

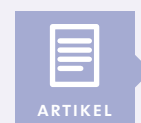
Minder separeren, veiligheid creëren; het concept ‘veiligheidsgevoel’ in beeld gebracht

C.J. SEVERS, A.J.K. HONDIUS, A.H. SCHENE

- ACHTERGROND** Het gevoel van veiligheid van het team lijkt van invloed op het toepassen van dwang en drang. Er is weinig bekend over wat een gevoel van veiligheid inhoudt.
- DOEL** Operationaliseren en kwantificeren van het begrip ‘veiligheidsgevoel’.
- METHODE** Concept mapping combineert op structurele wijze kwalitatieve (itemverzameling) en kwantitatieve methoden (multidimensionale schaling en hiërarchische clusteranalyse). Daarbij riepen we de hulp in van professionals uit de psychiatrische praktijk (n = 24), eerst individueel en daarna als groep (n = 8).
- RESULTATEN** De deelnemers genereerden en prioriteerden in totaal 97 verschillende items. Deze werden vervolgens in zes clusters onderscheiden: organisatiestructuur, professionaliteit team en teamleden, deskundigheidsbevordering, randvoorwaarden, gebouw- en interieuraspecten en visie en beleid. De clusters werden door de groep nagenoeg even hoog geprioriteerd, terwijl de afzonderlijke items in belangrikheid varieerden van 4,63 tot 2,38 (vijfpuntsschaal).
- CONCLUSIE** Concept mapping is een adequate methode om ‘veiligheidsgevoel’ te operationaliseren. Teamprofessionaliteit als openheid en communicatie, voldoende deskundigheid en vertrouwen in elkaar, maar ook een adequaat alarmsysteem zijn van belang voor medewerkers in de psychiatrie om zich op hun afdeling veilig te voelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 20-29

TREFWOORDEN concept mapping, determinanten, separatie, veiligheid



ARTIKEL



Het terugdringen van dwang en drang – en met name separaties – is al langere tijd een belangrijk onderdeel van veiligheidsbeleid in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Een landelijk programma tussen 2006 en 2009 heeft enig positief effect gehad, ondanks een stijging van het aantal onvrijwillig opgenomen patiënten (Vruwink e.a. 2012). Er is onderzoek gedaan naar alternatieven voor separeren (Voskes e.a. 2011). Volgens Verlinde e.a. (2014) zou sneller toepassen van nood- of dwangmedicatie bij gevaar niet alleen separaties voorkomen, maar ook de veiligheid vergroten. Daarbij is de voorkeur van de patiënt erg belangrijk: als patiënten zelf kunnen aangeven hoe het gevaar uit de stoornis kan worden afgewend, ervaart een aanzienlijk

deel van hen noodmedicatie als het minst ingrijpend (Georgieva 2012).

Om veilig te kunnen werken en daarmee separaties te verminderen zijn in Nederland high- en intensivecare(HIC)-afdelingen opgezet met een intensieve bezetting door hooggekwalificeerd personeel (Van Mierlo e.a. 2013). Het opzetten daarvan heeft financiële consequenties. Alleen met een dure diagnose-behandelcombinatie voor high care kan de psychiatrie dergelijke afdelingen rendabel en veilig opzetten (Gijsbers van Wijk & Hondius 2009). Het verband tussen separaties en veiligheid komt ook naar voren in ons eerdere onderzoek naar determinanten van separaties. We maakten gebruik van een visueel-analogue

likertschaal waarmee 'het gevoel van veiligheid' in het team gescoord kon worden op de dag van de separatie. Dit gevoel bleek als één van de weinige determinanten sterk samen te hangen met de mate waarin separaties werden toegepast (Vollema e.a. 2012).

Met deze bevinding bleef echter onduidelijk wat hier precies onder zou moeten worden verstaan. Er blijkt geen specifiek onderzoek te zijn verricht naar het concept 'gevoel van veiligheid' in relatie tot dwangtoepassingen. Wel is er onderzoek gedaan naar de gevoelens van verpleegkundigen die een separatie hebben uitgevoerd (Nagel e.a. 2009) en naar deelgebieden die met veiligheid te maken hebben (Van der Schaaf e.a. 2013). Uit deze onderzoeken komt naar voren dat vooral privacy (eigen ruimte voor opgenomen patiënten) van belang is voor reductie van het aantal separaties, terwijl speciale veiligheidsmaatregelen (zoals automatische vergrendeling van deuren en soort intercom) eerder lijken bij te dragen aan separaties.

In de forensische psychiatrie wordt expliciet onderscheid gemaakt tussen procedurele, materiële en relationele beveiliging (Groen & Drost 2003). In de ggz is dit onderscheid meer impliciet van toepassing. Of het gevoel van veiligheid met alle drie de soorten te maken heeft, zal blijken uit de onderzoeksresultaten.

Wij stelden ons de vraag wat er onder het concept 'veiligheidsgevoel' moet worden verstaan. Wat vinden medewerkers op een (gesloten) opnameafdeling belangrijk voor hun gevoel van veiligheid? Zijn er specifieke kenmerken te omschrijven? Kan het begrip 'gevoel van veiligheid' nader geoperationaliseerd en gekwantificeerd worden? Om deze vragen te beantwoorden, kan gebruik worden gemaakt van de methode 'concept mapping' (Swanborn 2006; De Vries e.a. 2014). Met deze door ons toegepaste onderzoeksmethode kunnen complexere en in aanvang niet eenduidige begrippen geoperationaliseerd en gekwantificeerd worden.

Onze onderzoeksvraag luidde: op welke wijze valt het begrip 'veiligheidsgevoel onder teamleden werkzaam op een psychiatrische opnameafdeling' te omschrijven? In dit artikel lichten wij eerst kort toe hoe de methode concept mapping werkt en vervolgens beschrijven en bespreken we de uitkomsten van het onderzoek.

METHODE

Concept mapping

Concept mapping is een methode die zich goed leent voor het concretiseren van een sociaal verschijnsel als veiligheidsgevoel. Concept mapping is een gestructureerd conceptualisatieproces dat de samenhang tussen verschillende ideeën en opvattingen onder betrokken partijen of stakeholders zichtbaar maakt met een point map. Het combi-

AUTEURS

CLAUDIA SEVERS, master social work en beleidsmedewerker bij GGZ Centraal, Ermelo.

ADGER HONDIUS, psychiater en geneesheer-directeur, GGZ Centraal, Ermelo.

AART SCHENE, hoogleraar Psychiatrie en hoofd, afd. Psychiatrie, Radboud universitair medisch centrum, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Adger Hondius, GGZ Centraal, bureau geneesheer-directeuren, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo.

E-mail: a.hondius@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-7-2016.

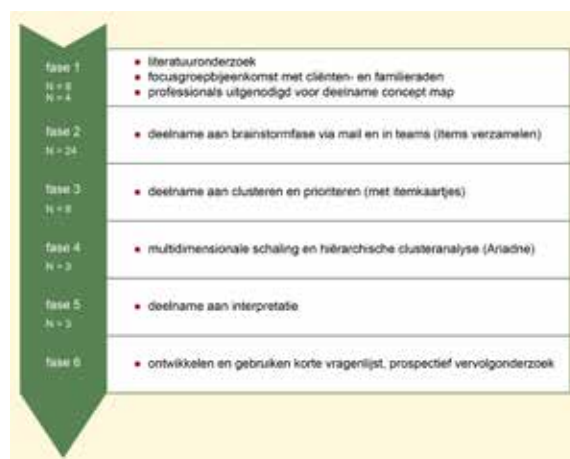
neert kwalitatieve methoden met kwantitatieve analyse. Voorbeelden van onderwerpen waarover met concept mapping onderzoek is gedaan, zijn kwaliteit van leven (Boevink e.a. 1995), medicatietrouw bij patiënten met schizofrenie (Kikkert e.a. 2006), zelfmanagement bij omgaan met langdurige depressie (Van Grieken e.a. 2013) en terugkeer naar het werk na een depressie (Van Grieken e.a. 2014; De Vries e.a. 2014). Het proces van concept mapping omvat zes fasen (Trochim 1989; Trochim & Kane 2005; Kane & Trochim 2007; De Vries e.a. 2012). **FIGUUR 1** omschrijft deze fasen en het aantal deelnemers per fase.

1. VOORBEREIDING EN FOCUS

Als eerste werd een focusgroepbijeenkomst gehouden met leden van de cliëntenraden en familieraden van GGZ Centraal. Daarna werd een situatieschets voor het verdere onderzoek gemaakt: *'Een veilig klimaat op een afdeling is cruciaal voor een positief therapeutisch milieu. Teamleden en cliënten voelen zich veilig wanneer ze op zo'n afdeling werken of verblijven, wat er mogelijk toe bijdraagt dat het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals dwangmedicatie en separatie) relatief laag is en dat ook het aantal incidenten (zoals agressie, middelenmisbruik en onttrekking) meestal tot een minimum beperkt blijft.'*

2. VERZAMELEN VAN RELEVANTE ITEMS

Aan de hand van de situatieschets en de onderzoeksvraag werden opvattingen en ideeën voornamelijk per mail verzameld bij deskundigen afkomstig van twee afdelingen voor specialistische psychiatrie, een afdeling waar verslaving en psychiatrie gecombineerd klinisch behandeld worden, een locatie voor transmurale langdurige zorg/

FIGUUR 1 Proces van concept mapping veiligheidsgevoel

FACT, een afdeling voor langdurig verblijf en drie gesloten opnameafdelingen voor high en intensive care. De deelnemende groep bestond uit vier psychiaters, twaalf verpleegkundigen en sociotherapeuten, een aandachtsfunctionaris dwang en drang, een activiteitenbegeleider, vijf managers/teamleiders en een veiligheidsfunctionaris. Daarnaast gingen wij met twee verpleegkundige teams in gesprek over het veiligheidsgevoel.

De deelnemers genereerden samen in totaal 217 items. Nadat er geen nieuwe items meer bijkwamen, werden ze door de onderzoekers beoordeeld op basis van mate van concreetheid en eventuele overlap met andere uitspraken. Overlappende items werden na onderlinge consensus verwijderd. Hiermee bleven 112 items over. Omdat Trochim (1989) adviseert om niet meer dan 100 items te hebben – om het praktisch werkbaar te houden – lieten we tijdens de vierde fase nog eens 15 van de 112 items weg die door de onderzoeksgroep als minder belangrijk werden beoordeeld. Uiteindelijk bleven 97 items over voor de hiërarchische clusteranalyse. Deze items werden door de individuele deelnemers in groepjes ingedeeld (geclusterd) en geprioriteerd.

3. CLUSTEREN EN PRIORITEREN VAN ITEMS

Hiertoe kregen de deelnemers een set met 97 kaartjes toegestuurd, met daarop de eerder verzamelde items afzonderlijk. De participanten werd gevraagd om de kaartjes:

- in te delen in groepjes en elk groepje een passende naam te geven;
- elk afzonderlijk te prioriteren door middel van een cijfer 1 t/m 5, waarbij 1 staat voor 'relatief onbelangrijk' en 5 voor 'heel belangrijk'.

Spelregels bij deze multidimensionale schaling waren om de items te groeperen naar samenhang of overeenkomstige

betekenis, elk item slechts in één groep te plaatsen en geen groep 'overig' of 'divers' te creëren.

Van de oorspronkelijke onderzoeksgroep namen acht ggz-professionals deel aan het clusteren en prioriteren: vier psychiaters, twee (groepjes) verpleegkundigen/ sociotherapeuten, een teamleider en een activiteitenbegeleider. De geclusterde en geprioriteerde kaartjes werden teruggestuurd aan de onderzoekers, die de resultaten invoerden in Ariadne.

4. STATISTISCHE ANALYSE

Ariadne is een onlineprogramma dat de visies van individuele groepsleden combineert en presenteert als een groepsproduct: de uiteindelijke concept map. De items worden via multidimensionale schaling gepositioneerd in een point map. Hiërarchische clusteranalyse zorgt er vervolgens voor dat de items in clusters worden getoond. De prioritering van de afzonderlijke items is niet van belang voor de plek in de concept map, maar kan dit wel zijn voor de interpretatie en het verdere beleid. Gezocht wordt naar een clusterstructuur die goed kan worden geïnterpreteerd.

5. INTERPRETEREN VAN DE CONCEPT MAP

Fase vijf bestaat uit het interpreteren van de concept map en clusters. De concept map (FIGUUR 2) laat de afstanden tussen de items zien: hoe vaker de participanten bepaalde items in hetzelfde groepje hebben ingedeeld, hoe kleiner de afstand tussen die items in de concept map en hoe groter de kans dat ze samen in een bepaald cluster terechtkwamen. De dichtheid van de bolletjes geeft aan in welke mate de items bij elkaar horen.

Er bestaat geen *goodness of fit* om het optimale aantal clusters in de concept map te bepalen (Jackson & Trochim 2002). Aanbevolen wordt om een besluitvaardige kern-

groep het aantal clusters te laten bepalen. Wij kozen ervoor om dit zelf te doen, aangezien wij tevens inhoudsdeskundigen zijn. In Ariadne kunnen meer of minder clusters gemaakt worden, net zolang tot er een betekenisvolle indeling is bereikt. Nadat het optimale aantal clusters was bepaald, kreeg elk cluster een naam op basis van de inhoud, passend bij de taal van de individuele deelnemers. De assen verdelen de concept map in kwadranten. Dit wordt verder bij de resultaten besproken.

6. IMPLEMENTATIE

Het zesde onderdeel, de implementatiefase, omvat kortweg de ontwikkeling van een (korte) vragenlijst op basis van de concept map, met als doel adequaat en effectief veiligheidsmanagement. We bespreken dit verder in de discussie.

Setting

De setting waar het onderzoek plaatsvond, is een ggz-instelling met 17.642 patiënten in zorg, 318.592 verblijfsdagen en bijna 2900 medewerkers.

RESULTATEN

Clusters

De keuze voor zes clusters baseerden wij op de inhoud en waardering van de uitspraken binnen de clusters en op de positie van het cluster ten opzichte van andere clusters. Bij minder clusters werd de inhoud van de afzonderlijke clusters te heterogeen. Bij meer clusters werden goed te

interpreteren clusters opgesplitst in twee of meer kleinere, minder goed te beoordelen clusters.

In **TABEL 1** wordt de gemiddelde clusterwaarde weergegeven. Deze tabel toont tevens de items die 3,50 of hoger scoorden (de gehele tabel is op te vragen bij de auteurs en online beschikbaar). Opvallend was dat de participanten de verschillende clusters bijna even belangrijk vonden; er was een kleine spreiding tussen de gemiddelde waarden (prioritering) tussen 3 en 4 op een vijfpuntsschaal. De concept map had de volgende clusters:

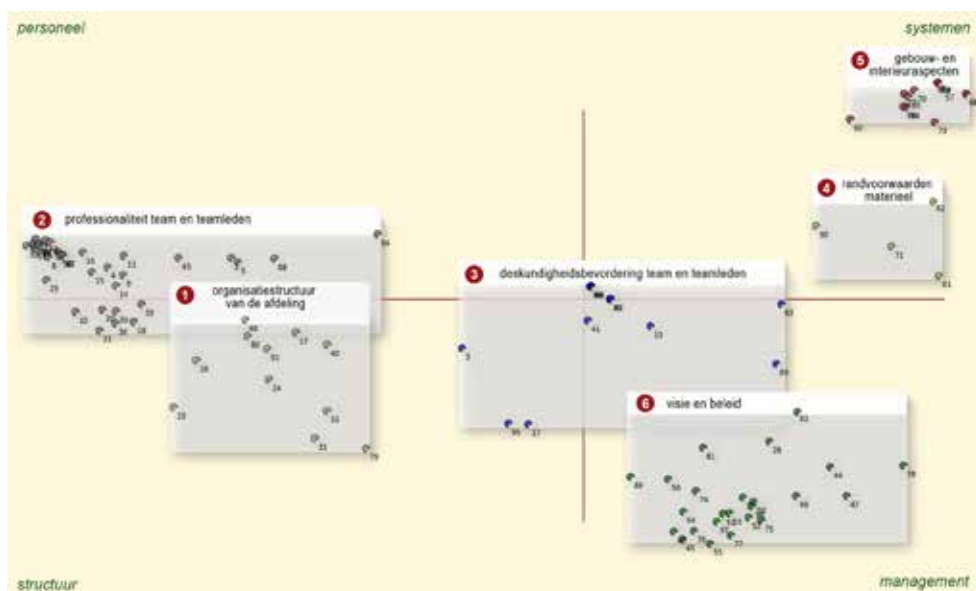
1. ORGANISATIESTRUCTUUR VAN DE AFDELING

Het door de participanten als belangrijkste beoordeelde cluster betrof de organisatiestructuur (gemiddelde waarde 3,83); geen grenzeloosheid, wel een open communicatie tussen cliënten en verpleging, preventief werken en afspraken over hoe om te gaan met dreigende agressie. Een teamleider die zorgt voor een goede dienstlijst en zichtbaar en aanspreekbaar is (leiderschap) en ook goede samenwerking op uitvoerend niveau met andere instanties (politie) hoort hierbij. Het minst belangrijke item in dit cluster, maar toch relatief hoog gescoord (3,38), was de beslissingsbevoegdheid van het verpleegkundig team bij uitplaatsing van een patiënt na een incident.

2. PROFESSIONALITEIT TEAM EN TEAMLEDEN

Het op één na belangrijkste cluster had de meeste items ($n = 33$) en betrof de professionaliteit van het team en de teamleden (gemiddelde waarde 3,63). Kenmerkend waren bekwaamheid van het personeel en de teamsamenstelling,

FIGUUR 2 concept map veiligheidsgevoel



TABEL 1 Items per cluster (met prioritering) bij concept mapping aangaande het concept 'veiligheidsgevoel'

Naam cluster Waarde (aantal items in cluster)	Item	Waarde
1. Organisatie- structuur van de afdeling 3,83 (n = 11)	31. Geen grenzeloosheid	4,50
	80. Open communicatie, respect en waardering tussen cliënten en verpleging	4,38
	40. Preventief werken, vooruit kijken	3,88
	91. Meer interventiearsenaal dan repressie	3,88
	26. Collega's bespreken bij dreigende agressie vooraf hoe ze zaken gaan aanpakken (bijv. met z'n tweeën naar patiënt toe)	3,86
	17. Goede dienstlijst (voldoende personeel, voldoende rust, voldoende ruimte voor ontspanning buiten werk)	3,75
	23. Teamleiders zijn direct beschikbaar bij dreigende escalatie (agressie) met een snel, steunend, duidelijk en adequaat beleid ('niet wachten tot er geslagen wordt')	3,75
	48. Goede samenwerking met andere instanties op uitvoerend niveau (politie, wijkbeheerders, gemeente, woningcorporaties etc.)	3,63
	79. Structuur, voorspelbaarheid	3,63
2. Professionaliteit team en teamleden 3,63 (n = 33)	32. Duidelijke overlegstructuur waar daadkrachtig kan worden gestuurd	3,50
	19. Transparantie en openheid in het team	4,63
	5. Voldoende deskundig en gekwalificeerd personeel	4,25
	36. Blijven observeren en onderhandelen, ergens op terugkomen vermindert spanning	4,25
	11. Vertrouwen in eigen bekwaamheid en jezelf veilig voelen	4,13
	20. Multidisciplinair afgestemd team, dat durft buiten de kaders te treden, veranderingsgericht en creatief is	4,13
	25. Goede communicatie en samenwerking tussen verpleegkundig team en behandelteam	4,13
	29. Je gesteund voelen en gehoord worden door leidinggevende en collega's	4,13
	34. Onderlinge afstemming tussen verpleegkundigen, op 1 lijn zitten	4,13
	12. Vertrouwen in collega's (vakkennis, relationeel en handelingsnelheid bij ingrijpen)	4,00
	22. Leren van incidenten door teambespreking	4,00
	30. Bang mogen zijn	4,00
	39. Communiceren, in gesprek blijven	4,00
	87. Intervisie	4,00
	35. Teamadhesie	3,88
	8. Een baan die bij je past	3,75
	33. Samenwerking met ambulant inzake individuele patiëntenzorg	3,75
	43. Weten waar collega's zijn (ook in de nachtdienst)	3,75
	42. Feedback van collega's	3,71
	2. Personeel is zichtbaar, gastvrij en herkenbaar (naambordje)	3,63
	9. Duidelijke verantwoordelijkheden hebben en bekwaam daartoe voelen	3,63
	94. Beschikbaarheid en komst wachtarts	3,50
3. Deskundigheids- bevordering team en teamleden 3,57 (n = 12)	13. Kennis over ziekte, psychopathologie, weten wat je doet	4,00
	27. Opvang en nazorg na incidenten	3,88
	86. Scholing: de Mat, KIB, HWA, motiverende gespreksvoering	3,88
	85. Scholing: BHV (veiligheid)	3,75
	93. Weten wat te doen bij brand	3,75
	3. Aannee en personeelsbeleid sturen op kwalitatief goed personeel	3,63
	84. Scholing: ART (veiligheid techniek en communicatie)	3,57

TABEL 1 Items per cluster (met prioritering) bij concept mapping aangaande het concept 'veiligheidsgevoel' (vervolg)

Naam cluster Waarde (aantal items in cluster)	Item	Waarde
4. Randvoorwaarden materieel 3,50 (n = 4)	62. Goed werkend alarmsysteem	4,25
	71. Vluchtroutes zijn bekend en beschikbaar	3,63
5. Gebouw- en interieuraspecten 3,38 (n = 13)	57. Vriendelijke, gastvrije inrichting (meubilair etc.)	4,00
	68. Afdeling moet overzichtelijk zijn	4,00
	64. Voldoende bewegingsruimte, zowel binnen als buiten	3,88
	69. Vervanging van kapot materiaal, herstellen verflagen, schone afdeling	3,88
	72. Ruimte om in te werken zodat je bij iemand kan zijn zonder te dichtbij te zijn	3,75
	60. Laptops en andere middelen om op de groep te kunnen werken	3,50
6. Visie en beleid 3,34 (n = 24)	56. Eenduidige informatie	4,63
	92. Duidelijke regie bij alarm	4,00
	97. Er wordt adequaat omgegaan met dwingende stijl van patiënten (wat rumoer in de groep kan geven)	3,71
	89. Patiënten moeten altijd doel van opname weten, dit zoveel mogelijk zwart op wit	3,63
	96. Er wordt adequaat omgegaan met dreiging vanuit misdaadcircuits waar cliënten vandaan komen (mensenhandel, sekten etc.)	3,63
	45. Duidelijk behandelbeleid per individuele patiënt	3,50
	47. Eenduidige visie omtrent omgaan met agressie en terugdringen dwang en drang	3,50
	53. Regels en afspraken worden als instrument toegepast en niet rigide gehandhaafd	3,50
	75. Risico-inventarisatie suïcidaliteit en inzetten op communicatie, veiligheid en eigen verantwoordelijkheid	3,50
	77. Crisisinterventies zijn opgenomen in elk behandelplan	3,50

maar ook transparantie, vertrouwen, creativiteit en samenwerking vond men onmisbaar voor een veilig gevoel. De man-vrouwverhouding van de staf, maar ook werkervaring en specialiteit deden er iets minder toe.

3. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING TEAM EN TEAMLEDEN

In het midden bevindt zich het derde cluster met de titel deskundigheidsbevordering (gemiddelde waarde 3,57). Kennis over psychiatrische stoornissen, specifieke scholing (zoals interactievaardigheden 'De Mat', 'Helpen Werkt Averechts', motiverende gespreksvoering bij verslavingen en bedrijfshulpverlening) droegen bij aan een beter veiligheidsgevoel. Dat dit cluster zich in het midden bevindt, betekent dat de participanten verdeeld waren over waar de items bij horen. Gelet op de inhoud van het cluster is dat niet vreemd: de onderwerpen van deskundigheidsbevordering variëren immers van personele professionaliteit tot gebouwaspecten.

4. RANDVOORWAARDEN MATERIEEL

Het vierde en kleinste cluster betrof een goed werkend alarmsysteem, vluchtroutes, een mobiel elektronisch patiëntendossier en de aanwezigheid van een activiteitenprogramma (gemiddelde waarde 3,50).

5. GEBOUW- EN INTERIEURASPECTEN

Uiterst rechtsboven ligt het cluster gebouw- en interieuraspecten (gemiddelde waarde 3,38). Het lag dicht bij randvoorwaarden. Een vriendelijke, gastvrije inrichting en overzichtelijkheid van de afdeling bleken bijna net zo belangrijk als een goed werkend alarmsysteem. Een afsluitbare ruimte, zoals een separeer waarin de patiënt zelf de sfeer kan bepalen, droeg niet bij aan een veiliger gevoel bij medewerkers. Dat zat meer in preventie: eenpersoonkamers, voldoende bewegingsruimte en uitstraling (schoon en goed onderhouden).

TABEL 2 Belangrijkste voorwaarden voor veiligheidsgevoel

Cluster	Item	Waarde
professionaliteit team en teamleden visie en beleid	19. Transparantie en openheid in het team	4,63
	56. Eenduidige informatie	4,63
organisatiestructuur van de afdeling organisatiestructuur van de afdeling	31. Geen grenzeloosheid	4,50
	80. Open communicatie, respect en waardering tussen cliënten en verpleging	4,38
randvoorwaarden materieel	62. Goed werkend alarmsysteem	4,25
professionaliteit team en teamleden	5. Voldoende deskundig en gekwalificeerd personeel	4,25
professionaliteit team en teamleden	36. Blijven observeren en onderhandelen, ergens op terugkomen vermindert spanning	4,25
professionaliteit team en teamleden	11. Vertrouwen in eigen bekwaamheid en jezelf veilig voelen	4,13
professionaliteit team en teamleden	20. Multidisciplinair afgestemd team, dat durft buiten de kaders te treden, veranderingsgericht en creatief is	4,13
professionaliteit team en teamleden	25. Goede communicatie en samenwerking tussen verpleegkundig team en behandelteam	4,13
professionaliteit team en teamleden	29. Je gesteund voelen en gehoord worden door leidinggevende en collega's	4,13
professionaliteit team en teamleden	34. Onderlinge afstemming tussen verpleegkundigen, op 1 lijn zitten	4,13

6. VISIE EN BELEID

Het cluster visie en beleid bevindt zich rechtsonder (gemiddelde waarde 3,34). Hoewel dit cluster op één na de meeste items bevatte, werd het met een klein verschil als minst belangrijk beoordeeld. Eenduidige, heldere informatie en duidelijke regie in noodsituaties waren wel van groot belang volgens de participanten. Afspraken moesten het liefst op maat gemaakt zijn voor de patiënt, passend bij de individuele behandeling en vastgelegd in het behandelplan en het crisisinterventieplan.

Weergave in de concept map

De zes clusters zijn optisch weergegeven in **FIGUUR 2**. We plaatsten items die gaan over systemen (gebouw, randvoorwaarden) bij elkaar (rechtsboven), tegenover de items die gaan over de organisatie en over personeel (linksonder en boven). Items die gaan over visie en management plaatsten we ook bij elkaar (rechtsonder).

Belangrijkste voorwaarden voor veiligheidsgevoel

De waarde geeft de gemiddelde prioritering van de items aan. De items die als belangrijkste werden beoordeeld voor een gevoel van veiligheid, zijn weergegeven in **TABEL 2**. Acht van de belangrijkste items bevonden zich in het cluster 'professionaliteit van het team en de teamleden'. Ze gaan over communicatie, openheid en samenwerking.

Twee items maakten deel uit van het cluster 'organisatiestructuur'. Eén hoorde bij 'visie en beleid' en één viel onder 'randvoorwaarden'.

DISCUSSIE

Dit onderzoek toont meetbare elementen die kunnen bijdragen aan het verbeteren van het gevoel van veiligheid op de (klinische) werkvloer. In totaal 97 items zijn ingedeeld in zes afzonderlijke clusters.

Onder 'organisatiestructuur van de afdeling' vallen belangrijke items zoals geen grenzeloosheid, open communicatie tussen cliënten en verpleging en preventief werken, vooral bij (dreigende) agressie. Bekwaamheid van de teamleden, transparantie en creativiteit zijn belangrijke kenmerken van 'professionaliteit van het team en de teamleden'; het cluster dat de meeste belangrijke items bevat. 'Deskundigheidsbevordering' op het gebied van onder andere interactievaardigheden en naar aanleiding van incidenten draagt ook bij aan een beter veiligheidsgevoel. 'Materiële voorwaarden', zoals een goed werkend alarmsysteem, en 'gebouw- en interieuraspecten', zoals een vriendelijke, gastvrije inrichting, vormen meetbare elementen voor veiligheidsgevoel. Net als eenduidige, heldere informatie en behandelafspraken; items die deel uitmaken van het cluster 'visie en beleid'.

Hiermee is onze onderzoeksvraag 'op welke wijze valt het begrip 'veiligheidsgevoel onder teamleden werkzaam op een opnameafdeling' te verhelderen?' beantwoord. De methode concept mapping is een adequaat middel gebleken om het kwalitatieve begrip 'gevoel van veiligheid' te operationaliseren en te kwantificeren. Daarnaast biedt deze vorm van interactieve modelbouw (Swanborn 2006) als bijkomend voordeel dat deze gedurende het onderzoek een verandering teweegbrengt op de betrokken afdelingen, waardoor de veiligheid gaandeweg reeds wat toegenomen is.

Alle items die medewerkers genoemd hebben, zijn natuurlijk niet onbekend, maar lijken tezamen het gevoel van veiligheid te beschrijven. Uiteraard begint het terugdringen van dwang en drang bij goede ketensamenwerking tussen de ambulante zorg en de kliniek. Zo beginnen veiligheid en preventie van agressie door vroegsignalering doorgaans in de thuissituatie van cliënten. Voor de klinische setting zijn *best practices* ontwikkeld voor het terugdringen van dwangtoepassingen (Voskes e.a. 2011). Toch zijn verdere verbeteringen mogelijk, blijkt uit ons onderzoek.

Er lijkt een verschil te bestaan tussen veldnormen en inspectie-eisen aan de ene kant en wat medewerkers van afdelingen belangrijk vinden aan de andere kant. Zo legt de IGZ bijvoorbeeld nadruk op gebruik van instrumenten voor agressierisicotaxatie en ondersteunen de veldnormen de ontwikkeling van een afsluitbare ruimte (zoals een crisiskamer, extra beveiligde kamer of separeer) die qua sfeer en dergelijke door de patiënt zelf beïnvloed kan worden. Deze aspecten lijken echter niet in belangrijke mate bij te dragen aan het gevoel van veiligheid van de medewerkers. Medewerkers willen weten of agressie bij een patiënt eerder is voorgekomen en/of te verwachten is. Hoewel het inschatten van het risico op geweld – zoals BVC doet voor de korte termijn (Van de Sande 2014) – weliswaar helpt om tijdig adequaat in te kunnen grijpen, is het geen doel op zich.

Waar veel belang aan wordt gehecht, is of de teamleden competent zijn, de organisatie staat en onderlinge samenwerking vertrouwd en transparant is. Gericht personeelsbeleid met oog op een goede teamsamenstelling is dus van groot belang.

Ook blijkt uit ons onderzoek, dat wanneer het gebouw en de afdeling vriendelijk, gastvrij en overzichtelijk zijn, dit invloed heeft op het veiligheidsgevoel. Van der Schaaf e.a. (2013) vonden dat deze factoren zelfs separaties kunnen voorkomen. Opvallend is dat de man-vrouwverhouding in het team minder belangrijk lijkt te zijn. Literatuur daarover geeft tegenstrijdige visies weer: van hoe meer vrouwen in het team, des te groter de kans op een separatie (Janssen

e.a. 2007) tot het tegenovergestelde: een '(overwegend) vrouwenteam' is veiliger (Roest & Hondius 2005) en leidt tot minder separaties (Morrison & Lehane 1995).

Visieaspecten zijn het minst genoemd, maar natuurlijk zeer belangrijk voor beleid. Een voorbeeld daarvan is de vraag of gedwongen opname van mensen met primair een persoonlijkheidsstoornis doelmatig is.

Hoewel de onderzoeksgroep die deelnam aan de clustering te klein is om een analyse op subgroepen te doen ($n = 8$, van wie 4 psychiaters), kunnen we voorzichtig stellen dat de psychiaters onderling verdeeld zijn over de belangrijkheid van de items. Er zijn kleine accentverschillen: manager-psychiaters geven prioriteit aan personeelskenmerken, scholing en beleid en de afdelingspsychiaters vinden vooral (ook) preventie van agressie door bejegening, regels en een schoon gebouw belangrijk. Globaal kan gezegd worden dat de psychiaters zich daarin niet duidelijk onderscheiden van de verpleegkundigen. Wel geven verpleegkundigen vaak aan behoefte te hebben aan een heldere behandelvisie en eenduidige afspraken (op maat).

Implicaties

Nu elementen om de veiligheidsbeleving te optimaliseren bekend zijn, kan men ze gebruiken bij de continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg (de zesde fase van concept mapping: implementatie) en voor vervolgonderzoek. In zo'n onderzoek kan men ook het ontwikkelen van een vragenlijst over veiligheidsgevoel meenemen. Daarvoor biedt de concept map voldoende aanknopingspunten.

Deze vragenlijst kan op verschillende manieren opgebouwd worden. Zo kan gedacht worden aan een vragenlijst bestaande uit items van de belangrijkste clusters, of de belangrijkste items uit alle clusters, de belangrijkste items uit de belangrijkste clusters of de belangrijkste items, ongeacht tot welk cluster ze behoren. Dit laatste lijkt het meest voor de hand te liggen. Daarnaast kan men de clusters gebruiken bij bijvoorbeeld interne audits waar het gaat om (gevoel van) veiligheid en maatregelen in dat kader.

Een dergelijke vragenlijst zou onderdeel moeten zijn van beleid en onderzoek, niet alleen bij het terugdringen van separaties, maar ook bij het totale pakket aan alternatieven dat beschikbaar is voor het afwenden van gevaar. Voor een geslaagde implementatie wijst Van Tilburg (2012) in zijn commentaar op de betrokkenheid van deskundigen. Hij doelt hierbij ook op de (transmurale) samenwerking in de zorgketen. Verder onderzoek met de te ontwikkelen vragenlijst kan ook weer helpen bij de verwetenschappelijking van de psychiatrische behandelpraktijk en goed veiligheidsmanagement.

Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen, wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen verkleint. Het onderzoek is kleinschalig uitgevoerd, wat kan betekenen dat we vooral lokale gewoonten betreffende het veiligheidsgevoel hebben aangetroffen. Replicatie in een andere instelling verdient dus aanbeveling.

De clusterlabels zijn niet besproken met de participanten, maar door de onderzoekers zelf geformuleerd. Hierbij is wel de 'taal' van de participanten gebruikt. Een beperking zou kunnen zijn dat er geen consensus is over de clusterlabels en dat de deelnemers zich daardoor onvoldoende geïdentificeerd weten bij de concept map. Dit hoeft overigens niet ten koste te gaan van het draagvlak.

CONCLUSIE

De uitkomsten van dit onderzoek zijn van belang voor de medewerkers in de psychiatrie omdat nog eens duidelijk wordt dat voor een beperkte categorie patiënten tijdelijk en in uiterste nood dwang moet worden toegepast, als alle alternatieven niet slagen. Het is van belang dat de medewerkers ook ervaren dat dergelijke dwangtoepassing alleen goed en effectief kan werken als zij in een hoog gespecialiseerde professionele omgeving werken waarin een aantal zaken rond zorg en veiligheid heel goed georganiseerd is. Dat heeft betrekking op verschillende aspecten van procedurele, materiële en relationele beveiliging. Met dit onderzoek zijn dergelijke aspecten expliciet verhelderd en deze kunnen daarom ook worden meegenomen bij het maken van hoogwaardig beleid, de financiering en de uitvoering van zorg in een veilige omgeving. Dat zal het gevoel van veiligheid van medewerkers versterken, hetgeen zal leiden tot reductie van dwangtoepassingen.

LITERATUUR

- Boevink W, Wolf J, van Nieuwenhuizen Ch, Schene AH. Kwaliteit van leven van langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning. *Tijdschr Psychiatr* 1995; 37: 97-109.
- Georgieva I. Coercive interventions during inpatient psychiatric care. Patient's preference, prevention and effects. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2012.
- Gijsbers van Wijk CMT, Hondius AJK. Separeren: medisch en politiek probleem. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: A962.
- Grieken RA van, Kirkenier AC, Koeter MW, Nabitz UW, Schene AH. Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expect* 2013; doi: 10.1111/hex.12112.
- Grieken RA van, Kirkenier ACE, Koeter MWJ, Schene AH. Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 331.
- Groen H, Drost M. Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
- Jackson KM, Trochim WMK. Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. *Organizational Research Methods* 2002; 5: 307-36.
- Janssen WA, Noorthoorn EO, van Linge R, Lendemeijer B. The influence of staffing levels on the use of seclusion. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 118-26.
- Kane M, Trochim WMK. Concept mapping for planning and evaluation. Vol. 50. Londen: Sage; 2007.
- Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MWJ, Robson D, Born A, Helm H, e.a. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32: 786-94.
- Mierlo van T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Morrison P, Lehane M. Staffing levels and seclusion use. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1193-202.
- Nagel JEL van der, Tuts KP, Hoekstra, T, Noorthoorn EO. Seclusion: The perspectives of nurses. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 408-12.
- Roest M, Hondius AJK. Separaties tellen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2005; 60: 802-4.
- Sande R van de. Short term risk assessment on acute psychiatric wards. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2014.
- Schaaf PS van der, Dusseldorp E, Keuning F, Jansen WA, Noorthoorn EO. The impact of physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 142-9.
- Swanborn PG. Basisboek sociaal onderzoek. Amsterdam: Boom; 2006.
- Tilburg W van. Onderzoek naar separatie: een goed begin, maar nog wel half werk. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 222-4.
- Trochim WMK. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Education and Program Planning* 1989; 12: 1-16.
- Trochim WMK, Kane M. Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 187-91.
- Verlinde AA, Snelleman W, van den Berg H, Noorthoorn EO. Effect van dwangmedicatie als interventie van eerste keus op separatie en toegepaste dwang; een prospectief cohortonderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 640-8.

- Vollema MG, Hollants SJ, Severs CJ, Hondius AJK. Determinanten van separaties in een psychiatrische instelling: een naturalistisch en exploratief onderzoek. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 211-21.
- Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven GAM. Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: VUmc; 2011.
- Vries G de, Koeter MWJ, Nabitz U, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. J Affect Disord 2012; 136: 1017-26.
- Vries G de, Hees HL, Koeter MW, Lagerveld SE, Schene AH. Perceived impeding factors for return-to-work after long-term sickness absence due to major depressive disorder: a concept mapping approach. PLoS One 2014; 9 (1): e85038.
- Vruwink FJ, Mulder CL, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman HLI. The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. BMC Psychiatry 2012; 12: 231.

SUMMARY

Does less seclusion create a safer environment? An attempt to map the concept of 'feeling safe'

C.J. SEVERS, A.J.K. HONDIUS, A.H. SCHENE

BACKGROUND The degree of restraint imposed by a psychiatrist seems to be influenced by the safety of the team. So far, there have been few attempts to map the concept of 'feeling safe'.

AIM To analyse, define and quantify the concept of 'feeling safe'.

METHOD Concept mapping involves combining, in a structured way, qualitative (item collection) and quantitative methods (multi-dimensional scaling and hierarchical clusteranalysis) with the knowledge of professionals from psychiatric practice (N=24), first on an individual basis and then as a group (N=8).

RESULTS The participants generated and prioritised a total of 97 different items. These were then divided into six clusters: organisational structure, professionalism of team members, increased expertise, marginal conditions, internal and external features of the hospital building, views on mental health care and policy. Group members gave almost equal priority to the clusters, but they assigned different degrees of importance to separate items (ranging from 4.63 to 2.38 on a five-point scale).

CONCLUSION Concept mapping is an adequate method of defining the concept of 'feeling safe'. Professionalism of the team and qualities such as openness and ability to communicate, expertise and trusting one's colleagues and having an adequate alarm system available are all important factors that help to make employees 'feel safe' in their respective departments.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)1, 20-29

KEY WORDS concept mapping, determinants, safety, seclusion