

‘Kunnen de separatiecijfers omlaag?’ Structuur geven aan behandelbeleid met methodisch werken

C.E. BOUMANS, J.I.M. EGGER, G.J.M. HUTSCHEMAEKERS

- ACHTERGROND** Het creëren van een veilig behandelklimaat met minimaal gebruik van dwang op een afdeling voor intensieve psychiatrische zorg is een complex proces waarbij vele actoren betrokken zijn. De psychiater is verantwoordelijk voor de inzet van separatie, maar heeft een beperkte invloed op de feitelijke vormgeving ervan. Methodisch werken van het multidisciplinaire behandelteam kan hier perspectief bieden.
- DOEL** Onderzoeken op welke wijze de psychiater met methodisch werken het behandelbeleid kan structureren om separaties te beperken.
- METHODE** Kwantitatieve analyse van de effecten van implementatie van methodisch werken op het separeergebruik op een interventieafdeling, in vergelijking met controleafdelingen. Kwalitatieve analyse van veranderingen in de werkwijze en de rol van de verschillende professionals op de interventieafdeling.
- RESULTATEN** Op de interventieafdeling nam het separeergebruik sterker af dan op de controleafdelingen. Dit ging gepaard met een toename van interdisciplinaire samenwerking en professionalisering.
- CONCLUSIE** Methodisch werken vermindert het separeergebruik, mogelijk als gevolg van betere interdisciplinaire samenwerking en professionalisering van het behandelproces.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 140-144

TREFWOORDEN behandelbeleid, ernstige psychiatrische aandoeningen, methodisch werken, separatie



‘Kunnen de separatiecijfers omlaag?’ Menig afdelingspsychiater zal bij een dergelijke vraag enig ongemak voelen. Een doelstelling als het verminderen van het benzodiazepinegebruik lijkt, hoewel ook weerbarstige materie, toch meer tot het eigen vakgebied te behoren of in ieder geval eenvoudiger te realiseren dan het doen afnemen van een dwangtoepassing als separeren. Terwijl benzodiazepinen niet kunnen worden verstrekt zonder medisch voorschrift, wordt het insluiten van een patiënt in een daarvoor bestemde afzonderlijke ruimte, omwille van de veiligheid van de patiënt en/of diens omgeving, in een noodsituatie vaak geïnitieerd door verpleegkundigen, waarna de psychiater wordt geïnformeerd. Deze is verantwoordelijk voor de veiligheid van zowel de patiënt

in de separeerkamer als van de overige patiënten op de afdeling én het personeel.

Omdat de psychiater slechts beperkte invloed heeft op het gedrag van alle betrokkenen, is de handelingsruimte klein. Nemen we daarbij nog in aanmerking dat de effectiviteit van separeren niet wetenschappelijk is onderbouwd, terwijl er aanzienlijk bewijs is voor de schadelijke effecten ervan, dan wordt invoelbaar waarom de animo van psychiaters om deel te nemen aan het maatschappelijk debat en het wetenschappelijk discours over separeren in geen verhouding staat tot de feitelijke rol die zij (dienen te) spelen in de dagelijkse praktijk (Dols & van Tilburg 2010; Frueh e.a. 2005; Sailas & Fenton 2000; Spijker 2005; Voskes e.a. 2011).

Wat kan de psychiater doen om het gebruik van dwangtoepassingen te verminderen? In de wetenschappelijke literatuur zijn vooral 'grote' ingrepen belicht, zoals het sluiten van separeerruimtes; minder aandacht kregen de 'kleinere' strategieën die dichter bij de vigerende behandelcultuur blijven. Deze strategieën focussen nogal eens op de behandeling, hetgeen aansluit bij de behandelverantwoordelijkheid van de psychiater.

Een voorbeeld hiervan is de introductie van het zogenoemde methodisch werken. Dit is een gefaseerde, systematische, transparante, doelgerichte en toetsende manier van werken, bestaande uit 5 fasen: 1. verhelferen van de zorgvraag en omzetting van probleem naar doel, 2. onderzoek naar middelen om het doel te realiseren, 3. formuleren van een geïndividualiseerd behandelplan, 4. uitvoeren van de geformuleerde interventies en 5. evaluatie en bijstellen van het behandelplan. Deze fasen kunnen zich in een behandelproces meermaals achtereenvolgend voordoen, in een cyclisch proces (Coussens 2010; Tiemens e.a. 2010). In samenspraak met patiënt en familie wordt het behandelplan op maat gemaakt, zodat voor de patiënt inzichtelijk wordt hoe hij of zij kan samenwerken met het team om de eigen doelen te verwezenlijken. Zo'n behandelplan biedt patiënten een meer voorspelbare omgeving en vormt een leidraad voor de verpleging. Door de nadruk op cyclische evaluatie stimuleert het methodisch werken een kritische reflectie op de resultaten en op mogelijke oorzaken van haperingen in het beloop. Het doelgerichte karakter van methodisch werken impliceert een hoge prioriteit voor de preventie van separeren, aangezien de doelen van de patiënt niet vanuit de separeerkamer gerealiseerd kunnen worden. Vanwege deze kenmerken veronderstellen wij dat methodisch werken kan bijdragen aan een reductie van separeergebruik.

In deze bijdrage doen wij verslag van een onderzoek naar de effecten van de implementatie van het methodisch werken. Wij presenteren onze bevindingen vanuit de vraag hoe de afdelingspsychiater richting kan geven aan een behandelbeleid met minimaal separeergebruik.

METHODE

Setting

Het onderzoek vond plaats in een regionale ggz-instelling, die in 2006 startte met de reductie van dwang en drang. Eén van de deelprojecten betrof de afdeling waar de eerste auteur werkzaam was en die langdurige, intensieve zorg bood aan patiënten met een psychose en verslavingsproblematiek. Het separeergebruik naar aanleiding van agressie-incidenten was hoog. Om dit te veranderen richtte het project zich op de vormgeving van het behan-

AUTEURS

CHRISTIEN BOUMANS, psychiater in de langdurige, intensieve en complexe zorg, Vincent van Gogh (VVG), Venray, thans: GGZ Oost Brabant, Huize Padua, Boekel.

JOS EGGER, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en opleider psychologisch specialisten, wetenschappelijk hoofd, sectie Topklinische patiëntenzorg, VVG en hoogleraar Contextuele Neuropsychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

GIEL HUTSCHEMAEKERS, gezondheidszorgpsycholoog en hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg, Radboud Universiteit Nijmegen, hoofd onderzoek, Pro Persona, Wolfheze, en hoofd zorgprogramma, Indigo basiszorg GGZ Gelderland.

CORRESPONDENTIEADRES

Christien Boumans, psychiater, Huize Padua, GGZ Oost-Brabant, Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel.
E-mail: ce.boumans@ggzoostrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-6-2015.

delproces. Het format van behandelplan en verpleegplan werd herzien. Per zorgdomein konden probleem en sterke kanten, doel, interventies en uitvoerenden worden geformuleerd. De persoonlijke verpleegkundig begeleider kreeg een speciale rol in het voorbereiden van de patiënt en familie op de behandelbesprekingen. Nadat het multidisciplinaire team in het eerste kwartaal van 2009 een training in de principes van het methodisch werken had gevolgd, werd de nieuwe werkwijze in praktijk gebracht.

Onderzoekopzet

Wegens het unieke karakter van de interventieafdeling werd binnen de instelling gezocht naar een combinatie van afdelingen met een vergelijkbare patiëntenpopulatie. Wij kozen voor een quasi-experimentele opzet met een niet-equivalente controlegroep, waarbij 3 andere afdelingen voor intensieve, complexe zorg als controlegroep fungeerden: een afdeling voor langdurige, intensieve zorg voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en/of verminderde begaafdheid, een forensisch-psychiatrische afdeling en een crisisinterventie- en behandelunit, alle met separeervoorziening.

Uitkomstmaten waren de incidentie en duur van separaties. We gebruikten hiervoor de kwartaalcijfers uit het Argus-registratiesysteem (Janssen e.a. 2011), van het

tweede kwartaal van 2008 tot en met het tweede kwartaal van 2010.

De hypothese dat op de interventieafdeling een sterkere reductie in separeren werd bereikt dan op de controleafdelingen toetsten we met een multivariate regressieanalyse met twee afhankelijke variabelen: het separeergebruik op de interventieafdeling en het separeergebruik op de controleafdelingen. We voerden twee afzonderlijke analyses uit voor de incidentie en voor de totale duur van separaties.

Met een kwalitatieve analyse onderzochten we welke factoren bijdroegen aan de reductie van het separeergebruik. In individuele behandeltrajecten bestudeerden we de werkwijze en rollen van de verschillende professionals binnen de cyclus van het methodisch werken. We evalueerden het implementatieproces met een schriftelijke vragenlijst en een mondelinge bespreking in het multidisciplinaire team. (Voor een uitgebreide beschrijving van het onderzoeksopzet, de statistische procedures en de resultaten wordt verwezen naar de eerdere publicaties (Boumans e.a. 2014 en 2015).

RESULTATEN

Separatiecijfers

In de periode van het tweede kwartaal van 2008 tot en met het tweede kwartaal van 2010 nam op de interventieafdeling zowel het aantal gestarte separaties als de totale duur van de separaties sterker af dan op de controleafdelingen ($p < 0,01$). Op de interventieafdeling daalde de incidentie per 1000 verpleegdagen van 15 naar 3 per kwartaal en de duur van 934 naar 62 uur; op de controleafdelingen was de incidentie bij aanvang 11 en in het tweede kwartaal van 2010 12, de totale duur daalde van 398 naar 356 uur.

Kwalitatieve analyse

Behalve veranderingen die inherent zijn aan het methodisch werken, zoals een toegenomen transparantie en doelgerichtheid van het behandelproces, bleek dat de zorgvuldige formulering van interventies de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen disciplines verhelderde en tot meer differentiatie leidde. Ook werd zichtbaar dat de interventies vaak aan elkaar gerelateerd en synergistisch waren. Het spreken van dezelfde 'taal' om voor de patiënt de eenduidigheid te vergroten, versterkte ook het onderlinge begrip en de teamcohesie. Dit ging gepaard met een verdere professionalisering van de onderscheiden beroepsgroepen, in het bijzonder de verpleegkundige discipline. De coördinerende rol voor patiënt en familie versterkte hun positie en daagde hen uit tot innovatieve ideeën. In plaats van de tijdens het weekend

gerezen problemen op maandagmorgen 'op het bord van de behandelaar te leggen', presenteerde men mogelijke oplossingen.

DISCUSSIE

Na de implementatie van methodisch werken zagen we op de interventieafdeling een sterkere vermindering van het separeergebruik dan op de controleafdelingen. Dit ging gepaard met een toename van professionalisering en interdisciplinaire samenwerking. Dat het faciliteren van de intra- en interprofessionele samenwerking een belangrijke factor kan zijn in de afname van agressie en dwangtoepassingen, werd eerder gesuggereerd (Abderhalden e.a. 2008). Om de separatiecijfers omlaag te brengen zou de psychiater, die op een afdeling voor intensieve zorg een sleutelrol heeft in de zorginhoudelijke processen (Hutschemaekers e.a. 2005), kunnen inzetten op samenwerking aan de hand van een behandelplan.

Effectieve interdisciplinaire samenwerking vereist zowel het behoud van differentiatie van de disciplinaire rollen als het ontwikkelen van gezamenlijke kerntaken (Rosen & Callaly 2005). Het methodisch werken biedt daarvoor een geschikte structuur. Vanuit een integrale visie op de problematiek en op de wensen en mogelijkheden van patiënt, familie en professionals kan de afdelingspsychiater een grondplan aanreiken, waarin alle betrokken disciplines hun interventies kunnen uitwerken.

Overigens is de wetenschappelijke evidentie dat een zorg- of behandelplan bijdraagt aan de kwaliteit of effectiviteit van de patiëntenzorg of aan het verminderen van dwangtoepassingen gering (Donat 2003; Hall e.a. 2008; Taxis 2002). Dit lijkt deels te wijten aan gebrekkige implementatie (Sørgaard 2004). De kracht van methodisch werken is gelegen in het consequent doorlopen van de gehele cyclus totdat de doelen (voldoende) zijn gerealiseerd; de uitvoering, evaluatie en revisie krijgen dezelfde prioriteit als het opstellen van een geïndividualiseerd behandelplan.

Aan dit project kleven diverse beperkingen wat betreft de interne validiteit van de resultaten, vanwege verschillen tussen de interventieafdeling en de controleafdelingen. De positie van de eerste auteur als *scientist practitioner* op de interventieafdeling bood de mogelijkheid van optimale betrokkenheid bij de implementatie van de interventie en observatie van het veranderingsproces 'van binnenuit', maar vormde ook een potentiële bron van observatiebias. De onderzoeksopzet maakt geen conclusie mogelijk over een causale relatie van methodisch werken via toegenomen professionalisering en samenwerking naar dwangreductie.

Toch geven onze bevindingen voldoende aanknopingspunten om het methodisch werken in een behandelplan-cyclus verder te ontwikkelen en het onderzoek naar de effecten ervan op de veiligheid en effectiviteit van behandeltrajecten en op de samenwerking van professionals met elkaar en met patiënt en familie voort te zetten.

CONCLUSIE

Op een afdeling voor intensieve psychiatrische zorg geeft methodisch werken richting aan het behandelbeleid.

Met deze gefaseerde, systematische, transparante, doelgerichte en toetsende opzet van het behandelproces wordt een structuur gecreëerd die alle betrokkenen houvast biedt, zodat de noodzaak tot separeren afneemt. Door te investeren in methodisch werken kan de afdelingspsychiater een behandelproces op gang brengen waarbinnen alle disciplines hun bijdrage optimaal kunnen ontwikkelen en integreren. Zo kan methodisch werken de interdisciplinaire samenwerking en professionalisering van de zorg bevorderen.

LITERATUUR

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 44.
- Boumans CE, Egger JIM, Souren PM, Hutschemaekers GJM. Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *Int J Ment Health Nurs* 2014; 23: 161-70.
- Boumans CE, Walvoort SJ, Egger JIM, Hutschemaekers GJM. The methodical work approach and the reduction in the use of seclusion: How did it work? *Psychiatr Q* 2015; 86: 1-17.
- Coussens A. *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Garant; 2010.
- Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 119-23.
- Dols A, van Tilburg W. Reduction in the use of seclusion: some views on the current situation. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 775-83.
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, e.a. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1123-33.
- Hall J, Callaghan P. Developments in managing mental health care: A review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29: 1245-72.
- Hutschemaekers GJM, Tiemens B, Kaasenbrood AD. Roles of psychiatrists and other professionals in mental healthcare: Results of a formal group judgement method among mental health professionals. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 173-9.
- Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn E, Nijman HLI, Bowers L, Mulder CL, e.a. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 429-38.
- Rosen A, Callaly T. Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrists. *Australas Psychiatry* 2005; 13: 234-40.
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001163.
- Sørgaard KW. Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic J Psychiatry* 2004; 58: 299-304.
- Spijker J, de Ruiter G, de Blok H, Brouns B, van Driel R, van Stek J, e.a. De rol van psychiaters bij separeren. *MGV* 2005; 60: 1084.
- Taxis JC. Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23: 157-70.
- Tiemens B, Kaasenbrood A, de Niet G. *Evidence based werken in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven G. *Best Practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.
- Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L. Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 792-8.

SUMMARY

Could you please reduce your seclusion rates? To structure patient care by the methodical work approach

C.E. BOUMANS, J.I.M. EGGER, G.J.M. HUTSCHEMAEKERS

BACKGROUND Creating a safe treatment environment with a minimum use of seclusion at a ward for intensive psychiatric care is a complex process involving many actors. Although s/he is accountable for the use of seclusion, the psychiatrist's influence on actual seclusion practices is limited. The methodical work approach (MWA) to patient care is designed to improve multidisciplinary care delivery.

AIM To investigate ways in which the psychiatrist can structure the treatment and reduce seclusion rates by introducing the MWA.

METHOD We performed a quantitative analysis of the effects that the implementation of the MWA on an intervention ward had on the use of seclusion, comparing the intervention ward to control wards. We also conducted a qualitative analysis of the changes that occurred in the work process and in the roles of the various professionals involved.

RESULTS The use of seclusion had reduced significantly more at the intervention ward than it had at the control wards. The reduced seclusion rates were associated with an increase in interdisciplinary collaboration and professionalisation.

CONCLUSION By helping to limit the use of seclusion, possibly due to enhanced interdisciplinary collaboration and professionalisation, the MWA offers new horizons for mental health care professionals and their patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 140-144

KEY WORDS methodical work approach, patient care management, seclusion, severe mental illness