelfde handelen, ook het naar de keel grijpen. Het is hij of ik. Tijdens de opleiding heb je niet geleerd hoe je zo iemand moet beetpakken. Er worden hierover op de afdeling geen afspraken gemaakt. Misschien is het beter dit wel te doen.'

5.3 Evaluatie door de deelnemers

Aan alle deelnemers is gevraagd hoe ze de bijeenkomst ervaren hebben. Hieronder volgt een samenvatting van de reacties op de zes bijeenkomsten.

De deelnemers vonden de bijeenkomst over het algemeen leerzaam en nuttig. Velen vonden het een opluchting om te horen dat meer mensen dergelijke gebeurtenissen meemaken. Anderen vonden het juist schokkend om te horen waar collega's allemaal mee geconfronteerd worden.

Sommigen merkten dat ze de ervaring nog niet hadden verwerkt. Een enkeling vond het moeilijk om de eigen ervaring (in een groep) te vertellen, terwijl voor andere deelnemers juist het vertrouwelijke karakter van de bijeenkomst de ruimte gaf om de eigen ervaring te delen met collega's.

Enkele deelnemers noemen de slachtofferbijeenkomst tenslotte 'een erkenning van de problematiek door de organisatie'.

Enkele reacties op een slachtofferbijeenkomst:

- 'Die term slachtoffer, dat vond ik eerst maar niks. Een beetje overdreven, alsof er voor mij gezorgd moest worden. Tijdens de bijeenkomst ontdekte ik echter hoeveel last ik nog had van een incident van drie jaar terug.'
- 'Ik vond het heel moeilijk om in een groep te praten, ik zag er vreselijk tegenop, achteraf viel het mee, ik had veel herkenning en voel me nu opgelucht dat ik er over heb kunnen praten.'
- 'Je kunt veel leren van ervaringen van je collega's. Ik vond het herkenbaar en heb met verbazing geluisterd naar sommige situaties.'
- 'Er komt hierdoor weer veel boven, erg confronterend.'
- 'Als invalkracht heb je het eigenlijk extra moeilijk, je hoort nergens bij. Nadenken over een oplossing hiervoor misschien samen met de uitzendkrachten.'
- 'Ik vond het prettig om ook iets van anderen te horen, met name van andere afdelingen.'
- 'Ik vond het boeiend, op zo'n ochtend hoor je van anderen hoe zij zich handhaven in bepaalde situaties.'
- 'In mijn eigen team mis ik deze intimiteit. Er wordt verwacht dat je het allemaal zelf doet.'
- 'Kan het niet altijd zo gaan zoals vandaag, in plaats van alleen een FONA-formulier invullen en een briefje terug krijgen?'

6 Activiteit 2: training in opvang en praktische begeleiding na calamiteiten

Aan het lijnmanagement van Bloemendaal is de training 'opvang en praktische begeleiding na calamiteiten' gegeven, om hen vertrouwd te maken met opvang van getroffen medewerkers. Een eerste training is in 1992 gegeven aan de zorgcoördinatoren en drie personeelsleden van het bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW) en de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ). Een tweede training is in 1994 gegeven aan de circuitmanagers en directie. Daaraan hebben ook vier nieuw aangestelde zorgcoördinatoren deelgenomen.

Bloemendaal wilde met de trainingen het volgende bereiken:

- de zorgcoördinator in staat stellen de opvang van getroffen medewerkers te verzorgen;
- de circuitmanager in staat stellen de opvang van getroffen medewerkers te verzorgen als de 'opvangster'/zorgcoördinator afwezig is, of zelf betrokken is bij een incident;
- de circuitmanager in staat stellen om invulling te geven aan een opvangbeleid (zie ook hoofdstuk 7).

In de training aan de zorgcoördinatoren (1992) lag het zwaartepunt bij het voeren van opvanggesprekken. In de training aan het circuitmanagement (1994) lag de nadruk op de implementatie van de opvang op het eigen circuit en op Bloemendaal als geheel.

6.1 Doel van de training

In hoofdstuk 3 zijn de principes van bedrijfsopvang beschreven. De training is hierop gebaseerd. De training heeft als doelen:

- kennis en ervaring opdoen met opvang en praktische begeleiding aan de hand van drie opvangprotocollen (protocol 1 voor een gesprek direct na het incident; protocol 2 voor een gesprek na circa een week; protocol 3 voor een gesprek na circa een maand) (zie par. 3.4.2);
- het leren onderkennen van de eigen grenzen ('hoe ver ga ik met hulpverleners, wanneer verwijs ik door');
- het vroegtijdig leren signaleren van een stoornis in de verwerking;
- het flexibel leren toepassen van de drie opvangprotocollen binnen Bloemendaal.

In de training lag de nadruk op opvang na relatief ernstige incidenten zoals, fysiek geweld door een patiënt, of een suïcide (poging).

6.2 Inhoud van de training

In de training stonden de volgende vier elementen centraal.

1 Eigen ervaringen bespreken

Met de deelnemers is ten eerste besproken welke ervaring(en) zijzelf hadden met

schokkende gebeurtenissen en op welke manier zij normaliter omgaan met schokkende gebeurtenissen, zoals 'heel veel over praten' of 'niet aan anderen laten zien dat je emotioneel bent'. Ten tweede is besproken welke ervaringen zij reeds hadden met het bieden van opvang (privé en op het werk). Op basis van de uitwisseling van de eigen ervaringen hebben de deelnemers persoonlijke leerpunten voor de training geformuleerd, zoals 'beter leren luisteren zonder te interpreteren', en 'het niet erg vinden als iemand emotioneel wordt'.

'Ik vond het schokkend om te merken wat er bij mij is blijven liggen aan onverwerkte ervaringen. Ik dacht eigenlijk dat ik 'er' goed tegen kon. Door het groepsgesprek over eigen ervaringen ben ik na gaan denken over mijn eigen grenzen ten aanzien van agressie: waar kan ik wel en niet tegen en wat betekent dat voor mij als 'opvanger' in de toekomst.'

2 Voorlichting en instructie rondom schokverwerking

De deelnemers hebben eerst voorlichting gekregen over:

- veel voorkomende stressreacties na een ingrijpende gebeurtenis;
- het verwerkingsproces van een ingrijpende gebeurtenis.

Daarna is aandacht besteed aan het belang van opvang en praktische begeleiding door leidinggevenden en collega's en de gevolgen wanneer sociale steun uitblijft (secundaire victimisatie).

Verder hebben de deelnemers instructie gekregen over het bieden van opvang en praktische begeleiding aan de hand van de drie opvangprotocollen. Ten eerste is uitgelegd welke gesprekstechnieken horen bij de verschillende onderdelen van het opvanggesprek. Ten tweede is uitgelegd op welke wijze deze opvanggesprekken het verwerkingsproces stimuleren.

'Het belangrijkste van de voorlichting vond ik de uitleg over secundaire victimisatie. Dat je door het negeren van iemands emoties, of het te bagatelliseren, mensen als het ware een tweede wond kan toebrengen. Dat had ik me nooit zo gerealiseerd. Ik heb altijd juist de neiging om te zeggen dat het allemaal wel meevalt en dat je de narigheid niet moet overdrijven.'

3 Oefenen met opvang

De deelnemers hebben, met behulp van acteurs en rollenspellen, geoefend in het bieden van opvang. Tijdens de training zijn drie opvanggesprekken gesimuleerd: direct na de gebeurtenis, een week later en een maand later. Een acteur speelde een medewerker die een incident had meegemaakt; om de beurt was een van de deelnemers 'opvanger'.

Na het rollenspel vertelde eerst de 'getroffen medewerker' hoe hij de opvang had ervaren. Daarna gaven de overige deelnemers en trainers feedback op de getoonde vaardigheden (wat ging wel en niet goed en waarom).

'Door het persoonlijk oefenen en het observeren van anderen heb ik me de opvangprotocollen eigen gemaakt, of in ieder geval elementen daaruit. Daarnaast ben ik me ook bewust geworden van mijn eigen reacties op dit soort gebeurtenissen.'

4 Implementatie van opvang op de eigen werkplek

‘Iedereen was enthousiast over de training, wel zijn er veel vragen boven gekomen over de implementatie. Zo hebben we onder andere gediscussieerd over het volgende:

- de meldingsprocedure van incidenten;
- het taxeren van de ernst van incidenten en het verbinden van interventies hieraan;
- voor wie is opvang bedoeld; alleen voor de getroffen(e), of ook voor toeschouwers en anderen die door het incident zijn ‘geraakt’;
- hoe creëer je een cultuur waarin het melden van incidenten en het bieden van opvang normaal wordt.’

De training werd afgesloten met een bespreking van de mogelijkheden en belemmeringen om de opvang in de praktijk toe te passen.

7 Activiteit 3: opvang en beleid

Uit de reacties op de opvangtraining in 1992 aan de zorgcoördinatoren bleek dat naast het leren voeren van opvanggesprekken ook behoefte was aan een structuur voor het toepassen van opvang in de praktijk. Naar aanleiding hiervan zijn de volgende activiteiten ondernomen:

- Werkgroep 'opvang en nazorg'

Bloemendaal heeft een werkgroep 'opvang en nazorg' ingesteld. Deze werkgroep houdt zich bezig met de uitvoering en beleidsmatige ondersteuning van de opvang en begeleiding van getroffen medewerkers.

- Opvangtraining

Aan het circuitmanagement is een opvangtraining gegeven (zie hoofdstuk 6).

- Workshops 'opzetten en uitvoeren van een opvangbeleid'

Aan het circuitmanagement en de directie zijn workshops 'opzetten en uitvoeren van een opvangbeleid' gegeven. De doelen van deze workshops waren:

- het vergroten van het inzicht in stressreacties na agressie en schokkende gebeurtenissen;
- het vergroten van het inzicht in de toepassingsmogelijkheden van opvang na agressie en schokkende gebeurtenissen;
- het formuleren van een opvangbeleid in Bloemendaal (inclusief een analyse van de knelpunten bij de implementatie);
- het leren vormgeven van een opvangdraaiboek en daarbij horende procedures.

Uit de hiervoor genoemde activiteiten zijn een opvangmissie en een kern-opvangdraaiboek voortgevloeid.

7.1 Missie

Om het invoeren van opvang en praktische begeleiding binnen Bloemendaal kracht bij te zetten hebben het management en de directie de volgende missie geformuleerd:

'Bloemendaal probeert de levenssituatie van patiënten te verbeteren met behulp van de hotel- en behandeltechnologie. Bij de meeste behandelingen is goed persoonlijk contact tussen patiënt en behandelaar een voorwaarde. Behandeltechnologie in de psychiatrie vindt in dat contact plaats.

Medewerkers dienen zelf optimaal psychisch te functioneren om tot 'hulpverlening' in staat te zijn. Bloemendaal heeft daarom ook tot taak het psychisch welzijn van medewerkers naar vermogen te bevorderen. Dat geldt in het bijzonder wanneer medewerkers tijdens hun werk geconfronteerd worden met gebeurtenissen die het psychisch goed functioneren (dreigen te) verstoren.

Incidenten, schokkende gebeurtenissen, rampen etc., kunnen de organisatie treffen en dan praktische, financiële, juridische en psychische gevolgen hebben voor patiënten en medewerkers. Op grond van de behandelrelatie heeft Bloemendaal in dezen verplichtingen naar de patiënten. Daarom rekent Bloemendaal het tot zijn taak om zich in te spannen om de kans op calamiteiten zoveel mogelijk te beperken. Ook rekent Bloemendaal

mendaal het tot zijn taak om na incidenten opvang, begeleiding en zo nodig doorverwijzing van medewerkers te regelen. Indien een medewerker het instituut aanklaagt in verband met veiligheid zal Bloemendaal zo nodig bemiddelen bij het zoeken naar rechtsbijstand.'

7.2 Kern-opvangdraaiboek

Bloemendaal heeft voor de organisatie als geheel een kern-opvangdraaiboek ontworpen. Het draaiboek wordt per circuit aangepast aan de specifieke kenmerken van het desbetreffende circuit en de zorgeenheden. In het kern-opvangdraaiboek zijn de volgende aspecten vastgelegd:

- soort calamiteiten waarna het draaiboek in werking treedt;
- wie als 'getroffene' wordt beschouwd;
- voor wie de opvang, praktische begeleiding en organisatorische activiteiten zijn bestemd;
- de kernpunten van de te ondernemen opvang, begeleiding en organisatorische activiteiten.

Enkele fragmenten uit het kern-opvangdraaiboek 'opvang en begeleiding na calamiteiten'

Voor wie zijn de opvang-, begeleidings- en organisatorische activiteiten bestemd?

Voor alle medewerkers, bezoekers en patiënten van Bloemendaal (incl. personeelsleden die op contractbasis diensten verrichten en medewerkers van externe bedrijven werkzaam op Bloemendaal. Ook moet voorzien worden in een aanbod aan mensen op straat (bijv. als een patiënt zich voor een auto gooit). Dit kan een verwijzing zijn naar slachtofferhulp 'Den Haag'.

Eerste organisatorische opvangactiviteiten:

- bij crisisopvang ter plekke opvang regelen;
- lichamelijke toestand van de getroffenen door een arts laten opnemen;
- vervanging regelen voor de werkzaamheden van de getroffenen;
- opvang regelen voor de patiënten;
- namen getroffen personeel, patiënten en/of bezoekers noteren en aangeven waar en wanneer het eerste opvanggesprek is;
- getroffenen te eten en te drinken geven;

Etc.

Enkele begeleidingsactiviteiten:

- meegaan naar arts of ziekenhuis;
- getroffenen ondersteunen bij verhoor recherche of Inspectie SZW;
- regelen van kinder oppas/vervoer en/of begeleiding naar huis;
- regelen opvang thuis (partner, kinderen), op school (kinderen) en op het werk (collega's externe werknemers en uitzendbureau);
- vaststellen schade bij getroffenen en de instelling;
- assisteren bij het invullen van formulieren;

Etc.

Eerste opvangactiviteiten:

- delen ervaringen;
- aftappen eerste emoties, gedachten, reacties;
- steun verlenen;
- bevorderen onderlinge steun;
- uitleggen over stressreacties;

Etc.

8 Traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits', een introductie

In het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' is een speciaal traject uitgezet om de arbeidsomstandigheden op risicovolle zorgeneheden te verbeteren. Bloemendaal heeft dit gedaan door het bespreekbaar maken van agressie en schokkende gebeurtenissen en door het bieden van handvatten om zelf knelpunten in de opvang en veiligheid te signaleren en op te lossen.

In het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits' stond het op gang brengen van een cultuurverandering centraal. Uit de risico-inventarisatie van 1992 (hoofdstuk 4) bleek namelijk dat medewerkers agressie vooral ervaren als onontkoombaar (veroorzaakt door het ziektebeeld van de patiënt) en behorend bij het werk. Een visie die de aanpak van agressie in de weg staat.

Het traject is opgezet voor de circuits Atlantis en Lucas Lindeboom Kliniek (LLK), gericht op alle medewerkers.¹ Door deze circuits werden namelijk aanzienlijk meer incidenten gemeld via de registratie van bedrijfsongevallen dan door de overige circuits (Herpers, Enthoven & Jonker, 1993). Ook is de werkdruk op deze circuits relatief hoog doordat zich dagelijks kleine incidenten voordoen, zoals scheldpartijen en getreiter van patiënten, ruzies tussen patiënten, lichte automutilatie en herbelevingen van incest-slachtoffers.

8.1 Atlantis, kliniek voor intensieve behandeling

Atlantis is een gesloten behandelcircuit, bestaande uit drie zorgeneheden met in totaal 24 plaatsen. Atlantis is in 1992 geopend en richt zich op de behandeling van patiënten met extreme problemen. In het verleden werd gesproken van SGA-patiënten: patiënten die sterk gedragsgestoord en agressief zijn. Tegenwoordig spreekt men over patiënten die intensieve behandeling nodig hebben. Kenmerkend van deze patiëntengroep is dat het gedrag uiterst ontwrichtend is voor henzelf en voor de omgeving. Het gaat om patiënten met een antisociale-, een multiple-, een borderline-persoonlijkheidsstoornis of een ernstige posttraumatische stress-stoornis. Patiënten worden alleen toegelaten als er een reële verwachting is dat de patiënt door behandeling op Atlantis verbetert.

8.2 LLK, opnamekliniek

De LLK is een opnamecircuit waarin jaarlijks tussen de 500 en 600 patiënten acuut worden opgenomen. Er is een drempelloos opnamebeleid van patiënten tussen de 18 en 65 jaar. Over het algemeen gaat het om patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen, zoals een psychose of een depressie. Vaak spelen ook gedragsproblemen, agressie en ontbrekend ziektebesef een rol. Een vrij groot aantal van de patiënten vormt op het moment van opname, als gevolg van de psychiatrische stoornis, een gevaar voor zichzelf en/of de omgeving. Sommige patiënten moeten daarom gedwongen worden opgeno-

men. Het circuit bestaat uit vijf zorgeenheden met elk een eigen taak en behandelklimaat, maar ze zijn onderling wel op elkaar afgestemd. Eén zorgeenheid is bestemd voor patiënten die een intensieve zorg nodig hebben en voor forensische psychiatrische patiënten.

8.3 Overzicht van het traject 'aankpak agressie op risicovolle circuits'

Het traject 'aankpak agressie op risicovolle circuits' is eind 1992 gestart met drie voorlichtingsdagen 'omgaan met agressie en TZAS' voor alle medewerkers van de beide circuits.

Vervolgens is in de loop van 1993 en 1994 de methode Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS) geïntroduceerd. TZAS is in eerste instantie ingevoerd op de zorgeenheden Atlantis 1 en LLK-D. Naar aanleiding van een evaluatieonderzoek² is de methode bijgesteld en in andere zorgeenheden ingevoerd.

In 1993 zijn ook trainingen in Controle en Fysieke Beheersing (CFB) gegeven aan de zorgeenheden die veelvuldig te maken hebben met (dreiging van) fysieke agressie. In deze training krijgen de deelnemers praktische vaardigheden aangereikt voor het omgaan met (dreigend) agressief gedrag.

Het traject 'aankpak agressie op risicovolle afdelingen' is in 1994 geëvalueerd middels een produktschouw.

Start activiteiten traject 'aankpak agressie op risicovolle circuits'



In de volgende hoofdstukken gaan we in op de belangrijkste activiteiten: de voorlichtingsdagen, het invoeren van de methode TZAS, de training CFB en de produktschouw.

Noten

- 1 Van afdelingsa■tent en verpleegkundige tot circuitmanager en psychiater.
- 2 Poll. Steinmetz, Polak & Van Burik, 1994

9 Activiteit 4: voorlichtingsdagen 'omgaan met agressie en TZAS'

In 1992 is gestart met drie voorlichtingsdagen voor medewerkers van de circuits Atlantis en LLK. Alle medewerkers, van part-time schoonmaker tot behandelend arts, hebben deelgenomen aan één van de voorlichtingsdagen (158 medewerkers).

9.1 Doelen van de voorlichtingsdagen

De doelen van de voorlichtingsdagen waren:

- medewerkers informeren over het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' en actief betrekken bij het project;
- voorlichting geven over schokverwerking en het voorkomen van agressie;
- presenteren van de uitkomsten van de risico-inventarisatie naar agressie en schokkende gebeurtenissen;
- medewerkers kennis laten maken met TZAS.

9.2 Inhoud van de voorlichtingsdagen

Iedere voorlichtingsdag werd geopend door de directeur patiëntenzorg. In zijn inleiding gaf hij aan dat Bloemendaal agressie jegens personeelsleden zeer serieus neemt. Verder vertelde hij iets over de geschiedenis en het verloop van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'.

'Toen ik hoorde dat er een agressiedag zou komen, was ik nogal sceptisch. Vast weer allemaal mooie kreten, zonder dat er iets gebeurt, dacht ik. Dat pakte toch wel anders uit. Ik vond het goed om te merken dat de directie en het management ook zien en erkennen waar wij dagelijks mee te maken hebben. Ik hoop wel dat er nu echt wat gebeurt en dat de leiding ook achter ons blijft staan.'

Vervolgens kregen de deelnemers twee rollenspellen met acteurs te zien. In de rollenspellen praatten drie 'verpleegkundigen' onder leiding van een gespreksleider over een incident. Het eerste gesprek liet de gespreksleider grotendeels aan de 'verpleegkundigen' over. Het tweede gesprek werd geleid aan de hand van het gespreksprotocol van TZAS. Na afloop gaven de deelnemers aan welke verschillen zij zagen tussen de beide groepsgesprekken.

'Het meest opvallende was dat het eerste gesprek uitliep op een discussie wie goed en wie fout had gehandeld en dat niemand echt vertelde hoe rot die zich voelde over het incident. In het tweede gesprek wel, daar vertelden de verpleegkundigen hoe ze het incident hadden ervaren. Ook werd er naar elkaar geluisterd en niet meteen naar een schuldige gezocht.'

Na een korte pauze gaf een **deskundige** een lezing met de titel 'handvatten voor werk-overleg'. De lezing ging over het volgende:

- de uitkomsten van de risico-inventarisatie naar agressie en schokkende gebeurtenissen in Bloemendaal;
- gevolgen van ervaringen met agressieve patiënten en schokkende gebeurtenissen;
- oorzaken van incidenten;
- advies voor de aanpak van agressie.

'Tijdens de voorlichtingsdag hebben we ook teruggehoord wat uit het onderzoek naar agressie is gekomen. Dat was wel goed, om daar iets van terug te horen. Ik was verbaasd om te horen dat de meeste collega's vonden dat agressie komt door het ziektebeeld van de patiënt. Daarover ontstond ook een discussie in de zaal. Ook kwamen veel reacties op de stelling dat het aantal incidenten met de helft naar beneden kan. Een aantal mensen was het helemaal oneens met die stelling. Zij vinden dat agressie ook positief kan zijn en dat onderdrukking juist kan leiden tot escalatie. Ik denk dat er nog veel moet gebeuren voor we met elkaar op een lijn zijn wat betreft agressie. Er is in elk geval een discussie op gang gekomen, dat vind ik goed.'

Na de lunch vertelde een van de medewerkers over een persoonlijke ervaring met een agressieve patiënt.

'Een collega van mij die ik niet goed kende vertelde over een 'beroemd' incident waarbij zijzelf betrokken was geweest. Zij vertelde wat er precies was gebeurd, wat de oorzaken waren geweest, hoe zij de hele gebeurtenis had ervaren en hoe collega's en vrienden thuis hadden gereageerd. Het verhaal kreeg hierdoor eigenlijk een heel andere 'kleur'. Ik merkte dat ze er nog steeds last van had in haar werk. En dat riep allerlei vragen op bij mezelf: over de risico's van het vak en over hoe ik reageer op collega's die iets naars hebben meegemaakt.'

Na het verhaal van een getroffen medewerker hebben de deelnemers kennisgemaakt met Teamgericht Zorgoverleg. De deelnemers zijn in subgroepen uiteengegaan om deel te nemen aan een voorbeeldsessie van TZAS. In het groepsgesprek werden eerst persoonlijke ervaringen met agressie en andere schokkende gebeurtenissen uitgewisseld. Daarna zijn knelpunten in de opvang en veiligheid op de afdeling geïnventariseerd en is naar oplossingen gezocht.

'Wat indruk op mij maakte waren al die verhalen van anderen met agressie tijdens het TZAS. Ik wist niet dat zoveel collega's ook last hebben van dat agressieve gedoe van patiënten. Volgens mij is TZAS belangrijk voor mijn afdeling, omdat we daardoor veiliger zullen gaan werken. Verder is het gewoon fijn om te weten dat je je verhaal ergens kwijt kan, als je daar behoefte aan hebt.'

De dag werd afgesloten met een plenaire bespreking van de suggesties die in de subgroepen waren gedaan voor het verbeteren van de opvang en veiligheid in Bloemendaal.

Aanbevelingen voor het verbeteren van de *opvang* waren onder andere:

- graag een snelle en persoonlijke reactie van de FONA-commissie na een incident;
- een steunpunt instellen waarvan iedere medewerker weet dat ze daar te allen tijde terecht kan na een incident;
- als regel niet alleen opvang voor verpleegkundigen, maar ook opvang van de getroffen arts, maatschappelijk werker, zorgcoördinator, afdelingsassistent, et cetera;
- een opvangdraaiboek voor iedere afdeling maken;
- goed naar de getroffen luisteren, proberen het leed te delen.

Aanbevelingen voor het verbeteren van de *veiligheid* waren onder andere:

- overleg plegen met collega's indien je vermoedt dat een patiënt agressief gaat worden;
- voorlichting geven aan nieuwe medewerkers over het alarmsysteem en potentieel agressieve patiënten;
- voldoende en gekwalificeerd personeel inzetten op de afdeling, ook 's nachts;
- in een agressieprotocol vastleggen wat wel en niet wordt getolereerd van patiënten en welke sancties volgen op een overtreding;
- het verbeteren van de veiligheid zal een continu proces moeten zijn waarbij maatregelen steeds worden bijgesteld.

9.3 Evaluatie van de voorlichtingsdagen

De doelstelling om personeelsleden actief te betrekken bij de aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen op Bloemendaal lijkt geslaagd. Alle personeelsleden van de circuits Atlantis en Lucas Lindeboom Kliniek hebben deelgenomen aan een van de voorlichtingsdagen en uit de reacties bleek dat men zich zeer betrokken voelde bij het onderwerp. Zo is door de deelnemers heftig gediscussieerd over de verschillende normen en waarden ten aanzien van de agressieproblematiek: 'hoort het bij het werk', of 'moet het niet langer geaccepteerd worden'; 'ieder moet voor zich naar oplossingen zoeken' of 'het is een gezamenlijk probleem'; 'we zijn ook verantwoordelijk voor de daden van een patiënt buiten de instelling' of 'nee, dat is een justitieel probleem', etc. Ook is iets van een cultuurverandering op gang gekomen, getuige opmerkingen als: 'De dag heeft er bij mij toe geleid dat ik eerder zal gaan praten, ik voel me er niet meer zo alleen in.'. Uit een schriftelijke evaluatie door de deelnemers komt verder naar voren dat men over het algemeen enthousiast was over de inhoud van de dag. In het bijzonder de voordracht van een collega over een persoonlijke ervaring met agressie en deelname aan het TZAS werd hoog gewaardeerd. Ook het voorstel tot het invoeren van TZAS op de eigen afdeling is positief ontvangen. Men was vooral geïnteresseerd in het verbeteren van de veiligheid op de afdeling door TZAS. Enig scepsis was ook hoorbaar: over de traagheid waarmee actie wordt ondernomen om de opvang en veiligheid werkelijk aan te pakken en over de onduidelijkheid over het verdere verloop van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen'.

Noot

I extern adviseur dr. C.H.D. Steinmetz

10 Activiteit 5: het invoeren van TZAS

In de periode 1992-1994 is de methode TZAS ingevoerd bij de verschillende teams van Atlantis en LLK. De methode TZAS is een instrument waarmee risico's rondom agressie en schokkende gebeurtenissen per afdeling worden geïnventariseerd en geëvalueerd. Hierbij staat zowel de opvang als de veiligheid centraal. In paragraaf 3.5 is de achtergrond van de methode TZAS uiteengezet. In dit hoofdstuk gaan we in op de praktische uitvoering. De methode TZAS bestaat uit:

- een regelmatig plaatsvindend groepsgesprek van samenwerkende collega's over opvang na incidenten en veilig(er) werken op de afdeling, met hun leidinggevende als gespreksleider;
- een incidenten- en slachtofferregistratie;
- een regelmatige bespreking van het verloop en de uitkomsten van TZAS (aan de hand van notulen en een produktschouw).

10.1 Inhoud van het Teamgericht Zorgoverleg

Er zijn twee soorten van Teamgericht Zorgoverleg: het TZAS-opvanggesprek en het TZAS-veiligheidsgesprek. In het opvanggesprek worden incidenten geïnventariseerd en geëvalueerd vanuit het perspectief van de beleving van de betrokkenen. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in de opvang. In het veiligheidsgesprek worden incidenten geïnventariseerd en geëvalueerd vanuit het perspectief van veiligheid. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in de veiligheid. De structuur voor beide gesprekken is vergelijkbaar; ieder TZAS bestaat uit zes fasen.

Figuur8: Structuur van het TZAS

TZAS			
Fase 1	opening van het overleg		
Fase 2	inventariseren van de verschillende ervaringen		
Fase 3	gezamenlijk selecteren van enkele ervaringen		
Fase 4	bespreken ervaringen:	<i>opvangsgesprek</i>	<i>veiligheidsgesprek</i>
		– wat is er gebeurd	– wat is er gebeurd
		– welke gedachten/gevoelens	– herkenning door anderen
		– herkenning door anderen	– aanleiding/signalen
		– met wie/hoe over gepraat	– aanpak/afloop
Fase 5	bespreken knelpunten:	<i>opvang</i>	<i>veiligheid</i>
		– samenvatten ervaringen	– samenvatten ervaringen
		– benoemen knelpunten	– benoemen knelpunten
		• getroffen persoon	• methode
		• thuisfront	• medewerker
		• collega's	• technische organisatie
		• leidinggevend	• sociale organisatie
		• organisatie als geheel	
		– analyseren oorzaken	– analyseren oorzaken
		– oplossingen/maatregelen	– oplossingen/maatregelen
Fase 6	afronding van het overleg		

Het Teamgericht Zorgoverleg duurt één à anderhalf uur. Het aantal deelnemers varieert van drie tot tien. Dit zijn voor het merendeel verpleegkundigen, daarnaast nemen ook andere leden van het multidisciplinaire team, zoals de afdelingsassistent en maatschappelijk werker deel. Van ieder TZAS worden notulen gemaakt voor de afwezige teamleden. In bijlage 1 zijn gedeelten opgenomen uit een verslag van een TZAS opvang- en veiligheidsgesprek.

10.2 Instrumenten behorend bij de methode TZAS

Bij de methode TZAS horen ook een aantal instrumenten waarmee het verbeteren van de opvang en veiligheid wordt ondersteund en waarmee het verloop en de uitkomsten van TZAS gemeten kunnen worden.

– Registratie van incidenten en slachtofferervaringen

Voor het verbeteren van de opvang en veiligheid is het belangrijk om inzicht te krijgen in:

- de aard van incidenten;
- de omvang van incidenten;
- de omstandigheden voor, tijdens en na incidenten.

Op deze wijze kan doelgericht actie worden ondernomen en kan worden getoetst welk effect de acties hebben. Ieder team houdt daarom met behulp van een turfformulier bij hoeveel incidenten plaatsvinden. Naast het turfformulier wordt door alle getroffen, een beperkt aantal weken per jaar, een slachtofferregistratie bijgehouden. Hierin geven zij aan hoe het incident is ontstaan en hoe de opvang is verlopen (zie ook par. 13.2.2). Op de volgende bladzijde volgt een voorbeeld van een gedeelte van een ingevuld turfformulier.

Figuur 9: Registratieformulier voor agressie, seksuele intimidatie en andere schokkende gebeurtenissen

Registratieformulier voor agressie, seksuele intimidatie en andere schokkende gebeurtenissen

Zorgeenheid: *Atlantis 1*. Week: 48

V = vroege dienst; L = late dienst; N = nachtdienst ? = niet bijgehouden

INCIDENT	maandag			dinsdag			woensdag		
	V	L	N	V	L	N	V	L	N
Verbale agressie									
– Pesten, schelden, treiteren, verwijten maken, et cetera	3	5	–	4	–	–	?	?	–
– Dreigen met woorden	–	–	–	–	1	–	?	?	–
– Dreigen met fysieke agressie (bijv. slaan, schoppen) en/of met voorwerp (bijv. mes, stoel, wapen)	–	–	–	–	–	–	?	?	–
Agressie gericht naar objecten									
– Smijten m. deuren, kleding kapot scheuren, op vloer urineren	–	–	–	–	–	–	?	?	–
– (Poging) tot vernieling (bijv. servies breken, op meubilair rammen, gooien met objecten)	–	–	–	–	–	–	?	?	–
– Brandstichting	–	–	–	–	–	–	?	?	–
Fysieke agressie									
– Lichamelijke agressie zonder lich. letsel voor uzelf (bijv. vasthouden, schoppen, spugen, gooien en haren trekken)	–	–	–	–	–	–	?	?	–
– Lichamelijke agressie met lich. letsel voor uzelf	–	–	–	–	–	–	?	?	–
Seksueel geweld									
– Ongewenste intimiteiten	–	–	–	–	1	–	?	?	1
– Aanranding, verkrachting	–	–	–	–	–	–	–	–	–

– Notulen

Van elk Teamgericht Zorgoverleg wordt, met behulp van een notulenformulier, vastgelegd welke incidenten zijn besproken, welke knelpunten zijn geconstateerd en welke oplossingen zijn aangedragen. Ook worden gemaakte afspraken vastgelegd.

Het doel van de vastlegging van TZAS is vierledig:

- afwezig en informeren;
- deelnemers aan de betreffende afspraken rondom opvang en veiligheid herinneren;
- ondersteunen van de eindpresentatie van TZAS;
- evalueren van de training TZAS.

Figuur 10: drie fictieve fragmenten uit de notulen van een TZAS-opvang

NOTULEN TZAS-OPVANG

Fragment 1

2e ronde, dieper ingaan op agressie en andere schokkende gebeurtenissen

Incidentnr. 2 Was er opvang? nee

- Geef korte beschrijving: Ieder ging z'n eigen weg, er is niet meer over gesproken. Later wel begrip van 1 collega.
- Geef aan hoe (het ontbreken van) opvang is ervaren (positieve/negatieve aspecten): Voelde zich niet gesteund in conflict met patiënt, met name gefrustreerd door niet-betrokkenheid van de leidinggevende bij incident met patiënt X.

Fragment 2

Afspraken ter verbetering van de opvang op de werkplek

1 Welke knelpunten in de opvang zijn genoemd?

- geen tijd
- geen aanbod om erover te praten
- thuis verhaal niet kwijt kunnen
- niet zelf om opvang durven vragen
- niemand komt erop terug
- leiding is te laat op de hoogte

2 Welke kern-knelpunten zijn uit de inventarisatie naar voren gekomen?

- te weinig onderlinge steun
- geen structuur voor opvang

3 Welke achterliggende oorzaken zijn genoemd?

- niet weten hoe je steun kan bieden
- belang van structuur niet eerder onderkend
- macho-cultuur
- patiënten nog steeds belangrijker dan collega's

4 Wat zijn de twee belangrijkste oorzaken?

- patiënt gaat voor medewerker
- structuur

5 Welke suggesties zijn gedaan ter verbetering van de opvang op de werkplek?

- tijd voor ons zelfnemen na incident
- meer voor ons zelf opkomen in andere overlegvormen
- bestaande structuren gebruiken, bijv. teamvergadering, om elkaar te steunen na een incident

Fragment 3

Evaluatieronde

Tijdens de evaluatieronde is het volgende gezegd over de bijeenkomst:

- prettige manier van bespreken
- goed om er eindelijk over te praten
- ik dacht dat TZAS heel eng was, maar het is zinvol
- een prettige structuur

– Produktschouw

De produktschouw bestaat uit een halfjaarlijkse presentatie van de uitkomsten van TZAS door een afvaardiging van deelnemers. Bij de schouw worden medewerkers van andere zorgeenheden, circuitmanagers, en andere belangstellenden binnen en buiten de instelling uitgenodigd.

De schouw kan worden gezien als een interne evaluatie, maar heeft ook als doel medewerkers van andere zorgeenheden, het management en de directie te informeren over het verloop en de uitkomsten van TZAS. Hiermee wordt bereikt dat de teams hun activiteiten rondom opvang en veiligheid op elkaar en op beleidsniveau gaan afstemmen. Ook kan de schouw stimulerend zijn voor die medewerkers en instellingen die nog weinig bezig zijn met het thema agressie op het werk. Bovendien geeft de produktschouw medewerkers ook de mogelijkheid om te laten zien dat zij zelf in staat zijn knelpunten in de opvang en veiligheid aan te pakken.

10.3 Implementatie

Voor het invoeren van de methode TZAS zijn diverse alternatieven voorhanden. In Bloemendaal is gekozen voor de zogenoemde consultatietraining TZAS, inclusief een aantal teambijeenkomsten. De training is bestemd voor de zorgcoördinator. Deze wordt opgeleid tot gespreksleider, krijgt ondersteuning bij de implementatie van de methode TZAS en leert om de opvang en veiligheid op afdelings- en managementniveau te verbeteren. Telkens is de training gezamenlijk aan twee zorgcoördinatoren gegeven.

De invoering van de methode TZAS op Bloemendaal is als volgt verlopen:

– Instructie

De consultatietraining TZAS is gestart met een instructie over:

- de doelstellingen van TZAS;
- de vereiste gespreksvaardigheden voor het leiden van TZAS;
- de inhoud en achtergrond van het protocol van TZAS-opvang.

– Teambijeenkomst I

Voor alle medewerkers van de zorgeenheid die in principe in aanmerking komen voor TZAS is een eerste teambijeenkomst georganiseerd. De bijeenkomst bestond uit:

- voorlichting over de doelen van TZAS;
- het bespreekbaar maken van normen en waarden die in de groep leven ten aanzien van agressie;
- vertrouwd raken met het systematisch analyseren van knelpunten in de opvang middels brainstorm-technieken;
- motiveren voor de registratie van incidenten en slachtofferervaringen.

– TZAS-opvang

In de maanden hierna oefende de zorgcoördinator tweemaal met het uitvoeren van TZAS-opvang binnen het eigen team. Tijdens het TZAS was een trainer aanwezig. Deze was slechts aanwezig als observator en intervenieerde niet. Ook werd het gesprek vastgelegd op video. Zowel door de zorgcoördinator als door de observator zijn verder verslagen gemaakt met aandachtspunten voor de feedbackbijeenkomst.

– Feedbackbijeenkomst

Na ieder TZAS kregen de zorgcoördinatoren te zamen feedback aan de hand van de verslagen van de zorgcoördinator en de observator en de video-opname. Hierbij is aandacht besteed aan het volgende:

- gesprekstechnieken;
- groepsdynamische processen;
- het systematisch leren analyseren en oplossen van knelpunten.

Aan het einde van iedere bijeenkomst zijn gezamenlijk leerpunten geformuleerd.

– Teambijeenkomst 2

Na drie maanden is een tweede teambijeenkomst georganiseerd. De teambijeenkomst bestond uit de volgende elementen:

- een deelnemer presenteerde de eerste uitkomsten van de registratie en de deelnemers bespraken welke consequenties dit heeft voor de afdeling;
- besproken werd hoe het invoeren van TZAS tot dan toe was verlopen (worden alle incidenten geregistreerd, lezen de afwezige medewerkers de notulen, worden gemaakte afspraken over het verbeteren van de opvang nagekomen);
- de deelnemers oefenden in het systematische analyseren van knelpunten in de veiligheid.

In de maanden daarna voerde de zorgcoördinator tweemaal een TZAS-veiligheidsgesprek uit en kreeg daarover weer feedback.

– Teambijeenkomst 3

Zes maanden na de start was de derde bijeenkomst, hier zijn de uitkomsten van TZAS geïnventariseerd en geëvalueerd. De deelnemers keken terug op de uitkomsten van de registratie, de genomen maatregelen en de ervaringen met het invoeren van de methode TZAS. Hiervan zijn posters gemaakt die zijn gepresenteerd tijdens de produktschouw (zie hoofdstuk 12).

Een verpleegkundige: 'Een belangrijk effect van de training TZAS (de teambijeenkomsten en het teamgericht zorgoverleg) is dat wij veel sneller signaleren dat iemand toenemend geladen is. We durven ons nu veel meer te uiten en er wordt ook iets mee gedaan. Als iemand bang is voor een bepaalde patiënt, zeg hij dat. Dan wordt er overlegd en eventueel ingegrepen. Een patiënt kan medicijnen krijgen, hij kan worden afgezonderd, hij kan zelfs ontslagen worden. Vroeger zeiden we niets. Iedereen hield zich groot, totdat het uit de hand liep, maar dan was het te laat. Nu mag je wel bang zijn, als je in je eentje tegenover een agressieve patiënt staat. Je mag zelfs keihard wegrennen als je je heel erg bedreigd voelt.'

Een zorgcoördinator: 'Ik stond nogal sceptisch tegenover het hele gebeuren: wat komt er op ons af, hebben we er tijd voor, kun je zoiets wel organiseren op een afdeling. Het leek me zwaar, tijdrovend en moeilijk. Ook omdat we altijd tijd te kort komen. Maar gaandeweg het traject kwam het enthousiasme voor de methode TZAS. Ik vind de methode TZAS nu een absolute must. Ik kan me voorstellen dat er per afdeling accentverschillen zullen zijn, maar de basis is geldig voor elke afdeling en elk ziekenhuis. En het is goed voor alle disciplines van het team. Agressie of schokverwerking is geen specifiek verpleegkundig probleem, maar net zo hard het probleem van de dokter en de maatschappelijk werker.'

11 Activiteit 6: training Controle en Fysieke Beheersing (CFB)

Naast de consultatietraining TZAS hebben de teams die veelvuldig te maken hebben met fysieke agressie, ook een vijfdaagse training in Controle en Fysieke Beheersing (CFB)¹ gevolgd. In deze training leerden de deelnemers praktische vaardigheden voor het omgaan met (dreigend) agressief gedrag. Ook is veel aandacht besteed aan het goed samen werken tijdens een incident.

11.1 Doelen van de training CFB

CFB is gericht op het verbeteren van het functioneren van medewerkers tijdens incidenten. De doelstellingen van de training CFB zijn:

- inzicht krijgen in de eigen houding en het eigen gedrag bij incidenten;
- fysiek zeker en professioneel leren handelen tijdens incidenten;
- door middel van fysieke samenwerking en teamgericht management leren communiceren in bedreigende situaties met patiënten.

Een eerste uitgangspunt in de methode CFB is dat agressie en gewelddadig gedrag van patiënten niet altijd voorspelbaar of te voorkomen is, ongeacht de kwaliteit van de medewerker. Het is dus van belang dat medewerkers in de psychiatrie niet alleen leren preventieve maatregelen te nemen, maar ook daadwerkelijk leren omgaan met (dreigend) agressief gedrag van patiënten. Een tweede uitgangspunt is dat een optimale samenwerking tijdens een incident, tussen de teamleden, van essentieel belang is.

11.2 Inhoud van de training CFB

In de training CFB staan twee elementen centraal: persoonlijke veiligheid en teamveiligheid.

– Persoonlijke veiligheid

Ten eerste is in de training stilgestaan bij de eigen houding in agressieve en gewelddadige situaties. Het is van belang dat de medewerker leert ervaren op welke wijze hij met de eigen agressie omgaat en vooral op welke wijze fysieke kracht wordt gebruikt. De kernbegrippen van dit onderdeel zijn:

- leren kracht om te zetten in techniek;
- inzicht krijgen in de persoonlijke attitude;
- signaleren van risicofactoren.

Een tweede leerdoel was het verwerven van individuele fysieke technieken. Medewerkers in de psychiatrie zijn er niet aan gewend om fysiek met elkaar om te gaan. Daarom is gestart met het bespreekbaar maken van de volgende onderwerpen:

- hoe bepalen wij onze fysieke grenzen;
- welke fysieke beperkingen ervaren we;

- welke individuele verantwoordelijkheid dragen we in (dreigende) gewelddadige situaties.

Vervolgens hebben de deelnemers, op elkaar, geoefend met de volgende fysieke technieken:

- basistechniek/polsklem;
- aangrijpingen;
- verwurgingen;
- rotatietechnieken;
- omgaan met diverse bedreigingen.

– Teamveiligheid

De deelnemers hebben, behalve individuele technieken, ook teamgerichte controle-technieken aangeleerd. Er is met name aandacht besteed aan de drie-mens techniek. Dit is een veiligheidstechniek waarbij drie mensen een patiënt onder controle kunnen houden op een, voor patiënt en personeel, veilige manier: 'een techniek waarbij je iemand die agressief wordt op een redelijk fatsoenlijke manier op de grond of in de separeer krijgt zonder breuken, kneuzingen, of verwondingen'.

'Die drie-mens techniek vind ik heel waardevol. Zonder deze techniek heb je zo'n tien man nodig voor een gewelddadige patiënt. Ook is mijn zelfvertrouwen toegenomen. Tot mijn verbazing merkte ik tijdens een oefening dat ik een veel zwaardere collega gemakkelijk in bedwang kon houden. Ik voel me nu zekerder en durf meer te zeggen tegen een patiënt.'

Ten eerste is aandacht besteed aan een effectieve teamcommunicatie en fysieke samenwerking. Het accent lag op het strikt onderscheiden van de communicatie tussen de medewerkers en de communicatie met de patiënt/bezoeker in gewelddadige situaties. Verder is besproken op welke wijze de rollen tot stand komen in het drie-mens team.

Ten tweede zijn vaardigheden aangeleerd in het teammanagement van agressief gewelddadige situaties. De aangeleerde individuele technieken zijn uitgebreid met basistechnieken voor het 'teamwork': mobiel/rusthouding met controle; relocatietechniek/separeren; draaien/uitkleden onder controle. Daarnaast is ingegaan op het moment van ingrijpen. Een aantal zaken die hierbij aan de orde kwamen, zijn:

- omgaan met de eigen spanning en die van collega's;
- onderhandelen in(dreigende) gewelddadige situaties;
- systematiek van het verpleegkundig (hulpverlening) proces.

Tijdens de training is veel geoefend op elkaar en met acteurs die incidenten uit de praktijk naspeelden.

Noot

- 1 Dit hoofdstuk is gebaseerd op: 'Controle en Fysieke Beheersing'. 'Een professioneel verpleegkundig antwoord op het probleem van agressie en geweld in de psychiatrie en zwakzinnigzorg.' Een interne publikatie van LEO Verpleegkundig management, Amsterdam

12 Activiteit 7: evaluatie van het traject 'aanpak agressie op risicovolle circuits'

Met een presentatie van de uitkomsten en een evaluatie is, in 1994, het tweede traject afgesloten. In de zogenoemde produktschouw stond de methode TZAS centraal. De volgende onderwerpen zijn aan de orde gekomen:

- persoonlijke ervaringen;
- opvang en veilig werken: knelpunten en verbeteringen;
- uitkomsten van de incident- en slachtoffer-registratie;
- de toekomst van de methode TZAS.

Verder zijn de trainers ingegaan op het verloop van het traject.

De produktschouw is georganiseerd door de circuits Atlantis en LLK. Hierbij waren geïnteresseerden binnen Bloemendaal en daarbuiten aanwezig, zoals medewerkers van Arbodiensten, circuitmanagers, leden van de OR etc. Aan de hand van zelfgemaakte posters hebben teamleden en zorgcoördinatoren van Atlantis en LLK verslag gedaan van het traject 'aanpak agressie op risicovolle afdelingen'. We geven hieronder een impressie van de schouw zoals die in Bloemendaal is verzorgd.

12.1 Persoonlijke ervaringen met de methoden TZAS en CFB

In deze paragraaf vertellen eerst de teamleden en daarna de zorgcoördinatoren over hun ervaringen.

– Teamleden

Een activiteitenbegeleider geeft een overzicht van de vele reacties van haar team op het Teamgericht Zorgoverleg:

- het is informatief om het verhaal van een ander te horen, je leert ervan;
- je wordt je ervan bewust dat ook kleine incidenten hinderlijk kunnen zijn om prettig te werken;
- de gevolgen die incidenten kunnen hebben worden serieus genomen;
- je ontdekt dat een incident nog leeft, het stimuleert om een incident te verwerken;
- je kunt je boosheid uiten en ook eens met humor naar de werksituatie kijken;
- het is goed om de andere positie van het ondersteunend personeel te beseffen;
- gerichte vragen maken een incident helder en door de gebeurtenis los te koppelen van een beoordeling komt er ruimte om over de oorzaak en een oplossing na te denken;
- je leert incidenten goed analyseren;
- de veiligheid op de zorgeenheid wordt groter doordat er meer gesproken wordt over normen en waarden en de aanpak van agressie;
- we raken beter op elkaar afgestemd en het onderlinge vertrouwen wordt groter;
- het is prettig om concreet bezig te zijn met de veiligheid in de werksituatie;
- bij een grote groep is er wel te weinig individuele aandacht;
- soms is de tijd te kort om diep op een onderwerp in te gaan;
- het gesprek loopt heel gestructureerd, al is die strakke lijn soms een beetje vermoeiend.

Een verpleegkundige vertelt over de teambijeenkomsten: 'Ik heb de teambijeenkomsten als positief ervaren, ik merkte dat we als team op één lijn kwamen te staan ten aanzien van agressie. Vooral het bespreken van onze normen en waarden was goed. Ik had al veel eerder over deze onderwerpen willen praten met mijn collega's. Ook is het lekker dat we elkaar hierdoor beter leren kennen. Het is echt zelden dat we met z'n allen bij elkaar zijn.'

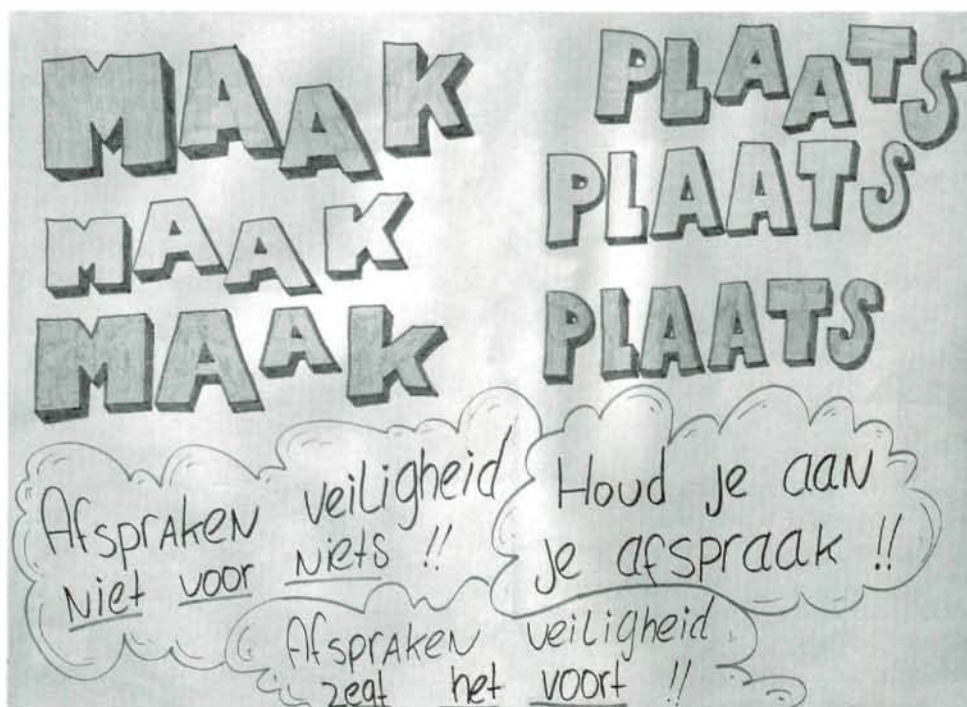
Een andere verpleegkundige beschrijft de veranderingen in het team: 'Vroeger werd je na een incident wel opgevangen, maar anders. Nu is er ruimte voor die gevoelens van woede en angst. Dat maakt het Teamgericht Zorgoverleg soms heel intensief. Er komen ineens allerlei emoties boven die we nooit zo van elkaar hadden gezien.

Tijdens het Teamgericht Zorgoverleg leren we ook van elkaar hoe je met agressieve patiënten om kunt gaan, met welke aanpak je voorkomt dat de zaak helemaal uit de hand loopt. Dat zit soms al in kleine dingen: als we het gevoel hebben dat er iets fout gaat lopen, halen we vast asbakken en andere losliggende zware voorwerpen uit de buurt. Dat voorkomt al dat je letterlijk van alles naar je hoofd geslingerd krijgt.'

– Zorgcoördinatoren

Een zorgcoördinator over het verband tussen TZAS en CFB: 'Het Teamgericht Zorgoverleg en de fysieke training zie ik als een combinatie. In het Teamgericht Zorgoverleg heb je het over de opvang na een ernstig incident en het voorkomen van incidenten door middel van veiligheidsafspraken. De fysieke training biedt de middelen om zo nodig op een professionele manier in te grijpen en wel zodanig dat je in communicatie blijft met de patiënt.'

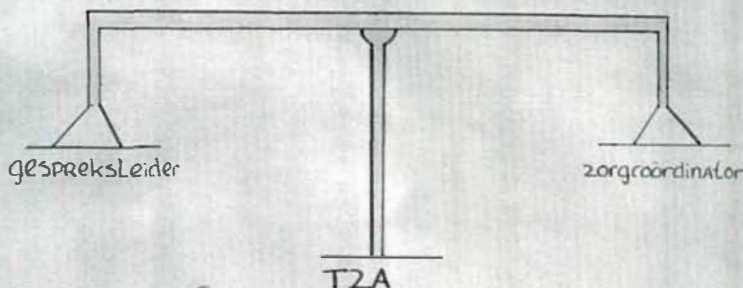
Op deze pagina en volgende pagina's staan ter illustratie de posters zoals die tijdens de bijeenkomsten door de deelnemers zijn gemaakt.



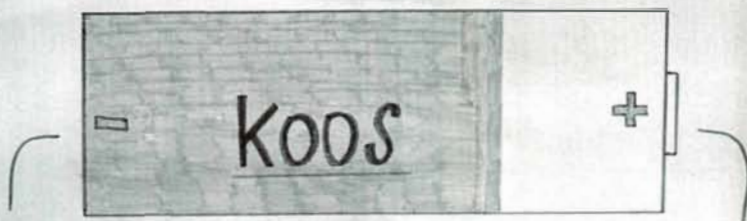
Poster van verpleegkundige aan collega's om afspraken rondom veiligheid serieus te nemen.

Een andere zorgcoördinator over Teamgericht Zorgoverleg: 'De vaste opzet van het Teamgericht Zorgoverleg biedt een goede structuur om ervaringen op zinvolle wijze te bespreken. De uitwisseling vindt plaats in een 'veilige omgeving', waarbij emoties ook goed aan bod komen. Door deze uitwisseling van ervaringen ontstaat er meer begrip en wordt het team hechter.

Zorgcoördinator =  (gespreksleider) +  (zoco).



Zet op tijd de juiste pet op!



- tijdsinvestering
- regelen video + ruimte

- zorgcoördinator
- team
- adequate opvang wordt in gang gezet.

Positieve energie kan goede opvang en veiligheid brengen binnen LUCAS E

T.Z.A.S + LUCAS E

Geeft duidelijkheid.

- O.A. → Oandachtspunten: altitude v.p.k. ter voorkoming agressie / escalatie.
- Per kwartaal evaluatie, afspraken, werkoverleg.
 - Vast tijdstip TZA + elke 4^e dinsdag

In het algemeen kan met TZAS worden voorkomen dat incidenten zich gaan stapelen. Verpleegkundigen die regelmatig gepest, getreiterd, of uitgescholden worden, gaan vroeg of laat het vak uit. Feitelijk leidt het laten praten over en het voorkomen van incidenten ook tot preventie van burn-out. Tijdens het Teamgericht Zorgoverleg bleek voor een aantal medewerkers de 'voldruppelende emmer' al voor driekwart gevuld. Daardoor was er in de eerste periode van het traject een grote behoefte om over vroegere ellende te spreken, soms van wel tien jaar terug. Voor sommige medewerkers leidde het oprakelen van oude ellende tot psychische nood. Zij hebben alsnog individuele opvang gekregen of hebben extern professionele hulp ingeroepen.

Door het bespreken van de vroegere ellende werd duidelijk welke (negatieve) invloed deze ervaringen hadden op het huidige functioneren, zoals zenuwachtig worden als een patiënt gaat schreeuwen, of ontzettend kwaad worden als een patiënt dreigementen uit. Pas nadat het oude zeer was opgeruimd kon veiliger werken aandacht krijgen.

Toen de excessen uit het verleden verteld waren en mensen hierdoor beter met deze negatieve ervaringen om konden gaan, is de nadruk komen te liggen op kleinere dingen. De laatste maanden bijvoorbeeld lag de nadruk op het nakomen van afspraken. Er bleek hierover veel onduidelijkheid. Wat was wel en wat was geen afspraak, etc. Deze onduidelijkheid was aanleiding voor agressieve uitbarstingen van patiënten en regelmatig vroegen medewerkers zich af of ze hun werk wel goed deden ('heb ik de afspraak wel goed begrepen?'). Nu is duidelijk welke afspraken er liggen en is het vertrouwen dat collega's zich daaraan houden sterk verbeterd. Een opmerking van een patiënt bevestigde dit: Deze riep: 'One team, one voice. Jullie zeggen allemaal hetzelfde, jullie hebben allemaal dezelfde uitspraak!'

Een belangrijk resultaat van TZAS is verder de cultuurverandering op de afdeling: het is rustiger en medewerkers voelen zich zekerder, waardoor de agressie beter beheersbaar is. Het taboe om over agressie te praten is opgeheven, waardoor we veel beter van elkaar op de hoogte zijn hoe we in verschillende stressvolle situaties reageren. Ik zie dat het team nu heel constructief omgaat met incidenten: 'een crisis is geen beletsel meer'.

In zijn algemeenheid vormt het Teamgericht Zorgoverleg een goed kader waarbinnen het opvangen na agressie en nadenken over het voorkomen van agressie goed tot hun recht komen. Ik heb niet de illusie dat met de methode TZAS alles is te voorkomen, maar doordat er aandacht voor is en er over gesproken kan worden, zijn de gevolgen minder desastreus.

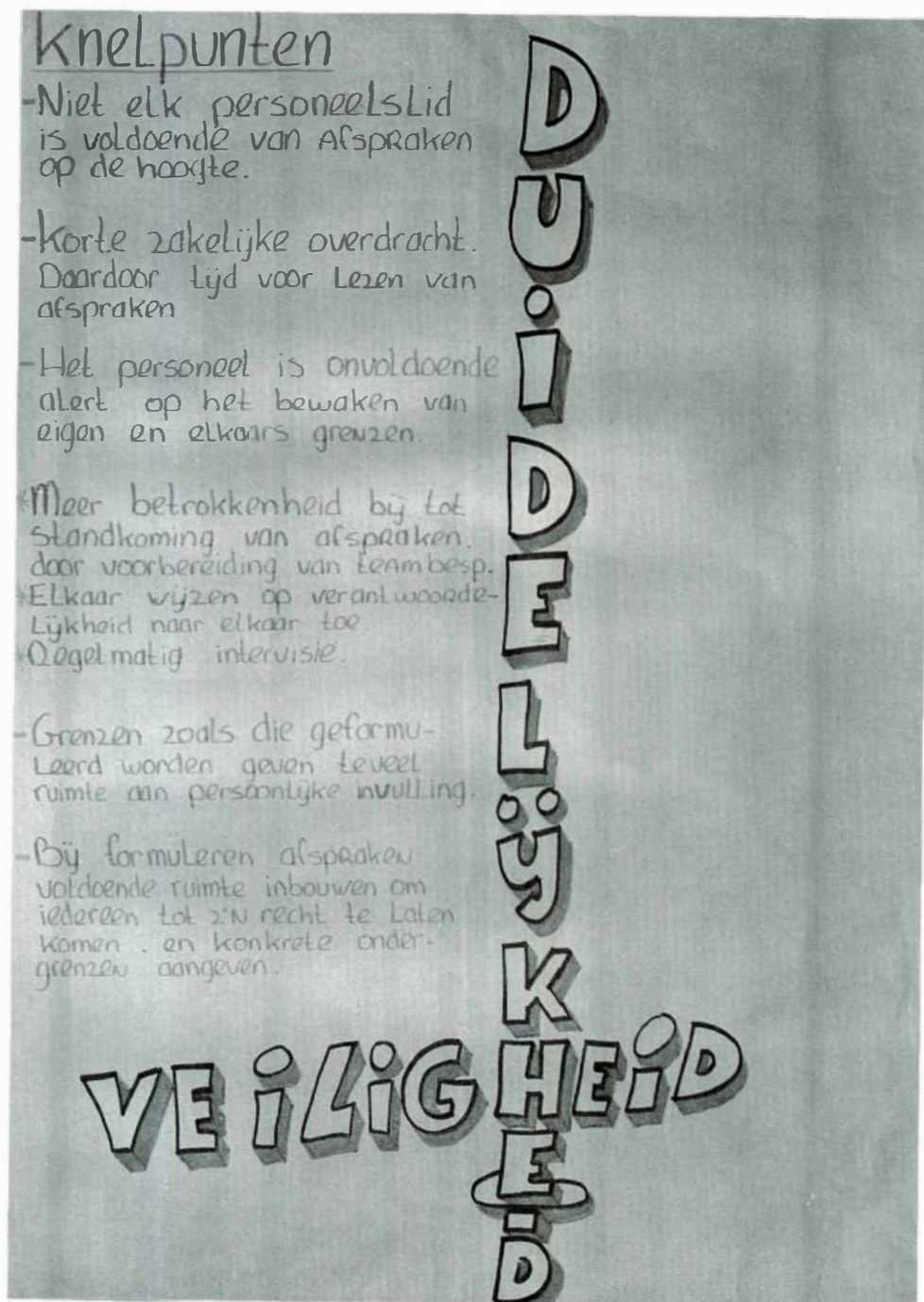
Het TZAS kost mij als zorgcoördinator wel veel energie. Zo moet ik er hard aan trekken dat maatregelen ook worden uitgevoerd. Toch is mijn motto over de methode TZAS: 'stom dat we er niet eerder aan begonnen zijn!'

Een derde zorgcoördinator gaat in op zijn positie als gespreksleider: 'Wat ik lastig vind aan het leiden van een Teamgericht Zorgoverleg is dat ik met mijn gevoelens blijf zitten. Er is nog geen echte plek voor mijn gevoelens over de incidenten die ik heb meegemaakt, of de verhalen die ik aanhoor. Wel komt er steeds meer een uitwisseling met mijn collega-zorgcoördinatoren over het TZAS. Verder is het ingewikkeld om van functie te 'verwisselen'. Je bent tijdens het Teamgericht Zorgoverleg gespreksleider, maar daarnaast ook collega en leidinggevende.'

12.2 Knelpunten in de opvang en veiligheid

Op de schouw hebben teamleden met posters commentaar geleverd op de opvang en veiligheid op hun afdeling.

Ook is tijdens de schouw een overzicht gegeven van de knelpunten die aan de orde zijn gekomen tijdens het TZAS en de teambijeenkomsten.



12.3 Uitkomsten van de incidenten- en slachtofferregistratie

Een zorgcoördinator over de registratie op zijn afdeling: 'sinds het begin van de training worden alle vormen van agressie gescoord: van pesten, treiteren, spugen en schelden tot lichamelijk letsel. De cijfers zijn vooralsnog schrikbarend. Kleine incidenten komen op onze afdeling zo'n vier keer op een dag voor. Op jaarbasis zijn er ongeveer 1400 voorvallen, omgekeerd is dat zo'n vier keer per dag. Een enorme stress. Deze cijfers moeten wel voorzichtig benaderd worden, maar toch moet je concluderen dat het veel ernstiger is en vaker voorkomt dan we in feite aannamen.

Onze registratiegegevens hebben we ook vergeleken met de FONA-registratie. Hieruit blijkt dat incidenten nauwelijks officieel worden gemeld. Dat is jammer, want daarvoor blijft agressie binnen de muren van een afdeling.'

TE VEEL PATIENTEN TE WEINIG COLLEGAAS	
<u>Gevolgen</u>	<u>Wensen</u>
Werkdruk - stress	Ontspannen werken
Onzeker voelen	Zelfvertrouwen
Onervaren collegaas	Deskundigheid
Onrustige patienten	Meer ondersteuning
Ontevredenheid	Prettige werkplek
Kritiek op leiding	Je baas is de beste die er is !!
Ziekte verzuim	Met plezier naar je werk
Houding veranderd	Florance Nightingale
Groepjes binnen team	Niet.

Een andere zorgcoördinator over haar afdeling: 'Op de afdeling is het aantal kleine, verbale incidenten afgenomen met 40%! Ik vermoed dat de daling wordt veroorzaakt door-

Figuur 11: Overzicht van genoemde knelpunten in opvang en veiligheid

Knelpunten in opvang				
<i>Thuisituatie</i>	<i>Getroffen persoon</i>	<i>Collega's</i>	<i>Leidinggevend</i>	<i>Organisatie als geheel</i>
taboe om erover te praten	incident invullen op FONA-formulier behoeften verschillen in opvang en begeleiding	problemen worden niet altijd (h)erkend incident na enige tijd 'vergeten' collega's zijn uitzendkrachten	gevolgen incident niet altijd serieus genomen signalen problemen getroffene niet tijdig waargenomen geen structurele opvang na inc.	geen structureel opvang-beleid opvang is taboe wie vangt zorgcoördinator op? standaardreactie op FONA-melding tijdgebrek
Knelpunten in veiligheid				
<i>Behandelbeleid</i>	<i>Werknemer</i>	<i>Sociale organisatie</i>	<i>Technische organisatie</i>	
geen aandacht voor seksisme binnen patiëntengroep	incidenten melden op FONA-formulier	verhouding mannelijke/vrouwelijke patiënten	onduidelijkheid over procedures	
overdracht over werkwijze	afspraken nakomen	inwerken van nieuwe medewerkers	brandalarm werkt niet	
verpleegplan niet afgestemd op veiligheid	inschatten van elkaars grenzen	draagkracht /draaglast collega's	te weinig privacy voor patiënten	
waarnemen van signalen probleemgedrag	waargenomen signalen serieus nemen	kwaliteit en kwantiteit medewerkers op afdeling		
wanneer en welke sancties	interne communicatie	rigide regelgeving		
welke interventies bij agressief gedrag	eigen verantw. en grenzen kennen	geen controle op naleving afspraken geen gemeensch. normen en waarden		

dat we duidelijke omgangsregels hebben opgesteld, we onze grenzen duidelijk aangeven en veel meer onderhandelen met de patiënten.'

Een derde zorgcoördinator geeft aan welke functies de incidentenregistratie heeft voor de afdeling waar zij werkt: 'Een eerste functie van de registratie is het signaleren van ontwikkelingen op de afdeling. Enkele voorbeelden: Uit de registratie kwam naar

agressie registratie

Gescoord - 28 weken.

daarvan 2 weken niet.

Uroeg : 50 x	}	conclusie: i/d vroege dienst wordt 2x zoveel niet gescoord
Haat : 26 x		
Nacht : 22 x		

jaar basis

Verbale agressie: 594 x

Agressie naar objecten: 220 x

Fysieke agressie: 276 x

Agressie bezoek / herbeleving: 12 x

Sexueel geweld: 118 x

Conflicten tussen patiënten: 196 x

Auto-agressie: 190 x

conclusie:

Totaal: 1408 keer

Teveel agressie! Per dag: 3.85

voren dat op jaarbasis iedere patiënt ongeveer 140 keer agressief is. Ons inziens veel te vaak. We zijn daarom actief gaan onderhandelen en overleggen met de patiënt: hoe te handelen als hij agressieve uitlatingen heeft. Dit heeft rust gegeven voor zowel de patiënt als de medewerkers. Verder ontdekten we dat de registratie van 'het aanhoren van schokkende verhalen' een duidelijke daling liet zien. Dit terwijl patiënten evenveel over hun incestervaringen leken te vertellen als een tijd geleden. Een belangrijke oorzaak van de daling in de registratie is waarschijnlijk dat de verhalen als minder schok-

Slachtoffer - registratie.

- Gedurende 2 weken
- Ingevuld 9 formulieren

Volgens de agressie-registratie moeten er 54 incidenten gebeurd zijn, vermenigvuldigd met de betrokken personeelsleden,

DUS minstens 100 x

Genomen maatregelen

- Gesprek patiënt 6x
- Nieuwe afspraken 3x
- Tegenhouden met fysiek geweld 3x
- Separatie 7x
- Gefixeerd 1x
- Medicatie vlgs behandelplan 4x

Gevolgen medewerker

- Geen 1x
- Letsel (Licht) 1x
- Stress, nee 2x
- Zeer emotioneel 3x
- Trillerig 3x
- Woede 3x
- Opvang, nee 1x
- Collega 8x
- Heidinggevende 2x
- Thuis 2x

Conclusie:

Alleen de zware incidenten zijn gescoord.

kend worden ervaren. We leren om hier op een goede manier mee om te gaan. Het feit dat de registratie van 'schokkende verhalen aanhoren' steeg in de weken nadat twee nieuwe medewerkers zijn aangenomen bevestigt dit idee. Naar aanleiding hiervan is besloten een goed opvang- en begeleidingstraject op te zetten voor nieuwe medewerkers: informatie over schokverwerking en steun wordt een belangrijk onderdeel van de inwerkperiode.

Ten tweede is de registratie functioneel voor het toetsen van hypothesen. Het afgelopen half jaar is het aantal zware incidenten verminderd, maar verbale agressie toegenomen. We hebben hierover de volgende hypothese: de categorie patiënten die hier verblijft voelt zich machteloos en kan zich zeer moeilijk uiten, terwijl ze dat juist wel moet doen. Doet ze dit niet dan zal ze eerder fysiek agressief worden. We gaan nu toetsen of meer verbale agressie leidt tot minder fysieke agressie.'

12.4 Hoe verder met de methode TZAS

Een afdeling heeft in de poster op pag. 108 vastgelegd hoe men in de toekomst door wil gaan.

De verschillende zorgcoördinatoren hebben tijdens de schouw aangegeven hoe zij verder willen gaan met de methode TZAS: 'tZAS zullen we ongeveer één keer per maand uitvoeren, afwisselend een opvang- en een veiligheidsgesprek. Ook met de registratie gaan we door.

Eigenlijk is de methode TZAS al een structureel onderdeel van de organisatie op onze zorgeenheden: als er bijvoorbeeld iets gebeurd is, dan volgt automatisch eerst de persoonlijke opvang, zoals die is geleerd in de opvangtraining voor zorgcoördinatoren (zie par.) en daarna een TZAS-opvang. Verder is het de bedoeling om via de methode TZAS te komen tot een goed veiligheidsbeleid voor de afdeling en voor geheel Bloemendaal.■

12.5 Ervaringen van de trainers/begeleiders

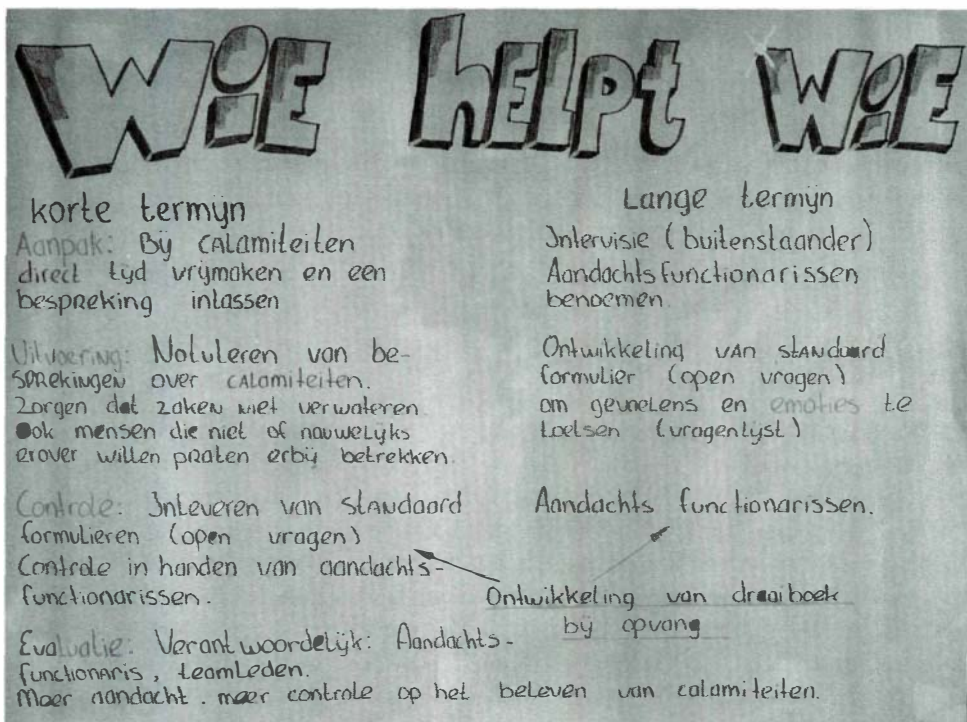
Tijdens de schouw vertelden ook de trainers over hun ervaringen met het invoeren van de methode TZAS. De bevindingen zijn als volgt: 'Uit de ervaringen met Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen is in de eerste plaats duidelijk geworden dat opvang vooraf moet gaan aan het verbeteren van de veiligheid. Medewerkers moeten het gevoel hebben dat er naar hen wordt geluisterd alvorens zij zich open en creatief wensen in te zetten voor een aanpak van de opvang en veiligheid op het werk. Voor de medewerkers is het verder een bijzondere ervaring dat de zorgcoördinator ook een luisterend oor kan bieden. Meer zijn zij gewend aan een lijnmanager die instrueert en controleert. Andersom is het voor de zorgcoördinator een bijzondere ervaring dat hun medewerkers zich inzetten voor de zaak als er maar aandacht voor hen is en naar hen wordt geluisterd.

In de tweede plaats blijkt een beleidsmatig kader voor het invoeren van de methode TZAS onmisbaar. Daarom moet een tweesporen-aanpak gevolgd worden, 'top-down' en 'bottom-up'. In Bloemendaal is met behulp van Teamgericht Zorgoverleg van onderaf gewerkt aan het verbeteren van de opvang en veiligheid. Met behulp van de workshops 'agressie en beleid'■ is van bovenaf gewerkt aan een beleidsmatig kader voor de opvang. Om de veiligheid op de werkvloer structureel te verbeteren zal in de komende

jaren ook een beleidsmatig kader voor veiligheid worden neergezet. Op deze manier kan de werkvloer knelpunten in de opvang en veiligheid doorspelen aan het management-team en/of directie en andersom.

In de derde plaats vereist het invoeren van de methode TZAS in de psychiatrie een grote inzet en creativiteit van de zorgcoördinatoren. Als gevolg van de continue diensten die worden gedraaid zijn de teams zelden voltallig bij elkaar en rooster technisch is dit ook moeilijk te verwezenlijken. Hierdoor is het moeilijk om de teamleden op één lijn te krijgen en te komen tot afspraken die iedere medewerker onderschrijft. Gemiddeld nemen de teamleden van een zorgeenheid deel aan drie van de zeven bijeenkomsten. De zorgcoördinator praat de verschillende teamleden telkens bij en brengt het thema agressie ook tijdens andere overlegvormen ter sprake.

Over de inhoud van de zes TZAS-bijeenkomsten die gedurende het traject hebben plaatsgevonden, moet nog het volgende gezegd worden. In het begin van het traject vertelden de deelnemers vooral over incidenten uit het (verre) verleden, later kwamen voornamelijk incidenten van de afgelopen maand aan de orde. In het begin van het traject is vooral gesproken over zware incidenten, zoals een gijzeling en fysiek geweld. Later brachten de deelnemers ook kleine incidenten, zoals pesterijen en bijna-escalatie ter sprake.



DEEL III Lessen

13 Lessen

Veel instellingen in de psychiatrie staan momenteel voor de vraag hoe zij iets kunnen doen aan agressie, geweld en seksuele intimidatie van patiënten. Alle inspanningen die in Bloemendaal zijn verricht in het kader van het project 'Agressie en Schokkende gebeurtenissen' hebben vanzelfsprekend diverse leerervaringen opgeleverd. Deze lessen willen we met u delen.¹ Wij pretenderen hiermee niet u een pasklaar antwoord te bieden op de vraag hoe het tij van agressie te keren. Het is namelijk sterk afhankelijk van de individuele situatie van iedere organisatie welke acties worden ondernomen in de aanpak van agressie en in welke volgorde; een 'ideale weg' voor het verbeteren van de opvang en veiligheid bestaat niet.

13.1 Les 1: relevante uitgangspunten

Bij de aanpak van de agressie op het werk wordt een drietal uitgangspunten gehanteerd.

1 Twee pijlers

Een goede aanpak steunt op twee pijlers, te weten:

- a een **preventieve component** gericht op het vergroten van de veiligheid van werknemers (dit aspect wordt daarom ook wel aangeduid met veiligheidsbeleid);
- b en **curatieve component** gericht op het verzachten van de gevolgen bij getroffen en na agressie en andere schokkende gebeurtenissen (opvangbeleid).

Verantwoord agressiebeleid heeft altijd beide pijlers in zich: zij vullen elkaar aan. Het weglaten van een van beide pijlers is ofwel verspilling van geld en moeite (bijv. alleen maar getroffenen opvangen terwijl er niets aan preventie wordt gedaan: dweilen met de kraan open), ofwel ongeloofwaardig. Er is dan bijvoorbeeld veel aandacht voor preventie en beveiliging, terwijl men de getroffenen van incidenten in de kou laat staan.

2 Een integrale aanpak

Het is een algemeen menselijke neiging om, als zich een nieuw probleem aandient, direct te grijpen naar snel te realiseren en voor de hand liggende oplossingen. Hoewel een dergelijke pragmatische en ad hoc-aanpak soms wel (even) kan helpen, is het risico over het algemeen groot dat hetzelfde probleem zich toch weer, wellicht in gewijzigde vorm, aandient.

Agressie tegen medewerkers kan niet uit de wereld geholpen worden door enkele kleine snelle ingrepen. Agressief gedrag van patiënten wordt bepaald door een complex van factoren, en zal dus ook alleen effectief aangepakt kunnen worden door aan meer van deze factoren tegelijk te sleutelen. En wel zodanig, dat de verschillende maatregelen goed op elkaar ingrijpen en elkaar onderling versterken. In dat geval spreekt men van een 'integrale aanpak'.

3 Draagvlak creëren

Voorwaarde voor de aanpak van agressie is dat hiervoor een breed draagvlak is. Aangezien agressief gedrag van patiënten zich uiteindelijk manifesteert op de afdeling,

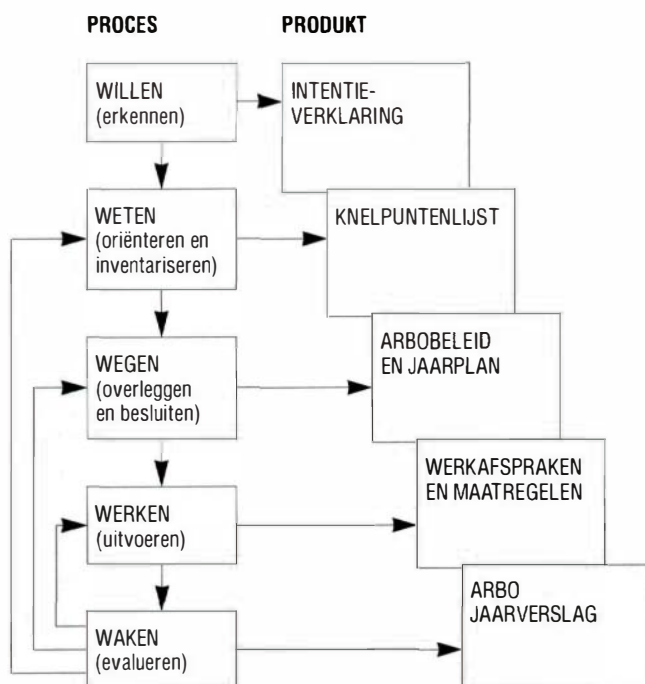
is het van groot belang dat het multidisciplinaire team vanaf het begin betrokken wordt, en ook betrokken blijft, bij de ontwikkeling en uitvoering van de aanpak. Daarnaast is ook de betrokkenheid (instemming, ondersteuning) van het management onmisbaar. Het voorkomen van agressie en de nadelige gevolgen ervan ligt ons inziens in handen van het management.

Idealiter wordt de aanpak van de agressie langs twee wegen ontwikkeld: 'top down' en 'bottom up'. Op deze manier wordt een breed draagvlak voor de aanpak gecreëerd. Bovendien wordt de specifieke deskundigheid van zowel 'top' als 'bottom' benut: het management beschikt over kennis van en overzicht over de totale organisatie. Hierdoor is het bij uitstek in staat om organisatiekenmerken (zoals bijvoorbeeld aspecten van de bedrijfsvoering en instellingscultuur) aan te wijzen als veroorzaker van agressie en oplossingen aan te dragen op beleidsniveau. De medewerkers van de afdeling weten desgevraagd vaak heel helder te verwoorden welke (risico)factoren een rol spelen bij het ontstaan van incidenten in concrete situaties. Deze informatie is van onschatbare waarde bij het bepalen van de risico's en het bedenken van maatregelen.

13.2 Les 2: de stappenmethode

Het ligt voor de hand om bij het ontwikkelen van het preventiebeleid in de APZ-en gebruik te maken van de systematiek van de arbo-beleidscyclus. Het is een beproefde methode die voldoet aan de wettelijke vereisten (zie ook par. 2.1.7).

Figuur 12: 5-W stappenplan voor een preventief instellingsbeleid inzake agressie, geweld en seksuele intimidatie tegen werknemers



De arbo-beleidscyclus bestaat uit vijf opeenvolgende stappen: willen, weten, wegen, werken en waken. Toegepast op agressief gedrag van patiënten jegens werknemers in de psychiatrie komt het stappenplan op het volgende neer:²

- 1 **Willen:** het probleem moet erkend en/of herkend worden en er moet bereidheid bestaan iets te ondernemen;
- 2 **Weten:** breng op systematische wijze de feiten (klachten en risico's) boven tafel en inventariseer deze;
- 3 **Wegen:** overleg en besluit op basis van de feiten welke afspraken gemaakt moeten worden en welke maatregelen genomen moeten worden;
- 4 **Werken:** breng de afspraken en maatregelen daadwerkelijk in praktijk;
- 5 **Waken:** toets regelmatig welke effecten in de praktijk zijn bereikt en hoe de resultaten verder verbeterd kunnen worden.

Tot welke producten ieder van de stappen leidt is in de volgende figuur aangegeven.

13.2.1 Stap 1 Willen: het probleem (h)erkennen

Managers en directie, maar in veel gevallen ook de medewerkers zelf, hebben vaak een zeer tolerante houding tegenover agressie van patiënten jegens medewerkers. Uit de praktijk zijn veel schrijnende voorbeelden bekend van het gedogen van agressieve patiënten ten koste van de eigen medewerkers.

Praktijkervaringen wijzen uit dat agressief gedrag van patiënten en bezoekers sterk teruggedrongen kan worden als de organisatie als geheel (met het management voorop) agressie niet langer accepteert. Niet alle incidenten kunnen echter worden voorkomen, gedegen opvang is van belang om het leed van de getroffen personen te verzachten. Nog al te vaak wordt agressie gezien als iets dat hoort bij het werken in de psychiatrie, het niet langer accepteren van agressie vereist dus een fikse cultuuromslag. Bij het bewerkstelligen van een cultuuromslag spelen de directie en het topmanagement van het ziekenhuis een cruciale rol: zij zijn degenen die moeten aangeven welke richting men in wil slaan.

Om uitdrukking te geven aan de wil om agressie en de nadelige gevolgen ervan aan te pakken wordt vaak gebruik gemaakt van een intentieverklaring of missie. Een dergelijke verklaring kan een belangrijk psychologisch en tactisch middel zijn om de rest van de organisatie 'mee te krijgen'.

– Doelen

Bij Stap 1, in de fase van voorbereiding is het van belang de volgende doelen te bereiken:

- het realiseren van aandacht en erkenning van het management;
- het realiseren van een draagvlak voor de aanpak van agressie en de nadelige gevolgen ervan;
- het formuleren van 'targets' (bijv. het opzetten van een registratie van incidenten);
- het vrijmaken van menskracht, tijd, middelen en geld.

– Realisatie

De doelen kunnen gerealiseerd worden door:

- het installeren van een breed samengestelde werkgroep van betrokkenen, zoals een afvaardiging van directieleden, management, verpleegkundig personeel, Arbodienst, ondernemingsraad en beveiliging;
- het opstellen van een plan om de verschillende beroepsgroepen binnen de organisatie bij het project te betrekken: een communicatie- en voorlichtingsplan.

– Voorlopig beleidsplan

In de startfase is het ook nuttig om een voorlopig beleidsplan op te stellen voor de aanpak van agressie en de nadelige gevolgen ervan, inclusief een missie en de vastlegging van taken en verantwoordelijkheden. Hiervoor is een eerste 'verkenning' noodzakelijk: welke visie heeft men op agressief gedrag van patiënten, welke maatregelen zijn tot nu toe genomen, wat zijn de vermoedelijke oorzaken van de incidenten, etc. De volgende matrix helpt bij het verkennen van de knelpunten. Voor iedere cel kan worden nagegaan in hoeverre de betreffende factor een (belangrijke) rol speelt bij het ontstaan van agressie en haar nadelige gevolgen en in hoeverre het haalbaar is hieraan iets te doen.

De matrix kan zowel op organisatie- als op afdelingsniveau worden toegepast.

Figuur 13: Een model om veranderingsprocessen in beeld te brengen

	beleid	organisatie	personeel
techniek (regelingen)	doel en werkwijze	taken en bevoegdheden	deskundigheid
politiek (invloeden)	beleidsbeïnvloeding (intern/extern)	besluitvorming	autonomie
cultuur (normen)	instellingsklimaat	samenwerking	houding

Bron: Camp, 1992

13.2.2 Stap 2 Weten: oriënteren en inventariseren

In deze fase gaat het erom de aanwezige risico's van agressie systematisch in kaart te brengen. Goede instrumenten voor een risico-inventarisatie van agressie (in de GGZ) zijn nog nauwelijks ontwikkeld. Wel hebben veel instellingen een retrospectief onderzoek ingesteld naar het voorkomen en omgaan met agressief gedrag van patiënten (zie par. 1.2). Zelf pleiten wij voor het gebruik van DP-RIS, een instrument aan de hand waarvan risico's rondom incidenten worden geïnventariseerd en geëvalueerd.

- DP-RIS: Draagvlak versterkend en Procesmatig RISico-inventarisatie en -evaluatie-instrument

DP-RIS bestrijkt een aantal procedures. Nadat de organisatie heeft besloten tot het toepassen van DP-RIS, wordt er een werkgroep geformeerd waarin medewerkers van verschillende afdelingen zitting hebben. Deze werkgroep is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de risico-inventarisatie. De werkgroep bereidt de afname van DP-RIS voor, onder andere door het aankondigen van de risico-inventarisatie in de organisatie, door het aanscherpen van de vragen in het instrument en door het werven van interviewers.

Deze interviewers nemen de vragenlijst af. De risico-inventarisatie wordt afgerond door het rapport waarin de resultaten van de interviews zijn samengevat.

Vervolgens wordt een begin gemaakt met het proces van risico-evaluatie. Op de afdelingen worden de resultaten besproken. Op iedere afdeling wordt vastgesteld welke risico's men het belangrijkste vindt om aan te pakken.

Terwijl dit tussentijds gerapporteerd wordt, bedenkt men zelf standig maatregelen om de risico's tegen te gaan. De uitvoering van maatregelen wordt besproken en bewaakt door het management van de organisatie. Zij nemen verantwoordelijkheid voor de realisatie van de maatregelen.

De risico-inventarisatie is onderverdeeld in zes deelterreinen, waarmee het geheel van de organisatie globaal is afgedekt. Per deelterrein wordt in kaart gebracht welke factoren een risico vormen voor agressie en andere schokkende gebeurtenissen binnen de organisatie.

De zes deelterreinen die met behulp van **DP-RIS** worden onderzocht zijn de volgende:

1 doelstelling

Hiermee worden de doelen en taken van de organisatie bedoeld. Een risico is bijvoorbeeld dat een APZ de verplichting heeft om mensen gedwongen, dus tegen hun zin, op te nemen.

2 cultuur

Hierbij gaat het om de manier waarop medewerkers aankijken tegen patiënten, tegen het werk en tegen elkaar. Een risico is bijvoorbeeld de cultuur dat agressie 'hoort' bij het werken in de psychiatrie. Dan zal men immers niet zo geneigd zijn om preventieve maatregelen te nemen.

3 praktische organisatie

Hierbij gaat het om de organisatie van het dagelijks werk op de afdeling, zoals de samenwerking en communicatie tussen de leden van het multidisciplinaire team, de huisregels op de afdeling, de intake-procedure van nieuwe patiënten, etc. Een risico is bijvoorbeeld het ontbreken van een diagnose van agressief gedrag bij iedere patiënt.

4 medewerkers

Hierbij gaat het niet alleen om de houding of werkwijze van de medewerker zelf, het gaat ook om de vraag of en hoe de organisatie de medewerker toerust op het uitvoeren van zijn of haar taken. Een risico is bijvoorbeeld een onderbezetting op risicovolle afdelingen.

5 patiënten

Niet alle patiënten zijn potentiële daders van agressie, geweld, of seksuele intimidatie: sommige mensen zijn eerder geneigd tot agressief gedrag dan anderen. Een risico is bijvoorbeeld vormen patiënten met een gewelddadig verleden.

6 de locatie

Ook het gebouw en de omgeving kunnen agressie, geweld en seksuele intimidatie uitlokken, bijvoorbeeld weinig privacy, slechte faciliteiten, schaarse verlichting. Het is van belang na te gaan of locaties:

- a aanleiding geven tot irritatie bij patiënten en bezoekers;
- b aanleiding geven tot gevoelens van onveiligheid bij de medewerkers;
- c gelegenheid bieden aan kwaadwillenden om agressief, gewelddadig of seksueel intimiderend gedrag te tonen.

Kenmerkend van DP-RIS is:

- DP-RIS stelt **organisatiebreed** risico's vast rond agressie, geweld, seksuele intimidatie en andere schokkende gebeurtenissen;
- DP-RIS is **draagvlak versterkend**, omdat de toepassing van de risico-inventarisatie en -evaluatie actieve betrokkenheid van de medewerkers vereist; een voorwaarde voor de latere uitvoering van maatregelen;
- DP-RIS is **procesmatig**, omdat eerst aan afdelingen wordt gevraagd welke risico's zij zien. Vervolgens worden de uitspraken aan andere afdelingen voorgelegd. Uiteindelijk bepaalt iedere afdeling welke risico's prioriteit hebben (Savornin Lohman & Dragt, 1995).

– Slachtofferregistratie

Een goede aanvulling op DP-RIS is de slachtofferregistratie, omdat deze een gedetailleerd inzicht geeft in de risico's op **afdelingsniveau**. De slachtofferregistratie is te ver-

gelijken met een ongevalsonderzoek. Na een incident vult iedere betrokkene een formulier in. Als dus vier medewerkers zijn betrokken bij een zelfde incident, dan vullen zij alle vier de registratie in.

Idealiter wordt het formulier na ieder incident ingevuld. Dit is echter in de praktijk te bewerkelijk. Men komt al een heel eind met de analyse van 5 à 10 incidenten per afdeling per jaar.

In de slachtoffer-registratie komen de volgende aspecten aan de orde:

- de situatie vóór het incident;
- de situatie tijdens het incident;
- de oorzaken;
- de genomen maatregelen na het incident;
- de opvang na het incident;
- de consequenties van het incident voor de medewerker en de instelling.

De brede analyse biedt aanknopingspunten om de opvang en veiligheid op de afdeling te verbeteren.

– Incidentenregistratie

Een andere aanvulling op de risico-inventarisatie, minder bewerkelijk dan de slachtofferregistratie, is de incidentenregistratie. Met behulp van een eenvoudig turfformulier kan het werkelijke aantal incidenten binnen de instelling, van groot tot klein, in kaart worden gebracht. De registratie dient een vierledig doel:

- het levert belangrijk aanknopingspunten voor het treffen van maatregelen op zowel organisatie- als afdelingsniveau;
- het vormt een goede check op de risico-inventarisatie en de bestaande bedrijfsongevallenregistratie;
- de effecten van genomen maatregelen kunnen hiermee gemeten worden en worden gerelateerd aan de vooraf gestelde 'targets' (bijvoorbeeld een reductie van 25% van verbale agressie per jaar);
- 'verschillen' tussen afdelingen worden inzichtelijk.

Om onderrapportage van incidenten zoveel mogelijk te voorkomen is het van belang om duidelijke afspraken te maken over de registratieprocedure en deze bij iedereen bekend te maken. Ook is het belangrijk om medewerkers te motiveren voor de registratie, door duidelijk te maken wat het doel is en de uitkomsten regelmatig te bespreken.

13.2.3 Stap 3 Wegen en plan van aanpak

In deze fase worden de risico's gewogen en beslissingen genomen over de concrete aanpak van agressie. De volgende vragen zijn hierbij behulpzaam:

- welke risico's staan met elkaar in verband en welke risico's wegen het zwaarst (beoordelen);
- welk niveau van veiligheid en opvang wil/kan de organisatie haar medewerkers bieden (normeren);
- hoe kan dit niveau beleidsmatig gerealiseerd worden en welke activiteiten kunnen dit beleid ondersteunen (acties bedenken);
- welke acties moeten in welke volgorde worden ondernomen (prioriteren).

In deze fase is het binnen de organisatie bespreekbaar maken van de uitkomsten van de risico-inventarisatie van groot belang. Zo wordt duidelijk welke doelen men wil bereiken en aan welke problemen men prioriteit wenst te geven. De organisatie kan het bespreekbaar maken vormgeven door bijvoorbeeld een forum van deskundigen, waarin de organi-

satie zowel verticaal als horizontaal is vertegenwoordigd, hierover te laten discussiëren. Een andere mogelijkheid is de uitkomsten aan iedere afdeling voor te leggen en hun te vragen een normering en prioritering aan te geven, zoals gebeurt in de methode DP-RIS.

Het wegingsproces moet leiden tot een concreet plan van aanpak. Idealiter zijn hierin de volgende onderwerpen uitgewerkt:

- te bereiken doelstellingen op afdelings- en organisatieniveau;
- een overzicht met de te ondernemen acties, op welke termijn dit gebeurt, wie daarvoor verantwoordelijk is en (eventueel) welke kosten daaraan verbonden zijn;
- een communicatieplan voor het informeren van alle betrokkenen;³
- een planning voor de evaluatie van het plan van aanpak.

Het is van groot belang dat het plan van aanpak goed aansluit bij het algemene arbo-, kwaliteits-, scholings- en financiële beleid. Ook dient bij het ontwikkelen van het plan rekening te worden gehouden met (toekomstige) organisatie-veranderingsprocessen. Dit kan bijvoorbeeld door het ontwerpen van toekomstscenario's over de ontwikkelingen in de GGZ.

Tot slot is een reële inschatting van de draagkracht en -last van de uitvoerenden van het project onontbeerlijk.

13.2.4 Stap 4 Werken: uitvoeren van activiteiten en maatregelen

Deze fase bestaat uit het uitvoeren van de maatregelen volgens het plan van aanpak. De aanpak van agressie zal voor iedere organisatie anders zijn, afhankelijk van de eigen visie op de problematiek en de individuele situatie. Hier noemen we enkele algemene activiteiten die ons inziens thuis horen bij de aanpak van de agressie in het psychiatrisch ziekenhuis.

– Cultuuromslag en draagvlak creëren

Een eerste voorwaarde voor de aanpak van de agressief gedrag van patiënten is dat dit niet langer wordt getolereerd. In de psychiatrie vereist dit een fikse cultuuromslag. Goede interventies voor het bewerkstelligen van een cultuuromslag zijn: het geven van voorlichtingsbijeenkomsten en het uitbrengen van een brochure. Hierin dient de organisatie duidelijk te maken dat agressie, geweld en seksuele intimidatie van patiënten jegens medewerkers niet tot de geaccepteerde omgangsvormen behoren. Belangrijke elementen bij de voorlichting zijn:

- voorlichting over de aard, de omvang, de oorzaken en de gevolgen van agressie en andere schokkende gebeurtenissen;
- het presenteren van rolmodellen, bijvoorbeeld een leidinggevende die vertelt over de gevolgen van een eigen ervaring met agressie, een rollenspel of video over de bestaande normen en waarden ten aanzien van agressie in de psychiatrie;⁴
- het bespreken van de bestaande normen en waarden ten aanzien van agressief gedrag van patiënten op de eigen werkplek

Een tweede voorwaarde voor de aanpak van agressie is dat hiervoor een breed draagvlak is. Een breed draagvlak wordt met name gecreëerd door alle belanghebbenden bij het onderwerp te betrekken. We denken hierbij aan het volgende:

- Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS) door zowel het multidisciplinaire team als het management (afdelingshoofden en hoger management). Met behulp van TZAS kan een organisatiebrede uitwisseling⁵ op gang komen over de aanpak van agressie en haar nadelige gevolgen (zie verder par. 3.4);

- agressief gedrag van patiënten bespreekbaar maken in bestaande overleggen, zoals tussen patiënten en team en team en behandelaren;
- de aanpak van agressie en de nadelige gevolgen bespreken met de ondernemingsraad (OR), de patiënten- en belangenvereniging en met externe betrokkenen zoals politie, justitie en andere hulpverleningsinstanties.

– Werken aan opvang

Goede bedrijfsopvang bestaat uit het bieden van begrip en steun aan getroffen medewerkers door een ervaren 'opvangster' en het zorgdragen voor praktische begeleiding bij juridische problemen, artsbezoek, het regelen van schadeherstel, etc. Belangrijke elementen bij het werken aan opvang zijn de volgende:

- het vastleggen van de opvangprocedure in een opvangdraaiboek. Hierin kan worden beschreven welke procedures moeten worden gevolgd na een incident, wie verantwoordelijke personen zijn voor de opvang en begeleiding en welke taken en bevoegdheden zij hebben;
- het geven van scholing over het bieden van opvang van getroffen medewerkers aan daartoe geselecteerde personeelsleden;
- het geven van voorlichting over schokverwerking om de schrik en angst over de eigen stressreacties na incidenten te voorkomen;
- het instellen van een werkgroep die het beleid ten aanzien van de opvang en praktische begeleiding van getroffen medewerkers stimuleert, coördineert en evalueert.

– Werken aan veiligheid

In een goed veiligheidsbeleid wordt aandacht besteed aan sociopreventieve maatregelen (organisatorische en personele maatregelen) en aan technopreventie (materiële en bouwkundige maatregelen). We beperken ons hier tot enkele organisatorische en personele maatregelen.

Organisatorische maatregelen zijn het opstellen van een veiligheidsdraaiboek. Hierin dient vastgelegd te worden:

- welke huisregels voor patiënten gelden;
- welke sancties op overtreding van de regels staan;
- welke gedragscode voor medewerkers geldt in het omgaan met agressief en seksueel intimiderend gedrag van patiënten (wat mag wel en wat niet);
- hoe concreet moet worden gehandeld in een (potentieel) gewelddadige situatie (wie doet wat, wanneer en hoe);

Het aanbrengen van zones binnen de instelling: middels zonering kan worden aangegeven tot welke ruimtes, middelen en apparatuur de verschillende groepen gebruikers zijn geautoriseerd.

Het instellen van een werkgroep die het veiligheidsbeleid omtrent agressie, geweld en seksuele intimidatie stimuleert, coördineert en evalueert.

Personele maatregelen zijn het geven van scholing rondom veilig werken, zoals het leren signaleren van dreigend agressief gedrag, het leren hanteren van conflicten, het omgaan met (dreigend) fysiek en seksueel geweld en het leren kennen en aangeven van de eigen grenzen. Trainingen op dit gebied dienen bij voorkeur aan het voltallige (multidisciplinaire) team te worden gegeven.

Het geven van voorlichting over de samenhang tussen agressief gedrag van patiënten en de kwaliteit van de dienstverlening en bedrijfsvoering.

Het is verstandig eerst te werken aan een opvangbeleid en pas daarna aan de verbetering van de veiligheid. Medewerkers willen namelijk eerst steun en begrip voor de moeilijke

heden die zij tegenkomen op het werk, alvorens zij zich open en creatief wensen in te zetten voor veiliger werken.

13.2.5 Stap 5 Waken: bewaken van de voortgang

Tijdens de uitvoering van het plan van aanpak dient de vinger aan de pols te worden gehouden: gaat alles volgens plan, leiden de maatregelen tot de beoogde effecten en zijn er geen ongewenste bij-effecten? Verder is het van belang om na verloop van tijd te onderzoeken hoe het beleid in de jaren voortgezet en uitgebouwd kan worden.

Om de kwaliteit en continuïteit van het opvang- en veiligheidsbeleid te waarborgen zullen er regelmatig evaluaties plaats moeten vinden. In de praktijk zal getoetst moeten worden welke maatregelen goed werken en waar behoefte aan aanpassing is.

De evaluaties kunnen bijvoorbeeld plaatsvinden aan de hand van een enquête onder de medewerkers, door een ideeënbuis te plaatsen, door de feedback van de medewerkers die opgevangen zijn te gebruiken, door de aantallen incidenten te vergelijken met de aantallen opgevangen medewerkers etc.

Enkele instrumenten die eerder aan de orde zijn gekomen zijn ook bruikbaar voor het bewaken van de voortgang:

- via de incidentenregistratie wordt gemeten of er een verandering is in de aard en omvang van incidenten;
- met behulp van de slachtofferregistratie worden de genomen veiligheidsmaatregelen en de geboden opvang geëvalueerd;
- in het Teamgericht Zorgoverleg (TZAS) worden knelpunten rondom de opvang en de veiligheid op de afdeling systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Idealiter wordt de evaluatie van het agressiebeleid:

- opgenomen in de bestaande methoden voor de bewaking van de arbeidsomstandigheden en de kwaliteit van de dienstverlening;
- besproken met de patiëntenraad, andere APZ-en, de Inspectie voor Gezondheidszorg et cetera

Het 'waken' is dus niet een kwestie van 'eens een keer' het aantal incidenten tellen: het betekent veeleer zorgen dat de aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie regelmatig onderwerp van gesprek is en blijft binnen de gehele organisatie en andere betrokkenen.

13.3 Les 3: agressie de psychiatrie uit

Een brede aanpak van agressie, geweld en seksuele intimidatie is een van onze belangrijkste uitgangspunten. Dat betekent ten eerste het verbeteren van de opvang en veiligheid op de afdelingen. Daarnaast moet ons inziens ook worden nagedacht over structurele oorzaken van agressie in de psychiatrie en de mogelijkheden om deze te beïnvloeden. We noemen vier terreinen die in dit verband serieuze aandacht verdienen van beleidsmakers, managers, directieleden, personeelsfunctionarissen, arbodeskundigen en opleiders binnen de GGZ:

- 1 personeelsbeleid;
- 2 opleidingsbeleid;

3 behandelbeleid;

4 beleidsmatige en financiële keuzen in relatie tot veiligheid.

Hieronder wordt een aantal maatregelen aanbevolen die agressie en de nadelige gevolgen structureel aanpakken.

1 Personeelsbeleid

Een personeelsbeleid waarin de veiligheid van de medewerkers centraal staat kan (de ernst van) het aantal incidenten zeker reduceren. We denken hierbij te eerste aan het nemen van reële en verantwoorde beslissingen over:

- de minimum bezettingsgraad;
- de minimum kwaliteit van medewerkers (vooropleiding, aantal jaren werkervaring);
- de verdeling man-vrouw.

Ten tweede is het van belang om bij sollicitatie- en functioneringsgesprekken aandacht te schenken aan het 'omgaan met agressie en seksuele intimidatie' ('welke ervaringen en moeilijkheden zijn er met lastige patiënten').

2 Opleidingsbeleid

Werkenden in de psychiatrie kunnen veel deskundiger worden in het hanteren van agressief gedrag van patiënten. Dit betekent dat al in de opleiding aandacht moet zijn voor dit onderwerp. Wij denken aan de volgende modules:

- het leren signaleren van agressief en seksueel intimiderend gedrag van patiënten;
- de aanpak van agressief en seksueel intimiderend gedrag van patiënten (zoals goed en veilig leren separeren);
- het omgaan met de eigen reacties en gevoelens tijdens en na incidenten.

De opleidingseis 'deskundig leren omgaan met agressie' zou ook wettelijk vastgelegd moeten worden in de wet BIG. De BIG regelt het opleidings- en deskundigheidsniveau van werknemers in de gezondheidszorg en moet nog nader worden ingevuld.

3 Behandelbeleid

Een goed behandelbeleid kan op verschillende manieren leiden tot een vermindering van agressie. Het is van groot belang bij de behandeling zo min mogelijk in de persoonlijke levenssfeer van de patiënt in te grijpen. Het is voor alle mensen van groot belang over hun directe leefomgeving enige controle te kunnen uitoefenen. Het aanbrengen van beperkingen in deze leefomgeving (vaak ten onrechte onder een therapeutisch sausje) kan gemakkelijk agressie oproepen.

Met behulp van 'customer service' wordt de afstemming tussen vraag en aanbod verbeterd. 'customer service' houdt in dat men de geleverde diensten analyseert en bij de patiënt toetst om bijvoorbeeld na te gaan wat er aan die diensten verbeterd kan worden, zodat ze minder agressiegevoelig zullen zijn.

Onderdeel van 'customer service' is ook een goede klachtenafhandeling. Met het invoeren van deze service geeft de instelling bovendien invulling aan de wettelijke verplichtingen tot het bieden van kwaliteitszorg (wet KWZ) en managen van klachten (wet WKCZ en BOPZ).

Met behulp van 'case-management', of patiënt-volgsystemen kunnen notoire agressieve patiënten binnen de GGZ begeleidend gevolgd worden. Iedere 'lastige' patiënt dient dan een vaste begeleider te hebben, die ook buiten de instelling een begeleiden-functie behoudt. De vragen die daarmee kunnen worden beantwoord zijn: waarom zijn juist zij agressief en welke aanpak is op de lange duur het meest effectief om het ongewenste gedrag een halt toe te roepen.

In de behandelingsovereenkomst tussen patiënt en hulpverlener (een verplichting vastgelegd in de wet WGBO) is het van belang om ook afspraken te maken over eventueel agressief gedrag van de patiënt. Daarbij is het van belang dat de instelling algemene huisregels opstelt over de grenzen van toelaatbaar gedrag en ook aangeeft bij welke gedragingen een patiënt niet wordt aangenomen, dan wel wordt ontslagen.

4 Beleidsmatige en financiële keuzen in relatie tot veiligheid

Het is ons inziens van belang dat APZ-en een fundamentele discussie met elkaar en andere betrokken organisaties en overheidsinstanties aangaan over de relatie tussen beleidsmatige en financiële keuzen in de GGZ en de veiligheid van de werknemers. We dragen de volgende discussiepunten aan. De laatste jaren neemt het aantal cliënten toe bij gelijkblijvende middelen. Daarnaast zijn er voortdurend reorganisaties en fusies, die de werkdruk ook lijken te verhogen.

Welke gevolgen heeft de verhoogde werkdruk? Wordt hierdoor bijvoorbeeld de zorg voor de patiënt aangetast, en verhoogt die het risico op incidenten?

Hoe verhouden zich de eisen in de Kwaliteitswetgeving en de eisen in de Arbowet rondom agressie, geweld en seksuele intimidatie? Een discussiepunt is bijvoorbeeld of de vereiste, en dus gesuggereerde, kwaliteit van de zorgverlening wel kan worden geboden bij gelijkblijvende middelen en een toename van het aantal (lastige) patiënten. En dus of agressie niet wordt opgeroepen door een zorgverlening toe te zeggen die in de praktijk niet kan worden waargemaakt.

Hoe verhouden zich enerzijds: de eisen in de vernieuwde wetgeving omtrent de rechten, de autonomie en de zelfbeschikking van de psychiatrische patiënt (wet BOPZ en WGBO) en anderzijds: de veiligheid van anderen en de patiënt zelf?

Een onderwerp van discussie is bijvoorbeeld of werkenden in de psychiatrie wel voldoende mogelijkheid hebben om 'gevaarlijke' patiënten aan te pakken zonder de rechten van de patiënt te schenden. Een ander discussiepunt is of de samenleving gebaat is bij de huidige wetgeving. Wanneer bij een opgenomen patiënt ernstige ordeproblemen ontstaan, kan een In Bewaring Stelling (IBS) worden aangevraagd als er sprake is van een geestelijke stoornis. Soms zijn er echter ernstige ordeproblemen bij een patiënt waarbij niet van een stoornis sprake is. In dat geval wordt de patiënt, vaak met steun van de politie, op straat gezet, hetgeen veel overlast kan geven voor de sociale omgeving van de patiënt en de samenleving als geheel.

Welke consequenties heeft de vernieuwde visie op de hulpverlening van patiënten (scheiden van wonen en behandelen, streven naar ambulante zorg) voor de veiligheid van de patiënt en de medewerker? Sommige vernieuwers in de GGZ zeggen bijvoorbeeld dat patiënten niet mogen worden uitgestoten uit de maatschappij. Het is echter de vraag in hoeverre chronisch psychiatrische patiënten daadwerkelijk in staat zijn deel te nemen aan het hedendaagse maatschappelijke verkeer. Onder het mom van het recht op vrijheid laten we nu veel ernstig gestoorde patiënten aan hun lot over, en dit terwijl de spankracht van de samenleving is afgenomen. Het is echter ook de vraag of het psychiatrisch ziekenhuis een oplossing is voor deze groep patiënten. Een meer principiële discussie is daarom van belang over de grenzen van de behandeling en begeleiding van psychiatrische patiënten: wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van de psychiatrie.

Tot slot dient gezegd te worden dat nog weinig **onderzoek** is gedaan naar de risico's met betrekking tot agressie, geweld en seksuele intimidatie in de GGZ en naar mogelijke preventieve maatregelen. Wetenschappelijk verantwoord onderzoek kan ondersteuning

bieden aan het verbeteren van de opvang en veiligheid in het APZ. We stellen de volgende onderzoeken voor:

- een onderzoek naar de consequenties van de veranderingen in de wet- en regelgeving voor de veiligheid van de psychiatrische patiënt, de werknemers in de GGZ, de sociale omgeving van de patiënt en de samenleving als geheel. Uit de praktijk wordt namelijk duidelijk dat de ontwikkelingen in een aantal gevallen een negatieve invloed hebben op de veiligheidsgevoelens en het welbevinden van de betrokkenen.
- het ontwikkelen van een landelijke standaard voor de registratie van incidenten in het APZ, zodat het mogelijk wordt om inter-institutionele vergelijkingen te maken.
- Momenteel zijn naar schatting 20 verschillende agressietrainingen voor werkenden in de psychiatrie op de markt.
Een studie naar het (korte- en lange-termijn) effect van de verschillende agressietrainingen is zinvol. Op deze manier kan worden bepaald welke methodieken van belang zijn om op te nemen in de opleiding van werkenden in de psychiatrie.

Noten

- 1 Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op het hoofdstuk: Agressie en geweld: de aanpak (pp. 45-52) (Steinmetz & Savornin Lohman, 1995). Uit: Seksuele intimidatie, agressie en geweld. Praktijkreeks Arbo & Milieu. Alphen aan den Rijn: Samsom Bedrijfsinformatie.
- 2 SZW, P 190, Arbo- en verzuimbeleid, Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag, 1994
- 3 directieleden, management, afdelingsteams, personeels- en Arbodienst, OR, beveiligingsfunctionarissen, patiënten, etc.
- 4 Ter ondersteuning van de implementatie van de methode TZAS heeft Psychiatrisch centrum Bloemendaal met subsidie van het ministerie van Justitie een introductievideo vervaardigd over het bespreekbaar maken van incidenten binnen het team.
- 5 Zowel verticaal: van werkvloer, via lijnmanagement, naar topmanagement, als horizontaal: tussen de verschillende disciplines van de afdeling.

Literatuur

- Andel, H. van (1990). *Zorg op maat. Inspiratiebron en werkelijkheid*. (Rapport nr. 9. Leerstoel Beleidspsychiatrie en Ziekenhuis Management.) Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Faculteit der Geneeskunde.
- Andel, H. van (1991). *Op zoek naar zorg op maat*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Faculteit der Geneeskunde.
- Arendshorst, D. (1991). Impact van agressie op medewerkers groter dan vermoed. *GGZ-GAZET*, 3, pp. 10-11.
- Baart, S. (20-12-1994). Opvang niet berekend op nieuwe groep thuislozen. *De Volkskrant*.
- Bakker, A.J.J. Leerstijlen: verborgen thema's in opleidingen (pp. 22-50). In: Kessels, J. & Smit, C. (1989). *Handboek opleiders in organisaties*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Beest, R.H.P. van (1992). Agressie in een psychiatrisch ziekenhuis. *Justitiële Verkenningen*, 18, (1) pp. 104-111.
- Beest, R.H.P. van & Steinmetz, C.H.D. (1991). *Projectplan. Project 'omgaan met Agressie en Schokkende gebeurtenissen in een Psychiatrische Centrum'*. Den Haag: Psychiatrisch centrum Bloemendaal, Utrecht: Het Instituut voor Psychotrauma.
- Beterschap, Het (1987). *De patiënt: losse handen – De verpleging: aan banden*. Utrecht.
- Bijl, R. & Lemmens, F. (1993). *Aan het werk. Een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's van werkers in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Blomhoff, S., Seim, S. & Friis, S. (1990). Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 7, pp. 771-775.
- Borssum Waalkes, J.W. van (1991). *Bondgenoot van de zwaksten. Hulpverleners in het psychiatrisch ziekenhuis*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Broers, E. & Lange, J. de. Agressie in de psychiatrie. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, juli 1996.
- Camp, P. (1992). *De kracht van de matrix. Een model om veranderingsprocessen in beeld te brengen en doeltreffend aan te pakken*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Carlier, I. V.E., Lamberts R.D. & Gersons, B.P.R. (1994). *Ingrijpende gebeurtenissen in politiewerk*. Gouda: Quint.
- Damhuis, Elshout, Verschure & Van Dijk, Van Soomeren en Partners. *Handboek veilige Zorginstellingen*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken, augustus 1995.
- Danhof-Pont, M.B. (1992). *Geslagen op je werk? Terugslaan? Agressie tegen hulpverleners in de psychiatrie*. Opleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 1990 – 1992. NIPG/TNO Leiden.
- Davidse, E.N. (1994). Wat is het nut van een geïntegreerde aanpak?. *Adviesbrief kwaliteitszorg arbozorg milieuzorg. Praktijkblad over (ontwikkelingen rond) zorgsystemen*, 1, pp. 15-17.
- Dennenoord, Psychiatrisch Centrum. *Rechten van de psychiatrisch verpleegkundige, symposium-verslag*. Zuidlaren, 1982.
- DSM-III-R Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1987). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Dragt, A., Savornin Lohman, P.M. de & Steinmetz, C.H.D. (1995). *Globale risico-inventarisatie Sociale Dienst Amsterdam*. Amsterdam: Van Dijk, Van Soomeren en Partners/STEINMETZ advies & opleiding (intern GSD).
- Duis, T. (1986). Veiligheid van verpleegkundigen in de psychiatrie. *Tijdschrift Voor Ziekenverpleging*, 2, 24, pp. 723-725.
- Dijk, J.J.M. van. *Openheid als veiligheidsprobleem; inleiding op het symposium Beveiliging van <semi> openbare gebouwen* (ongepubliceerd artikel van symposium 15 mei 1991, Apeldoorn). rapport.

- Eijken, A.W.M. (1993). *Criminaliteitsbeeld van Nederland. Omvang, achtergronden, spreiding en preventie van criminaliteit, 1980-1992*. Den Haag: Stafafdeling Informatievoorziening Directie Criminaliteitspreventie Ministerie van Justitie.
- Graaf, T. de, (1991). Tussen een houdgreep en de andere wang. Een kennismaking met cursussen 'omgaan met agressie'. *TVZ/vakblad voor verpleegkundigen*, 123, pp. 460-462.
- Groot, P.A. de & Beest, R.H.P. van (1994). *Project agressie preventie & hantering. Informatie hulpverleners*. Amsterdam: Lundbeck B.V.
- Hart, O. van der, (1991). Theorie, kenmerken, stoornissen. In: *Trauma dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Herpers, T., Enthoven, M. van & Jonker, A. (1993). *Rapport bedrijfsongevallen 1992 Bloemendaal/Dorestad*. Den Haag: Psychiatrisch centrum Bloemendaal (interne publikatie).
- Hilkens, H.G.M. & Huisintveld, J.A. (1995). *Memo Slachtofferhulp 1995*. Deventer: Kluwer.
- Hoek, A. van, Savornin Lohman, P. de, Soomeren, P. van & Loef, K. *Beveiliging en bedrijfsvoering: naar een geïntegreerde aanpak*. Ministerie van Justitie en Van Dijk van Soomeren en Partners. Den Haag/Amsterdam, januari 1994.
- Huber, J. (1993). *Agressie in de psychiatrie. Nederlands onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten en agressie-trainingen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie van de Faculteit der Psychologie.
- Jacobs, C. (1992). GGZ in getallen 1992: kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg: instellingen, zorgcircuits, trends 1980-2000. *NcGV-reeks*; 92, 15.
- Janssen, M. (1993). *Het Amsterdamse model halfweg. Een tussenstand van de GGZ-hervormingen in de hoofdstad*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Jongerden, I., Hollands, L. & Bergen, B. van (1994). *Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie*. Utrecht: Lemma.
- Justitiële verkenningen, 18, 1992: Slachtoffers in de beroepssfeer.
- Justitiële verkenningen, 1, 1994: Geweld.
- Keizer, G.J. (1994). *Gebouwde omgeving, ruimtegebruik en agressie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Lundbeck B.V.
- Lange, J. de (1986). Dwang in de B-verpleging. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 41, pp. 298-302.
- Lange, J. de & Weeghel, J. van (1990). *Onderzoeksvoorstel: agressie tussen psychiatrische patiënten en verpleegkundigen*. Utrecht: NcGv.
- Lanza, M.L., Kayne, H.L., Hicks, C. & Milner, J. (1991). Nursing staff characteristics related to patient assault. *Issues in mental health Nursing*; 12, 3, pp. 253-265.
- Legemaate, J. Het veiligheidsbeleid in de instelling: juridische aspecten. In: Steinmetz, C.H.D., Regeer, L. & Hollander, L.B. (1993). *Veiligheidsbeleid in de instelling*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Legemaate, J. Kwaliteit van zorg en wetgevingsbeleid. *Kwaliteit en Zorg*, 1995, 3, 1, pp. 16-18.
- LEO Verpleegkundig Management. Studiedag 'Agressie en de CAO: veiligheid voor verpleegkundigen'. Amsterdam: LEO Verpleegkundig Management, 1993.
- LEO Verpleegkundig management. 'Controle en Fysieke Beheersing'. 'Een professioneel verpleegkundig antwoord op het probleem van agressie en geweld in de psychiatrie en zwakzinnigheidszorg', interne publikatie, Amsterdam.
- Leppanen, R.A. & Olkinuora, M.A. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 1987, 13, 1, pp. 1-8.
- Mandemaker, T., Eijk, M.H. van & Klomps, A. (1994). *Agressie en geweld van publiek tegen werknemers*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Den Haag: VUGA.
- Meerstadt, E.P.G. & Verschure, C.M.M. (1994). *Beveiliging ziekenhuizen regio Twente. Twents psychiatrisch ziekenhuis*. DamhuisElshoutVerschure, Organisatieadviseurs/Poltie Twente. (intern rapport).
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1994). Arbo- en verzuimbeleid. De wettelijke basis voor de zorg voor arbeidsomstandigheden en het terugdringen van het verzuim nader toegelicht. P 190. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Nat, C. van der (1995). Van security-audit tot praktijkgericht beveiligingsplan (Lezing). *Congres beveiliging van openbare gebouwen*. Eindhoven: Centrum voor Kennis Communicatie.

- Osselaer-Schouterden, H.C.D.E. van (1990). Burnout: een specifiek beroepsrisico in de gezondheidszorg. *HZH*, 20, pp. 854-857.
- Oud, N. (1991). Eerste resultaten uit onderzoek. *Tijdschrift Voor Ziekenverpleging*, 13, pp. 454-459.
- Pandora (1994). *Zolang wij er geen last van hebben: de grenzen van de tolerantie ten aanzien van psychiatrische patiënten*. Amsterdam: Stichting Pandora (interne publikatie).
- Piepenbrink, R. (1986). Machtspatronen in de psychiatrische verpleegkunde. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 41, 10, pp. 979-991.
- Poll, M. (24 november 1994). *Psychiater moet ook praten over seks*. NRC Handelsblad.
- Poll, N.S., Steinmetz, C.H.D., Polak, E.J. & Burik, A. van (1994). *Evaluatie consultatie-training Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen voor Psychiatrisch centrum Bloemendaal*. Amsterdam: STEINMETZ advies & opleiding/Van Dijk, Van Soomeren en Partners.
- Poll, N.S., Steinmetz, C.H.D. & Swinkels, R. (1995). *Evaluatie agressieproject Sociale Dienst Amsterdam Rayonkantoor Noord 1990-1994*. Amsterdam: STEINMETZ advies & opleiding.
- Psychiatrisch centrum Bloemendaal (1994). *Bloemendaal/Dorestad, een zorgonderneming. Sociaal Jaarverslag 94*. Den Haag: Psychiatrisch centrum Bloemendaal.
- Psychiatrisch centrum Bloemendaal (1995). *Meerjarenplan '95-'98 Bloemendaal/Dorestad, een zorgonderneming*. Den Haag: Psychiatrisch centrum Bloemendaal.
- Savornin Lohman, P.M. de & Dragt, A. (1995). *Globale risico-analyse Sociale Dienst Amsterdam; algemene handleiding*. Amsterdam: Van Dijk, Van Soomeren & Partners en STEINMETZ advies & opleiding.
- Schaepman, K. (1994). *Een gek in de Vrolikstraat. De onaanraakbaren van Nederland*. Amsterdam: Van Gennep.
- Sijp, A.. Agressie in algemeen psychiatrische ziekenhuizen: een visie van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. In: Steinmetz, C.H.D., Regeer, L. & Hollander, L.B. (1993). *Veiligheidsbeleid in de instelling vanuit verpleegkundig perspectief*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stroosnijder, P. (1989). *Bedrijfsnoodplan voor bedrijven en instellingen*. Lelystad: Koninklijke Vermande B.V.
- Steinmetz, C.H.D. (1990). *Hulp aan slachtoffers van ernstige misdrijven: Effecten van slachtofferhulp en primaire opvang*. Gouda: Quint bv.
- Steinmetz, C.H.D. (1992). Slachtoffers in de beroepssfeer. *Jusitiële verkenningen*, 18 (1), pp. 9-25.
- Steinmetz, C.H.D. & Savornin Lohman, P.M. de. *Agressie en geweld: de aanpak* (pp. 45-52). In: Kramer, M., Bezemer, W., Kuiper, A., Savornin Lohman, P.M. de & Steinmetz, C.H.D. (1995). *Seksuele intimidatie, agressie en geweld*. Praktijkreeks Arbo & Milieu. Alphen aan den Rijn: Samsom Bedrijfsinformatie.
- Stüssgen, R.A.J. (1995). Tussen volgzzaamheid en autonomie. Naar wederzijds vertrouwen. *Medisch contact*, 50, pp. 821-823.
- Swanton, B. & Webber, D. (1990). *Protecting counter and interviewing staff from client aggression*. Canberra: The Australian Institute of Criminology, Crime Prevention Series.
- Velden, P.G. van de, Herpers T.M. M. & Steinmetz C.H.D. (1992). *Rapport Agressie en Schokkende gebeurtenissen in Psychiatrisch Centrum Bloemendaal. Omvang, aanpak en gevolgen*. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.
- Velden, P.G. van de & Herpers, T.M.M. (1994). Agressie in een psychiatrisch ziekenhuis. Een studie naar de omvang en de gevolgen voor het personeel. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 5, pp. 209-221.
- Verhugt, S. (1994). *Hoofdstukken over gezondheidsrecht*. Arnhem: Gouda Quint.
- Verhoeff, J. (1995). Brief van De Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg aan psychiaters, officieren van justitie en rechters in Nederland, 20/11/1995. Rijswijk, Postbus 5850, 2280 HW Rijswijk.
- VGBBK. *Symposium 'Agressie: Onderzoek, behandeling en diagnostiek'*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.
- Vrooland, V. (1989). *Arbo-beleid in de gezondheidszorg. Werkboek voor Ondernemingsraden en Medezeggenschapscommissies*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA.
- Weeghel, J. van (1991). Agressie in de psychiatrie: een gevoelig onderwerp. *TVZ/vakblad voor verpleegkundigen*, 13, pp. 463-468.

Bijlage

Om een indruk te geven van een Teamgericht Zorgoverleg volgt hier een aantal fictieve fragmenten uit de beide groeps gesprekken: uit een TZAS-opvanggesprek (fasen 1-5) en uit een TZAS veiligheidsgesprek (fasen 4-6).

De deelnemers zijn:

- 1 gespreksleider/zorgcoördinator
- 2 verpleegkundige Annelies
- 3 verpleegkundige Bert
- 4 verpleegkundige Mark
- 5 afdelingsassistent Josien

Fragmenten uit het TZAS-opvanggesprek: de fasen 1,2,3,4 en 5.

Fase 1: opening van het overleg TZAS-opvang

Gespreksleider: 'We beginnen vandaag met 'teamgericht zorgoverleg'. Het doel is om het over die gebeurtenissen die op de een of de andere manier indruk maakten, te hebben met elkaar. We gaan dat doen op een gestructureerde manier. Eerst zal ik jullie vragen om allemaal, in het kort, een gebeurtenis te vertellen die je op wat voor manier dan ook als schokkend hebt ervaren. Dan kiezen we er gezamenlijk een of twee uit, die uitgebreider besproken zullen worden. Tenslotte kijken we ook naar de opvang na zo'n gebeurtenis, en de eventuele knelpunten die daar opvielen.

Eerst wil ik een paar spelregels afspreken. Een: alles wat we hier bespreken is vertrouwelijk. Alles blijft dus binnen deze muren, binnen dit team. Twee: we geven elkaar geen kritiek. Dus als iemand iets zegt, dat een ander dan niet zegt: 'Ja, maar waarom heb je dat ook niet zó gedaan!' of zo. En drie: iedereen vertelt vanuit zichzelf. Het gaat dus niet om ervaringen van iemand anders, of van horen zeggen of zo.

Mijn rol is wat anders dan anders: ik zit hier als gespreksleider. Ik probeer er dus voor te zorgen dat we in dit uur al die dingen aan de orde kunnen stellen die ik zojuist noemde, en dat we ons allemaal aan de spelregels houden.'

Fase 2: het inventariseren van ervaringen

Gespreksleider: 'Ik wil jullie vragen om kort en bondig een gebeurtenis te vertellen die je recent hebt meegemaakt. En kijk of je daarbij kan aangeven wat nou het meeste indruk op je maakte.'

Mark: 'Dat was iets met Karel. Die had weer eens zo'n slechte tijd, dat ie het allemaal niet meer ziet zitten en een hele dag geweldig boos loopt te doen. En hij liep maar te tieren 'dat ie hier weg ging en dat ze dan wel eens zouden zien wat ie ging doen!'. Goed, ik kwam hem tegen op de gang, komt ie opeens voor me staan en zegt, heel rustig: 'En jij bent de eerste die eraan gaat, want jullie zijn de grootste klootzakken.' Ik schrok ervan. Achteraf dacht ik: wat een onzin, Karel heeft gewoon weer eens een boze bui. Maar op dat moment schrok ik er wel van.'

Gespreksleider: 'Wat de meeste indruk op je maakte dat was dat hij je zo persoonlijk aansprak?'

Mark: 'Ja, dat klopt. Dat ie dat zo rustig zei alsof ie het misschien wel echt meende of zo.'

Annelies: 'Wat ik heb meegemaakt gaat niet over iets gewelddadigs. Ik zat laatst met patiënte X te praten, en die begon vrij opeens over haar verleden te vertellen. Dat is een verschrikkelijk verhaal, van jarenlange incest. In de klas van mijn zoontje zit een meisje dat thuis is weggehaald, nog niet zo lang geleden. Ook vanwege incest en mishandeling. En dat meisje, dat ken ik. En heel raar: diezelfde nacht, na dat gesprek met Mia, droom ik over dat meisje van school,...'

Fase 3: het selecteren van ervaringen

Gespreksleider: 'We hebben nu van iedereen een ervaring gehoord. Ik stel voor dat we er twee uitkiezen die we verder gaan bespreken.'

Josien: 'Ik vond dat verhaal van Bert heel duidelijk. Over die ruzies tussen patiënten, wat je dan moet doen. Dat maken we allemaal regelmatig mee.'

Gespreksleider: 'Ja, inderdaad en wat Annelies vertelde, dat [REDACTED] heel persoonlijk van aard, over wat zo'n incestverhaal bij haar persoonlijk teweegbracht. Zullen we ons dan beperken tot die twee ervaringen?'

Fase 4: dieper ingaan op enkele ervaringen

Gespreksleider: 'Bert, je vertelde dat twee patiënten plotseling ruzie met elkaar kregen. Wat gebeurde er precies?'

Bert: 'Ja, ik was in de huiskamer, het was half elf 's ochtends en dan zijn er [REDACTED] veel mensen. Ik was daar alleen, wat dingen aan het opruimen. En patiënt A zat iets te lezen. En toen kwam patiënt B binnen, en blijkbaar hadden die twee al bonje, want in no time hadden die geweldige ruzie. Heel heftig: 'Ik sla je in mekaar', dat soort dingen. Ik zag dat gebeuren en ik dacht: shit, ik ben hier helemaal alleen. Even later kwam Hans eraan, en die is de boel gaan sussen, en achteraf viel het allemaal wel mee.'

Gespreksleider: 'Die twee begonnen heftig tegen mekaar te schelden en te dreigen. Wat deed jij precies?'

Bert: 'niks! Ik stopte natuurlijk met waar ik mee bezig was, en ik keek het alleen maar zo'n beetje aan.'

Gespreksleider: 'Kun je je herinneren wat je op dat moment precies dacht?'

Bert: 'Ik dacht: ik ben hier helemaal alleen. Als de boel hier escaleert, dan sta ik er helemaal alleen voor. En, ik moet iets doen. Maar ik wist niet wat. Ik had zo'n verlamd gevoel, eigenlijk. Ik denk dat ik me ook wel bang voelde. Dat er wat zou gebeuren.'

Gespreksleider: 'Herkennen mensen dit, zo'n verlamd gevoel als je plotseling met iets heftigs of onverwachts geconfronteerd wordt?'

Mark: 'Ja! Zo gaat dat. Je staat daar en opeens gebeurt er wat, en dan schrik je je even het leplazerus!'

Josien: 'Ja, ik ken dat ook wel ja, zo'n reactie...'

Gespreksleider: 'Heb je er naderhand met iemand over gepraat?'

Bert: 'Een paar dagen later met een vriendin. We kwamen aan de klets over dat soort dingen, en toen vertelde ik dat. Die had zoiets van 'goh, wat een raar vak heb jij toch, dat je daar tegen kan, verschrikkelijk!' En ja, toen kregen we het over ruzie maken in het algemeen. Met collega's heb ik ook niet nagepraat. Het was op dat moment heel erg druk op de afdeling. Daarna had ik twee dagen vrij,...'

Fase 5: analyseren van knelpunten en zoeken naar oplossingen

Gespreksleider: 'We hebben nu twee sterk van elkaar verschillende ervaringen uitgediept: Bert die de confrontatie noemde met twee ruziemakende patiënten, hij noemde daarbij de schrik, de dreiging en het verlamme gevoel dat je niet weet wat te doen. En Annelies d'r verhaal, over hoe een verhaal van een patiënt je persoonlijk kan raken en dat je dat behoorlijk kan bezighouden. En we hebben het gehad over wat er na zo'n gebeurtenis gebeurde.'

Annelies: 'Of niet gebeurde!'

Gespreksleider: 'Of niet gebeurde, ja. Ik wil nu die problemen bij de opvang uitvoeriger gaan onderzoeken. Dat we dus gezamenlijk gaan kijken naar wat de knelpunten zijn, naar de oorzaken daarvan, en dan kijken we of daarook oplossingen voor zijn. Die knelpunten, wat valt hierover op te merken?'

Josien: 'Wat me opvalt in allebei de verhalen: als er naderhand al over gepraat werd, dan was het met vrienden, of thuis.'

Annelies: 'Ja. Niet met collega's in elk geval. Terwijl je dat toch zou denken.'

Mark: 'Wat ik me weleens afvraag bij dit soort dingen: wie moet er nou over beginnen? Als je zoiets meemaakt kun je af gaan wachten tot iemand er een keer naar vraagt. Maar je moet er misschien ook zelf over beginnen. Gewoon, dat een ander ook snapt dat iets je geraakt heeft.'

Gespreksleider: 'Je bedoelt: van wie moet het initiatief eigenlijk komen. We signaleren nou eigenlijk twee dingen: dat er op het werk eigenlijk niet over gepraat wordt, en het probleem van 'wie neemt het initiatief' om erover te praten. Laten we eens kijken naar de oorzaken daarvan. Je kan denken aan oorzaken die te maken hebben met de getroffen persoon, de collega's,...'

Annelies: 'Da's heel simpel! Als je zoiets meemaakt, dan heb je eerst helemaal niet in de gaten hoeveel indruk iets heeft gemaakt! Dat heeft dus te maken met de persoon zelf. En dat er op het werk niet over gepraat wordt, d'r is toch gewoon geen tijd voor! Zo zit onze organisatie nu eenmaal in elkaar.'

Bert: 'Ja, inderdaad. We lopen allemaal te rennen, de hele dag. Wanneer zou je het daarover kunnen hebben?'

Josien: 'Maar hoe stel je je dat dan voor? Want dat we het druk hebben, dat is nou eenmaal zo.'

Gespreksleider: 'Josien, ik stel voor dat we zo meteen mogelijke oplossingen nader bespreken. Maar ik vind het nu handiger om eerst te kijken wat nou eigenlijk die oorzaken,...'

Annelies: 'Bij de overdracht van de dienst is er wel degelijk tijd om het daar even over te hebben. Nu nemen we alleen de patiënten even door: van die moet zijn medicijnen nog krijgen en die is op familiebezoek. Maar als er tijdens je dienst iets speciaals gebeurd is zou dat natuurlijk best gemeld kunnen worden.'

Bert: 'Dat is waar. Dan weet je dat van mekaar. En als het dan over een bepaalde patiënt gaat, dat is voor de volgende dienst ook handig om te weten. Dat-ie wat opgewonden is of zo.'

Gespreksleider: 'Wat vinden de anderen daarvan?...'

Fragmente uit het TZAS-veiligheidsgesprek: de fasen 4, 5 en 6.

Fase 4: uitdiepen ervaringen TZAS-veiligheid

Gespreksleider: 'Mark, daarstraks vertelde je in het kort: je had ochtenddienst en bij het wekken van de patiënten werd je opeens geconfronteerd met een agressieve patiënt. Kun je eens precies vertellen wat er gebeurde?'

Mark: 'Het was half acht, ik doe gewoon de ronde langs de kamers om iedereen wakker te maken, en ik kom de kamer van A en B binnen. Patiënt B was al wakker, die zat rechtop in zijn bed en patiënt A lag nog te slapen. Met zijn dekens helemaal over 'm heen getrokken. Ik tik tegen die dekens, en ik hoor even wat gemompel en dan opeens vliegt ie overeind. Verschrikkelijk kwaad en hij geeft me meteen een stoot met zijn elleboog, tegen mijn hoofd. En schelden, 'wie er met zijn poten aan hem kwam'. Ik probeer 'm nog wat te kalmeren, maar meteen loopt ie naar zijn kast en haalt daar onder een stapeltje kleren vandaan, een hamer tevoorschijn. Ik denk: shit, hoe kan dat nou? Een hamer! Ik trek mijn alarmpin d'r uit, maar op dat moment komen er al twee collega's aanrennen, Bert en Carla, die hadden dat geschreeuw gehoord. En Bert en ik kijken mekaar even aan, en wat doet Carla? Die zegt: 'Ik ga hulp halen' en beent meteen de kamer uit! Bert en ik hebben 'm toen aangepakt. Bert kreeg al gauw die hamer te pakken. Ik had 'm op een gegeven moment goed vast, en patiënt A was al wat rustiger geworden. Toen kwamen er opeens wel tien collega's die kamer binnen rennen! Het leek wel een overval! En A werd daar weer helemaal wild van. Die trok zich los, en begon weer om zich heen te meppen.

Maar goed, we waren met een compleet peloton dus we kregen 'm gauw onder controle. Maar een collega van hiernaast, die liep nog een flinke klap tegen zijn wenkbrauw op! Afijn, toen is ie naar de separeer gebracht.'

Gespreksleider: 'Even terug naar dat begin, Mark. Je deed gewoon je ronde, je komt bij het bed van A, je zegt: 'Ik tikte op de dekens', en toen vloog ie opeens overeind. Zei je ook nog iets, bij dat wekken?'

Mark: 'Ja, gewoon A, wakker worden.'

Gespreksleider: 'Je tikt op die dekens, je zegt: 'A, wakker worden', en bam komt ie overeind en begint te slaan. En dan haalt ie die hamer tevoorschijn uit zijn kast.'

Mark: 'Patiënt B die schrok ook en die begon meteen verschrikkelijk te huilen. Die zat daar maar te gillen op dat bed, en patiënt A die stond te schreeuwen. Het was een gigantische toestand!'

Gespreksleider: 'Mark vertelt dus over een plotselinge confrontatie met een agressieve patiënt die bovendien ook nog staat te dreigen met een hamer. Is dat weleens vaker voorgevallen eigenlijk, dat mensen bij het wekken agressiviteit meemaakten?'

Annelies: 'Veel mensen hebben een ochtendhumeur hè. Chagrijnig soms, dát wel. Maar agressiviteit, nee, niet echt.'

Bert: 'Ik heb weleens meegemaakt dat een patiënt dat 'op die dekens tikken' (dat deed ik ook altijd) heel vervelend vond. Hij was daar kwaad over als iemand 'm zo wakker maakte.'

Gespreksleider: 'Mark, waren er signalen, op de een of andere manier, dat je dit had zien aankomen?'

Mark: 'nee! Helemaal niks! Ik tik op die dekens, zeg wakker worden en bām!'

Gespreksleider: 'niks gemerkt aan hem van tevoren?'

Mark: 'nee. Maar ik werkte die ochtend pas weer voor het eerst. Ik had daarvoor vijf dagen vrij gehad en ik was voor het eerst weer op de afdeling.'

Gespreksleider: ■ Je begon net weer. Achteraf gezien: hebben de anderen vóór die ochtend signalen gezien dat er iets met patiënt A kon zijn?’

Annelies: ‘Achteraf was hij in die dagen daarvoor wel eerder vervelend geweest. Hij had een keer ruzie gehad met patiënt B en met Josien. Gewoon wat vervelend weet-je-wel. Een beetje gauw aangebrand.’

Mark: ‘Ja, daar wist ik niks van natuurlijk.’

Gespreksleider: ‘En dan verder: hij geeft je die klap tegen je hoofd en haalt een hamer tevoorschijn. Wat heb je toen gedaan?’

Mark: ‘Mijn alarmpin eruit getrokken. En toen kwamen Bert en Carla er al aan. En Carla die meteen wegliep!’

Gespreksleider: Ik merk dat je daar boos over bent, Mark, maar ik wil je toch herinneren aan de regel dat we hier geen kritiek op mekaar gaan geven. En ook al zit Carla er nu hier niet bij, ik wil toch dat we ons aan die regel houden. Je zei dat Carla wegliep, en dan?’

Mark: ‘toen hebben Bert en ik ‘m aangepakt. En toen we ‘m vast hadden kwam die hele meute binnen. Het was kiezen: óf je gaat daar weg, de kamer uit, en wachten tot er meer mensen zijn, óf je pakt ‘m aan. Maar patiënt B die zat ook in die kamer, te gillen als ik weet niet wat. We konden moeilijk die deur achter ons dicht trekken,...’

Fase 5: analyse knelpunten veiligheid

Gespreksleider: ‘Zo direct vraag ik jullie om het voorval van Mark goed in gedachten te nemen en, aan de hand van de vier categorieën, methode, medewerker, technische en sociale organisatie, op te schrijven wat jij denkt dat de oorzaken zijn van het voorval,...’

‘Bert, jij zegt dus: het feit dat patiënt A pas geleden een andere medicatie kreeg kan er best mee te maken hebben en je zegt dat we daar weinig informatie over hebben van het behandelteam. En dan gaat het om sociale organisatie, zeg je.’

Bert: ‘Ja. Ik vind dat dat wel vaker voorkomt, dat je belangrijke dingen van de behandeling van patiënten niet weet. En die hamer natuurlijk. Die lui van de arbeidstherapie moeten beter op hun spullen passen!’

Annelies: ‘Ik vond het opvallend dat Mark vijf dagen niet is geweest en eigenlijk niet wist dat patiënt A al een paar dagen vervelend was. Dat gaat dus om de sociale organisatie, dat dat soort dingen niet goed overgedragen worden, blijkbaar. En dat Carla wegliep. Of dat nou zo handig was, daar gaat het me niet om, maar in het algemeen kun je natuurlijk wel zeggen dat we eigenlijk weinig afspraken hebben onder mekaar wat je nou moet doen in zo’n geval...’

Gespreksleider: ‘We hebben alle oorzaken opgeschreven, en we hebben bepaald dat naar ons inzicht het gebrek aan overdracht en de procedure van alarmopvolging als iemand zijn pin trekt, dat die twee dingen het belangrijkste zijn. Is iedereen het daarmee eens?’

We gaan nu kijken naar mogelijke oplossingen van die twee problemen. Dat doen we als volgt: we nemen weer even de tijd en iedereen schrijft op wat je invalt. We spreken af: hoe meer hoe beter, en hoe gekker hoe beter. Het dondert niet of een oplossing realistisch is, of haalbaar, je schrijft gewoon op wat je invalt.’

Bert: ‘Er moet iemand de leiding nemen als je met zijn allen naar die plek toegaat waar iets aan de hand is. Dat je dus niet met zijn allen als een stel blinde paarden die zaal komt op stormen en op die patiënt gaat springen!’

Gespreksleider: ‘Leiding bij alarmopvolging.’

Mark: ‘De overdracht gaat nu eigenlijk alleen op hoofdpunten. Misschien moeten

toch ook van die kleine dingen, wanneer iemand wat anders doet dan normaal preciezer gemeld worden...'

Fase 6: afronding van het overleg

Gespreksleider: 'Ik wil nu kijken wie deze dingen op die flap concreet wil gaan uitwerken tot een soort 'plan van aanpak'. Ik denk daarbij aan twee mensen; die gaan zich daar dan verder over buigen. Dat komt dan op de agenda van het eerstvolgende werkoverleg. Wie zou zich daarmee willen belasten? Dan wil ik nu nog even het rijtje af: ik zou graag van iedereen even willen horen wat ie ervan vond.'

Mark: 'Ja, ik vind het wel goed. Dat uitzoeken waarom Mark dat overkwam helpt ons verder. Soms zit ik op de fiets op weg naar huis en dan ben ik nog helemaal met mijn werk bezig. Ik vind het wel goed om dit met elkaar te bespreken,...'

Gespreksleider: 'Ik wil iedereen zeer bedanken voor de bijdrage, dat we over deze onderwerpen in zo'n open sfeer met mekaar kunnen praten. Bedankt dus.'

Psychiatrisch centrum Bloemendaal is in 1992 gestart met het project 'Agressie en schokkende gebeurtenissen' om de opvang en veiligheid van de werknemers structureel te verbeteren. De kennis en ervaring die met dit project is opgedaan is zeer bruikbaar voor andere instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg. Vandaar dit boek 'Agressie en schokkende gebeurtenissen in de GGZ'.

De auteurs geven richtlijnen voor de beleidsmatige aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen. De praktijk heeft inmiddels uitgewezen dat zo'n aanpak belangrijke resultaten kan opleveren: voorkomen van burn-out en posttraumatische stressstoornissen, verhoogde arbeidstevredenheid, kostenbeheersing voor de organisatie en kwaliteitsverbetering van de dienstverlening.

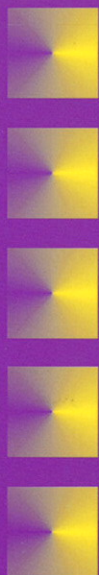
Het boek bestaat uit drie delen:

Deel I Algemeen kader beschrijft veranderingen in de aard, omvang en oorzaken van agressie in de geestelijke gezondheidszorg; wet- en regelgeving; gevolgen van agressie en instrumenten voor de opvang van veiliger werken.

Deel II De aanpak van agressie en schokkende gebeurtenissen in Psychiatrisch centrum Bloemendaal beschrijft stap voor stap de verschillende manieren van aanpak van agressie: slachtofferbijeenkomsten, training in opvang en praktische begeleiding, opvang en beleid, aanpak van agressie op risicovolle circuits, voorlichtingsdagen, teamgericht zorgoverleg over agressie en schokkende gebeurtenissen (TZAS), training Controle en Fysieke Beheersing en als laatste stap de evaluatie.

Deel III Lessen verwoordt de lessen die men in Bloemendaal heeft geleerd van het project 'Agressie en schokkende gebeurtenissen'.

Dit boek is bestemd voor leidinggevenden en staffunctionarissen in de GGZ, beleidsmedewerkers in de GGZ en bij de overheid, en docenten van agressietrainingen.



ISBN 90 313 2150 8
NUGI 750/758

ISBN 90-313-2150-8



9 789031 321506