
Naar een Klinisch Signaleringsplan in 7 stappen

De KSP7s methodiek

Een handleiding voor High & Intensive Care Psychiatrie Units in Nederland die aan de slag willen met crisissignaleringsplannen

Utrecht, september 2021

Robert Eijpe

Marlies van der Pas

Suzanne Verschueren

Roland van de Sande



Gesubsidieerd door ZonMW

COLOFON

Auteurs

Robert Eijpe, Marlies van der Pas, Suzanne Verschuieren, Roland van de Sande

Projectleider

Suzanne Verschuieren, MSc, RN Docent Hogeschool Utrecht, studieleider post-HBO HIC
Psychiatrie opleiding, epidemioloog i.o.

Projectgroep leden

Robert Eijpe, BSc, RN	Regieverpleegkundige HIC Altrecht, trainer de-escalerend werken
Marlies van der Pas, BSc, RN	Regieverpleegkundige HIC Altrecht
Roland van de Sande, PHD	Hogeschool hoofddocent Psychische Kwetsbaarheid Hogeschool Utrecht, onderzoeker Parnassia GGZ
Eric Zuidhoek	Manager HIC Altrecht

Aan dit project werkten mee

Karin Hamers (stuurgroep), Harry Kwast (stuurgroep), Jeroen de Roos (ervaringsdeskundige HIC)

Subsidiëring

ZonMW subsidie 'Goede voorbeelden verpleging en verzorging', projectnummer: 10040012010010

Contact

Robert Eijpe	rh.eijpe@altrecht.nl
Marlies van der Pas	mjt.van.der.pas@altrecht.nl

ISBN 9789089281517

September 2021, Utrecht

©2021 Robert Eijpe, Marlies van der Pas, Suzanne Verschuieren, Roland van de Sande, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

VOORWOORD

HOOFDSTUK 1	Blz.5
Literatuurstudie naar de inhoud en implementatie van crisissignaleringsplannen	
HOOFDSTUK 2	Blz.13
Interventie: Inleiding KSP7s methodiek	
A. De KSP7s methodiek met handleiding	Blz.13
B. Voorbeeld ingevuld gepersonaliseerd Klinisch Signaleringsplan	Blz.15
HOOFDSTUK 3	Blz.17
Implementatie: Implementatie en methode van evaluatie	
A. Aandachtspunten tijdens implementatie	Blz.17
B. Tips en tricks	Blz.21
C. Inspirerende ervaringen	Blz.22
D. Inzichtgevende quotes	Blz.23
E. Tijdspad	Blz.24
F. Oefencasus	Blz.26
LITERATUURLIJST	Blz.30
BIJLAGEN	
Bijlage I Zoekstring	Blz.33
Bijlage II Overzicht geïnccludeerde studies	Blz.34
Bijlage III Standaard Klinisch Signaleringsplan - Angst	Blz.40
Bijlage IV Standaard Klinisch Signaleringsplan - Agressie	Blz.42
Bijlage V Standaard Klinisch Signaleringsplan - Ontremming	Blz.44
Bijlage VI Standaard Klinisch Signaleringsplan - Sombereheid	Blz.47
Bijlage VII Standaard Klinisch Signaleringsplan - Suïcidaliteit	Blz.51
Bijlage VIII Standaard Klinisch Signaleringsplan - Wanen en Hallucinaties	Blz.55
Bijlage IX Gepersonaliseerd Klinisch Signaleringsplan	Blz.57
Bijlage X Thema-overzicht	Blz.58
Bijlage XI Evaluatie vragen	Blz.60
Bijlage XII Draagvlakpresentatie	Blz.62

VOORWOORD

Verlies van controle over het eigen leven en een acute opname in een psychiatrische kliniek zijn over het algemeen zeer ingrijpende ervaringen voor patiënten en diens familieleden en/ of naasten. Het is daarom wenselijk dat uiterste inspanningen worden verricht om herhaling van dit soort escalaties te voorkomen of de schade ervan te minimaliseren in de toekomst. Een acute opname wordt vaak gezien als een noodzakelijk kwaad, maar het biedt ook kansen om persoonlijke signalen van een naderende ontregeling te inventariseren. Het doel van een crisissignaleringsplan is dat de patiënt, de hulpverleners en diens familieleden en/ of naasten tijdig persoonlijke signalen herkennen en de ernst hiervan kunnen bepalen en passende, op de patiënt afgestemde interventies in kunnen zetten. De praktijk is echter weerbarstig en de uitdaging hierin is zorgvuldig navigeren in de weg naar een herkenbare invulling voor de individuele patiënt, de hulpverlener en diens familieleden en/ of naasten. Veel hulpverleners worstelen bijvoorbeeld met de vraag hoe je omgaat met patiënten die niet goed in staat zijn tot het formuleren van persoonlijke crisissignalen en/ of de-escalerende interventies.

Met deze handleiding spreken we twee ambities uit: Onze eerste ambitie is om een balans te vinden tussen enerzijds wetenschappelijke literatuur en anderzijds praktische toepasbaarheid zodat het goede voorbeeld zo volledig mogelijk aan andere High & Intensive Care Psychiatrie Units in Nederland wordt overgedragen. De inspanningen hebben geresulteerd in een '7 stappen format' wat direct kan worden benut tijdens het opstellen van een crisissignaleringsplan op een High Intensive Care Unit. Met precisie, nuancering van klankbordleden en feedback van 24-uurs medewerkers werkzaam op de High- of Intensive Care van Altrecht heeft het projectteam deze 7 stappen en bijbehorende handleiding tot stand gebracht.

Onze tweede ambitie is om een onderbouwde en realistische gids te zijn, waarmee valkuilen tijdens het construeren van crisissignaleringsplannen worden omzeild. We streven ernaar een bijdrage te leveren aan het leerproces, lokale implementatie en formering van nationale leernetwerken rondom het gebruik van crisissignaleringsplannen.

Een ding mag bij alle inspanningen om tot een crisissignaleringsplan te komen niet uit het oog worden verloren; een crisissignaleringsplan is een middel, geen opzichzelfstaand doel, waarmee escalaties voorkomen kunnen worden, schade daarvan wordt geminimaliseerd en autonomie bevorderende opties worden gestimuleerd.

Robert Eijpe, Marlies van der Pas, Roland van de Sande & Suzanne Verschueren

HOOFDSTUK 1

Literatuurstudie naar de inhoud en implementatie van crisissignaleringsplannen

INLEIDING

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening zijn tijdens een crisis vaak tijdelijk niet goed in staat tot het formuleren van een adequate hulpvraag waardoor de kans op escalatie en dwangmaatregelen toeneemt. Escalatie en dwangmaatregelen kunnen voorkomen worden als crisissignalen en bijbehorende persoonlijke de-escalerende interventies staan omschreven in een crisissignaleringsplan. Dit is een document dat door patiënten en hulpverleners samen wordt opgesteld en waarin beschreven staat welke signalen typerend zijn voor de fase waarin de patiënt kan verkeren en welke interventies patiënt en hulpverleners kunnen toepassen om decompensatie te voorkomen of terug te keren naar een milder niveau van psychische ontregeling ¹. Er zijn verschillende typen en benamingen van crisissignaleringsplannen in omloop. Bijvoorbeeld; crisissignaleringsplannen voor de ambulante of klinische setting, de crisiskaart, het behandelplan, Wellness Recovery Action Plans (WRAP) en terugvalpreventieplannen. Ze verschillen in vorm, opzet en wijze waarop hulpverleners, naasten en patiënten betrokken worden in de hantering van het gepersonaliseerde plan. Echter, in principe streven alle crisissignaleringsplannen hetzelfde na, namelijk (praktische) handvatten bieden tijdens de aanloop naar een crisis zodat potentiële escalaties kunnen worden omgebogen of adequaat worden gehanteerd. Internationaal zijn er overigens verschillen in de hantering van crisissignaleringsplannen. Het verschil met de situatie in Nederland is dat crisissignaleringsplannen in onder andere de Verenigde Staten juridisch bindend zijn ², wat inhoudt dat de beschrijvingen en voorgestelde interventies wettelijk gezien uitgevoerd dienen te worden.

De meerwaarde van crisissignaleringsplannen is internationaal aangetoond in verschillende studies. Uit een meta-analyse bleek dat het gebruik van crisissignaleringsplannen zorgt voor 23% reductie in gedwongen opnames op basis van een rechterlijke machtiging ³. Daarnaast zorgen crisissignaleringsplannen voor vermindering van conflict ⁴ en versteviging van de therapeutische relatie tussen de patiënt en de hulpverlener ⁵. Voor patiënten zijn de voordelen van een crisissignaleringsplan legio; patiënten ervaren meer controle over hun aandoening ⁴, meer autonomie ⁶, meer inzicht en verantwoordelijkheid en empowerment tijdens hun (gedwongen) behandeling ⁷. Mogelijk komt dit omdat de hulpverlener en patiënt samen bekijken welke mogelijkheden de schade van een crisis kunnen verminderen, waardoor de patiënt zich gerespecteerd en gehoord voelt.

In Nederland zijn crisissignaleringsplannen opgenomen in het toetsingskader 'Terugdringen

separeren en afzonderen 2016' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ⁸. Hierin wordt gesteld dat, teneinde dwangmaatregelen zoveel mogelijk te voorkomen, een signaleringsplan aanwezig is, waarin de beschrijving van concrete gedragingen van een patiënt die leiden tot escalatie of een crisis, verbonden wordt aan interventies of afspraken waarmee zowel patiënt als hulpverlener verdere escalatie kan voorkomen. Daarnaast vinden crisissignaleringsplannen hun plek in de Wet voor Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGZ). Centraal in deze wet staat dat de patiënt zoveel mogelijk eigen regie moet behouden tijdens de periode van verplichte zorg. Een crisissignaleringsplan kan onderdeel zijn van de zorgkaart waarmee wensen en voorkeuren worden aangegeven ten aanzien van (verplichte) zorg ⁹.

Ondanks de voordelen van crisissignaleringsplannen en het juridisch kader blijkt het opstellen en het actief gebruik tijdens een crisis een uitdaging. In de studie van Thornicroft et al., ⁵ volgt 48% van het team de procedure niet, bij Ruchlewska et al., ¹⁰ moet de professional gemiddeld vijf maal worden aangespoord om tot een compleet plan te komen. Hulpverleners vinden het een uitdaging om te werken met patiënten die ambivalent zijn in hun hulpvraag of die niet in staat zijn de gevolgen van hun psychiatrische aandoening te overzien, bijvoorbeeld omdat eerdere opnames te traumatiserend waren ¹¹. Er zijn ook opvattingen dat het uitvragen van crisissignalen juist kan zorgen voor escalatie omdat crisissignalen en bijpassende persoonlijke de-escalerende interventies voor patiënten vaak lastig te herkennen en te formuleren zijn. Daarnaast vraagt het opstellen van een crisissignaleringsplan andere vaardigheden, aandacht en tijd van een hulpverlener dan het dagelijkse werk in de klinische praktijk. Zo wordt tijdens het opstellen van een crisissignaleringsplan bijvoorbeeld verwacht dat hulpverleners de tijd hebben ^{1,12}, complexe hulpvragen kunnen ontleden ¹³ en de samenwerking met familieleden positief kunnen benutten ^{13,14}.

Het actief gebruik van een crisissignaleringsplan tijdens het begeleiden van een patiënt in crisis is geen sinecure. Zo worstelen hulpverleners met hulpvragen of bejegeningswensen die niet altijd goed te realiseren zijn ¹³, met informatie die niet meer actueel is ^{4,13} of met een autonomie strijd tussen de patiënt en de hulpverlener ¹⁵. Daarentegen geven patiënten aan dat naleving van crisissignaleringsplannen zorgt voor meer vertrouwen in hulpverleners en meer inzicht in de eigen aandoening en de eigen kracht ¹⁴.

Hulpverleners kunnen het lastig vinden om zonder scholing en goede voorbeelden een crisissignaleringsplan samen met de patiënt op te stellen en deze toe te passen tijdens een crisis. Waar vraag je precies naar, welke crisissignalen vraag je juist uit en welke juist niet, hoe betrek je familieleden op de juiste manier en hoe verwoord je bejegeningsvoorstellen die niet passen bij de aard van de hulpverlening? Wat is het juiste moment en wat is een geschikte setting om dit soort ingrijpende zaken te bespreken?

In deze literatuurstudie is daarom gezocht naar publicaties betreffende de inhoud en de implementatie van crisissignaleringsplannen. Op die manier kan er een weloverwogen keuze gemaakt worden in de inhoud en werkwijze van crisissignaleringsplannen op een acute psychiatrische afdeling.

METHODE

De database Pubmed is doorzocht op relevante artikelen. Zie bijlage I 'Zoekstring' voor een volledige weergave. De volgende inclusiecriteria werden toegepast: (1) Alle artikelen die een (vorm van een) crisissignaleringsplan beschrijven werden geïnccludeerd. Daarbij werd de volgende definitie gehanteerd: "Een niet juridisch bindend document, met individuele crisissignalen en daarbij passende interventies om verdere crisis te voorkomen. Het document is geschreven in samenspraak met de patiënt, hulpverlener, familie en/of naasten en wordt bewaard door de patiënt zelf of in het patiëntendossier". Onder deze definitie vallen dus ook de crisiskaart en het terugvalpreventieplan; (2) Het artikel beschrijft de klinische toepassing van een crisissignaleringsplan; (3) Het betreft patiënten van 18 jaar of ouder, of de ervaringen van hulpverleners of familieleden met een crisissignaleringsplan; (4) artikelen die een combinatie van kwalitatief of kwantitatief design gebruiken, maar waarvan de kwalitatieve gegevens afzonderlijk worden gepresenteerd. Artikelen die gaan over patiënten in een forensische setting werden geëxcludeerd. Data extractie vond plaats door middel van een data extractieformulier met de volgende onderdelen; methode (auteur, design, data verzameling), participanten, karakteristieken van het crisissignaleringsplan (interventie en implementatie) en uitkomsten (resultaten en klinische relevantie). De kwaliteit van de geïnccludeerde artikelen is niet beoordeeld omdat deze literatuurstudie niet als doel had om het effect van crisissignaleringsplannen vast te stellen.

RESULTATEN

Er zijn in totaal 21 artikelen geïnccludeerd; zeven kwalitatieve studies, zes RCT's met daarin een kwalitatieve databeschrijving, drie RCT's, een vragenlijst onderzoek, een voor-na meting (before-after) design, een mixed methods studie, een stakeholder analyse en van een studie was het design niet duidelijk. Een overzicht van de geïnccludeerde studies is te vinden in bijlage II 'Overzicht geïnccludeerde studies'.

I. Beschrijving van de interventie crisissignaleringsplannen

In vijf van de 21 studies is de inhoud van het crisissignaleringsplan niet beschreven^{13,15-18}. In drie

studies was de beschrijving van de interventie niet duidelijk of alleen een beschrijving van het doel van een crisissignaleringsplan ^{6,19,20}.

Stapsgewijze opbouw van een crisissignaleringsplan

In vier artikelen werd een stapsgewijze opbouw van het crisissignaleringsplan beschreven ^{1,10,14,24}. De stappen bestonden uit een combinatie van inventarisatie van triggers, eigen oplossingen (patiënten perspectief), betrekken van familie en het formaliseren van het plan (Bijlage VII 'Overzicht geïnccludeerde studies'). In de studie van van Fockens et al.,¹ waren huiswerkopdrachten en een gestructureerde evaluatie ook onderdeel van het crisissignaleringsplan. Scott et al.,²³ spreekt over acht tot twaalf weken waarin het crisissignaleringsplan geformuleerd dient te worden, in de studie van Pontin et al.,²² werd gesproken over zes stappen die ieder 60 minuten duurden, Nicaise et al.,²¹ en Fockens et al.,¹ beschreven geen tijdsduur. Daarnaast beschrijft geen van de studies wanneer en in welke stap familieleden en/ of naasten betrokken werden.

Web-based

In een studie ²⁴ bestond het crisissignaleringsplan uit een web-based interventie. De patiënt kreeg toegang tot een online omgeving waarin de patiënt zelfstandig triggers, vroege voortekenen en effectieve coping strategieën uitwerkt met als doel om tot een volledig crisissignaleringsplan te komen. Het is niet duidelijk in welke fase van de aandoening de patiënt gevraagd werd dit te doen.

Gespreksprotocol voor hulpverlener, familieleden en/of naasten

In de studie van Easter et al.,²⁵ werd een gespreksprotocol gebruikt waarmee familie of een hulpverlener de patiënt kon ondersteunen in het formuleren van een crisissignaleringsplan. De exacte inhoud van het gespreksprotocol werd niet beschreven. Voorafgaand aan het gespreksprotocol kregen familieleden of hulpverleners een training gericht op luisteren en het verwoorden van de wens van de patiënt door een psychiater.

Overlegmomenten

Een meerderheid van de studies ^{4,5,12,14,26,27} maakte gebruik van een of meerdere overlegmomenten om tot een crisissignaleringsplan te komen. Tijdens alle overlegmomenten was de patiënt aanwezig, al dan niet in de aanwezigheid van familieleden en/ of naasten, hulpverleners (verpleegkundige, verpleegkundig specialist of psychiater), ervaringsdeskundigen of een onderzoeksmedewerker. De frequentie van de overlegmomenten varieerde van een tot twee keer, de duur van het overlegmoment werd niet genoemd. Tijdens het overlegmoment werden triggers, mogelijke acties en wie te contacteren in tijden van een crisis besproken.

Workshops voor patiënten

In een studie kwam het crisissignaleringsplan tot stand middels meerdere workshops ²⁸. De

workshops bestonden uit acht bijeenkomsten met een of twee trainers en tien tot 100 patiënten. Tijdens de bijeenkomsten werden de patiënten gestimuleerd na te denken over de voordelen, nadelen en het tot stand komen en de procedures van een crisissignaleringsplan. Er werd gebruik gemaakt van voorbeeld materiaal om de discussie te starten en levendig te houden.

II. Beschrijving van de implementatie van crisissignaleringsplannen

Van de geïncludeerde studies hebben er twaalf geen beschrijving van de implementatie procedures rondom het crisissignaleringsplan gegeven ^{1,4,6,14,16-19,21,23,27,28}. In een studie werd slechts beschreven dat er een training werd gegeven ¹³.

Onbegeleid

In de studie van Dodd et al.,²⁴ werd een web-based interventie gepresenteerd. De implementatie van deze web-based interventie was onbegeleid. Technische ondersteuning tijdens het invullen van de web-tool konden patiënten aanvragen via de website.

Training door psychiater/ psycholoog

Hulpverleners, familieleden en/ of naasten die aan de slag moesten met het realiseren van een crisissignaleringsplan werden getraind door een psychiater of een psycholoog in zorgvuldig luisteren, motiverende gespreksvoering en reflectie van de wensen van de patiënt ^{20, 25}. De duur van de training was onduidelijk ²⁵ of 90 minuten ²⁰.

Training, examen en supervisie voor verpleegkundigen

In studies van Farrelly et al.,¹² Farrelly et al.,²⁶ en Thornicroft et al.,⁵ werd een en dezelfde interventie met bijbehorende implementatie beschreven. Alleen de verpleegkundigen die belast waren met het faciliteren van een crisissignaleringsplan werden een week lang getraind, aangevuld met examens en wekelijkse supervisie. Er was geen training voor psychiaters, ervaringsdeskundigen of familieleden.

Basis training crisissignaleringsplan

In de studie van Shields et al.,¹⁵ werden tijdens de implementatie het doel, de achtergrond en de opzet van een crisissignaleringsplan besproken. Daarnaast werden voorbeelden en vignetten gebruikt waarmee het belang van support en autonomie werd aangeduid tijdens een training. Het is onduidelijk op wie de training zich richtte of wat de duur van de training was.

Handleiding

Het crisissignaleringsplan werd begeleid met een makkelijk te gebruiken handleiding waarin alle zes stappen van 60 minuten, werden toegelicht ²². De handleiding was beschikbaar voor patiënten, familieleden en hulpverleners.

DISCUSSIE

In deze literatuurstudie werd een antwoord gegeven op de vraag wat er in relevante publicaties beschreven staat betreffende de interventie en implementatie van crisissignaleringsplannen. Een crisissignaleringsplan betrof vaak overlegmomenten of een stapsgewijze aanpak om tot een 'plan van aanpak' te komen. Trainingen voor patiënten, een gespreksprotocol of een web-based tool kwamen ook voor, maar werden minder concreet beschreven in de literatuur. De implementatie was summier beschreven in de geïnccludeerde studies. Indien de implementatie was beschreven betrof deze vaak een training door een psycholoog of psychiater gericht op het herkennen van crisissignalen en het juist uitvoeren van de onderzochte methodiek. Tijdens de training werd gebruik gemaakt van videomateriaal of handboeken of werden participanten aangemoedigd actief te participeren.

De geïnccludeerde studies verschilden in design, populatie en uitkomsten en zorgden daarmee voor heterogeniteit; het is niet mogelijk om een voorkeursformat of implementatiestrategie aan te wijzen voor het tot stand komen van crisissignaleringsplannen. Meerdere factoren zijn van invloed op de interventie en de implementatie. Interactiefactoren zoals samenwerking in het team, eerdere ervaringen, interacties tussen patiënt of vaststaande factoren zoals opleidingsniveau, bestaande werkstructuren of het doel bepalen in belangrijke mate de keuze voor de inhoud van een crisissignaleringsplan met bijbehorende implementatie.

Het juist en correct opstellen van crisissignaleringsplannen blijft een constant aandachtspunt. Dat geldt voor zowel hulpverleners die het plan samen met de patiënt opstellen, alsmede patiënten, die soms niet mee kunnen werken aan de totstandkoming van het plan. Uit de studie van Farrelly et al.,¹² bleek bijvoorbeeld dat hulpverleners van mening zijn dat ze al voldoende samenwerken met de patiënt rondom het herkennen van triggers en vroege voortekenen, en dat het opstellen van een crisissignaleringsplan daarom geen meerwaarde heeft. Daarnaast hadden de hulpverleners in deze studie de indruk dat patiënten de waarde van een crisissignaleringsplan niet zagen omdat ze te zeer in crisis waren of snel achteruit gingen waardoor de samenwerking rondom het crisissignaleringsplan niet goed van de grond kwam en participatie van patiënten achter bleef. Dit kwam overeen met de studie van Henderson et al.,⁴ en Thornicroft et al.,⁵. Daarin weigerde 64% van de patiënten deelname. De verklaring hiervoor was dat patiënten hulpverleners niet altijd vertrouwden, bijvoorbeeld omdat patiënten twijfelden of de hulpverlener wel aan specifieke wensen en behoeften tegemoet kon komen of omdat patiënten van mening waren dat ze weinig invloed hadden op de zorg die tijdens acute momenten werd geleverd.

Deze bevindingen zijn opvallend omdat zowel hulpverleners als patiënten aangeven het nut van crisissignaleringsplannen te erkennen. Beiden zijn van mening dat het werken met crisissignaleringsplannen meer voordelen dan nadelen heeft, zo empoweren ze patiënten en bieden

ze verpleegkundigen handvatten in het herkennen van vroege voortekenen ^{22,23}. Mogelijk dat een gestructureerde aanpak, waarbij familieleden aan specifieke wensen of behoeften toekomen die niet haalbaar zijn voor de hulpverlener, een oplossing biedt.

Een multidisciplinaire samenwerking en gemeenschappelijke besluitvorming (shared decision making) dragen bij aan het succes van crisissignaleringsplannen ¹⁴. Uitvragen van crisissignalen en het hanteren van een crisis is niet voorbehouden aan enkele verpleegkundigen werkzaam op een acute psychiatrische afdeling. Indien het multidisciplinaire team samenwerkt, bijvoorbeeld door actief gebruik van het crisissignaleringsplan te stimuleren of het crisissignaleringsplan terug te laten komen tijdens verschillende overlegmomenten wordt de kans op succesvol gebruik vergroot. Daarnaast draagt gemeenschappelijke besluitvorming, waarin patiënt en hulpverlener samenwerken om crisissignalen te herkennen, te begrijpen en te plaatsen in de context van de aandoening bij aan positieve gevoelens van zowel de patiënt als de hulpverlener ¹.

CONCLUSIE

Voor zover bekend is dit de eerste studie welke een overzicht geeft van de inhoud en implementatie van bestaande crisissignaleringsplan interventies. Uit de 21 geïnccludeerde studies bleek dat er niet een vaststaand crisissignaleringsplan format is, al wordt de stapsgewijze aanpak en het overleg moment, vergeleken met andere vormen, het meeste beschreven in de literatuur. Daarnaast is er verschil in wie er bij de opzet en inhoud van een crisissignaleringsplan worden betrokken. In sommige studies is zowel de ervaringsdeskundige alsmede de behandelaar betrokken, in andere studies betreft dit alleen familieleden en/ of naasten en soms wordt er niemand bij betrokken. Hierbij kan worden opgemerkt dat de frequentie, duur, inzet en eisen die gesteld worden aan de betrokkenen niet beschreven staan in de literatuur.

Wat betreft de implementatie van crisissignaleringsplannen, deze geschied in de meerderheid van de studies middels (een vorm) van training. De inhoud, duur, frequentie en eisen die gesteld worden aan de trainer staan niet helder beschreven in de literatuur. Mogelijk helpen voorbeelden, een focus op gemeenschappelijke besluitvorming en regelmatige supervisie om hulpverleners handvatten te geven voor het opstellen van een crisissignaleringsplan in samenspraak met de patiënt. Bij het implementeren en uitvoeren van een crisissignaleringsplan is het adequaat en dynamisch opstellen van een crisissignaleringsplan een uitdaging.

Zowel patiënten als hulpverleners zien de voordelen van een crisissignaleringsplan, maar hebben beiden moeite zich te committeren aan het crisissignaleringsplan. Het commitment voor een crisissignaleringsplan wordt bemoeilijkt door vertrouwen in elkaar, vertrouwen in de werkwijze en

vertrouwen in dat het bijdraagt aan het verminderen van crisissignalen. Mogelijk dat een multidisciplinaire samenwerking, uitleg over het herkennen en goed uitvragen van crisissignalen en het opvolgen van de inhoud van het crisissignaleringsplan bijdragen aan succes en wederzijds vertrouwen.

HOOFDSTUK 2

Interventie: Inleiding KSP7s methodiek

In dit hoofdstuk spreken we van een Klinisch SignaleringsPlan (KSP) en niet van een crisissignaleringsplan, omdat het KSP specifiek bedoeld is voor de acute (klinische) psychiatrische setting. In de literatuurstudie wordt gesproken van een acute psychiatrische (opname) afdeling, in de interventie en implementatie beschrijving spreken we van een High Intensive Care (HIC) afdeling.

A. DE KSP7S METHODIEK MET HANDLEIDING

Doel:

Het doel van de 7 stappen methodiek is om van een standaard Klinisch Signaleringsplan (KSP) naar een gepersonaliseerd KSP te komen. In de eerste vijf dagen van opname wordt een standaardplan gebruikt om crisissignalen te herkennen en om te buigen. Tevens kan het standaard KSP in de eerste vijf dagen dienen als gesprekshulpmiddel; hieruit kunnen relevante onderdelen gekozen of aangevuld worden door de patiënt. Na de eerste vijf opname dagen ontstaat een beeld van de patiënt en welke interventies effectief of juist gecontra-indiceerd kunnen zijn, deze gegevens horen, naast de input van patiënt, ambulant en naasten, opgenomen te worden in het gepersonaliseerde KSP.

Werkwijze:

1. Ga het opnamedoel na, bekijk welke crisissignalen op de voorgrond staan en kies een standaard KSP;

Patiënten die opgenomen worden en nog geen gepersonaliseerd Klinisch Signaleringsplan hebben starten met een standaard Klinisch Signaleringsplan. Dit standaard KSP wordt voor *maximaal vijf dagen* gebruikt.

- Indien er al een gepersonaliseerd KSP aanwezig is kunnen stap 1 t/m 4 overgeslagen worden.
- Kies bij opname (eventueel in overleg met de arts) het standaard KSP dat het best passend is bij het opnamedoel en plaats deze in het EPD. De volgende zes standaard KSP's zijn beschikbaar (zie bijlage III tot en met bijlage VIII):
 - i. Agressie,
 - ii. Angst,
 - iii. Ontremming,
 - iv. Sombereheid,
 - v. Suïcidaliteit en
 - vi. Wanen & Hallucinaties.
- Noteer in je rapportage bij opname en op het digibord voor welk standaard KSP gekozen is.

2. Ga na welke interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen en selecteer deze;

In de eerste vijf dagen na opname moet er een (concept) gepersonaliseerd KSP opgesteld (zie bijlage IX 'Gepersonaliseerd KSP') worden.

- Bekijk de eerste vijf dagen van opname welke signalen en interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen van de patiënt en verwerk deze in het gepersonaliseerde KSP.
- Bespreek, indien mogelijk en op een geschikt/ rustig moment (bijvoorbeeld de avond of het weekend), met de patiënt het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Gebruik het gekozen standaard KSP, het thema-overzicht en eventueel een voorbeeld gepersonaliseerd KSP als hulpmiddel hierbij.
- De thema's en het thema-overzicht kunnen gebruikt worden om makkelijk en gestructureerd signalen en interventies te bespreken en mee te nemen naar het gepersonaliseerde KSP. De thema's betreffen: R: rust en activiteit, V: verzorging en voeding, C: contact met anderen, D: denken en voelen, B: boosheid, A: alcohol en drugs, Z: zorg (zie bijlage X 'Thema-overzicht').

3. Beschrijf herstelondersteunende en de-escalerende interventies die succesvol kunnen zijn door middel van herstelgerichte taal (indien mogelijk door ervaringsdeskundigen);

De ervaringsdeskundige gaat met de patiënt in gesprek over herstelondersteunende en de-escalerende interventies.

- De ervaringsdeskundige (of andere collega) doet de dwang- en drang nabespreking/ nabespreking van vormen van verplichte zorg met de patiënt en eventueel naasten. Hieruit kunnen signalen en interventies meegenomen worden als input voor het gepersonaliseerde KSP, vooral voor fase oranje en rood.

4. Heb aandacht voor perspectieven van naasten en ambulant;

Vraag ambulant en naasten voor of na afloop van het eerste ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) of zij input hebben voor het gepersonaliseerde KSP (signalen, interventies of andere relevante informatie). Het standaard KSP en het thema-overzicht kunnen hierbij als hulpmiddel gebruikt worden door relevante onderwerpen hieruit te selecteren.

- Ambulant en naasten kunnen ook op een ander/geschikter moment gevraagd worden naar input of feedback. Denk hierbij aan een bezoekmoment, maar ook aan telefonisch contact of beeldbellen.
- Een aanwezig ambulant CrisisPreventieActiePlan (CPAP) kan ook gebruikt worden voor extra informatie of input.

5. Houdt de voortgang bij, check de volledigheid van het KSP en werk deze bij waar nodig;

Met de stappen 2 tot en met 4 is er een conceptversie gepersonaliseerd KSP tot stand gekomen. Het gepersonaliseerde KSP kan gedurende de gehele opname (en eventuele volgende opnames) aangepast en bijgewerkt worden. Ga na of er stappen (nog) niet gedaan zijn en werk het KSP bij waar nodig.

- Bij het ochtendoverleg wordt nagegaan of patiënten een standaard of gepersonaliseerd KSP hebben. Hier worden afspraken over gemaakt (wie, wat, wanneer).
- Bij het ZAG wordt het KSP besproken of wordt men op het KSP geattendeerd.

6. Personalisatieronde KSP – beschrijf observaties en effectief ingezette interventies;

Wees creatief met interventies en durf “out-of-the-box” te denken. Benoem in het KSP ook wat niet werkt. Probeer bij het bespreken van de observaties en interventies met de patiënt rekening te houden met communicatievalkuilen en probeer de eventuele weerstand van de patiënt te omzeilen.

- Beschrijf in het KSP de effectieve en relevante interventies die ingezet zijn tijdens de opname.
- Behandelaren leveren input voor het KSP, vooral ook over medicatie en verplichte zorg.
- Neem de scores vanuit de crisismonitor (BVC en Kennedy) op in het KSP.
- Bespreek het KSP met collega's en kijk of het team op een lijn staat wat betreft interventies.

7. Draag het gepersonaliseerde KSP over aan ambulant of een vervolgafdeling;

- Biedt de patiënt en naasten een geprinte versie aan van het gepersonaliseerde KSP.
- Attendeer betrokkenen bij het ontslag-ZAG of een overplaatsing op het opgestelde KSP.

B. VOORBEELD INGEVULD GEPERSONALISEERD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN

Bijgevoegd geanonimiseerd gepersonaliseerd KSP (bladzijde 16) is tot stand gekomen in samenwerking met de patiënt en naasten. Op de tweede opname dag zijn de verschillende crisissignalen en passende de-escalerende interventies besproken met patiënt. De 24-uurs medewerker heeft deze informatie verwerkt in een gepersonaliseerd KSP. Tijdens het ZAG is familie gevraagd mee te denken over signalen en de-escalerende interventies. Familie is hierna nog een keer telefonisch benaderd en de-escalerende interventies zijn verder aangevuld. Op de zevende dag van opname heeft een andere 24-uurs medewerker, op basis van het concept gepersonaliseerde KSP, het gepersonaliseerde KSP definitief gemaakt en besproken met de patiënt.

Stressfactoren/aanleidingen							Beschermende factoren	
- Problemen rondom werk en financiën - Afwezigheid/vakantie van ambulante begeleiding - Gebruik van (hard)drugs							- Goede band met moeder en zoon - Regelmaat -	
R: rust en activiteit	V: verzorging en voeding	C: contact met anderen	D: denken en voelen	B: boosheid	A: alcohol en drugs	Z: zorg		
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?						Wat kan ik zelf doen?	
0	Evenwicht en controle						Het gaat goed met mij	
	-Ik slaap 6 tot 8 uur per nacht -Ik gebruik geen drugs -Ik ben sociaal naar anderen en heb regelmatig contact met mijn zoontje -Ik weet dat ik ziek ben (ziektebesef), werk mee aan mijn behandeling en kom zelf voor mijn medicatie -Ik ben geduldig						-Ik ga uiterlijk 00.00u naar bed toe -Meedoen met sport om mijn energie kwijt te kunnen (fitness/basketbal) -Maximaal 3 activiteiten per dag plannen	
	BVC: 0	Kennedy:	1- >50	2- >70	3- >70	4- >40		
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies						Het gaat minder goed met mij	
	-Ik geef meer geld uit -Ik ga blowen als ik gespannen ben						-Muziek luisteren op mijn kamer -Praten over mijn behoefte om te blowen -Rustmomenten nemen -Ik heb tijdelijk geen contact met mijn zoontje	
	BVC: 0-1	Kennedy:	1- <60	2- >60	3- >60	4- 35-40		
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies						Het gaat niet goed met mij	
	-Ik slaap minder dan 6 uur per nacht -Ik ben ongeduldig -Ik stuur on gepaste berichten via social media -Ik krijg snel ruzie met anderen						-Advies vragen aan mensen die ik vertrouw (moeder) -Zo nodig medicatie nemen -Ik geef mijn bankpasje aan mijn moeder mee om te beheren, ik krijg wat contant geld voor boodschappen	
	BVC: 1-3	Kennedy:	1- <50	2- <60	3- <60	4- <35		
3	Zeer hoge spanning, controleverlies						Het gaat slecht met mij	
	-Ik slaap minder dan 4 uur per nacht -Ik ben dwingend en eisend, kan niet wachten -Ik luister niet meer naar anderen, doe mijn eigen ding -Ik probeer, intimideer en ben verbaal dreigend (niet bekend met fysieke agressie) -Ik heb zeer opvallende kleding aan (felle kleuren, zonnebril, zelf geknutselde kleding)						-Ik probeer de hulp te accepteren -Ik lever mijn laptop en mobiel in, maak geen gebruik van internet -Ik kijk naar een foto van mij en mijn zoontje samen	
	BVC: >2	Kennedy:	1- <40	2- <50	3- <50	4- <30		
4	Ontspanning						Het gaat weer beter met mij	
	-Ik ben erg moe -Ik ben bang voor een terugval -Ik voel mij van binnen nog wat onrustig						-Ik slaap in de middag 1 tot 2 uur -Ik herstel het contact met anderen -Ik zoek weer contact met mijn zoontje	
	BVC: 0	Kennedy:	1- >50	2- >70	3- >70	4- >40		
Wat kunnen anderen doen?							Positief bekrachtigen	
							-Toon belangstelling, maak een praatje met mij -Ga in gesprek over mijn dag- en weekplanning, bespreek het met mij als ik teveel gepland heb -Bespreek samen met mij mijn signaleringsplan	
							Medicatie: behandelmedicatie voor mijn bipolaire stoornis (Verplichte) zorg: nvt, ik werk mee	
Ondersteunende houding								
							-Bespreek of ik slaapmedicatie nodig heb, biedt deze aan -Ga in gesprek over mijn drugsgebruik en adviseer mij om geen drugs te gebruiken -Maak samen een dagprogramma met genoeg ruimte voor rust	
							Medicatie: overweeg (slaap)medicatie voor de nacht (temazepam) (Verplichte) zorg:	
Directief, afbakenen en controle overnemen								
							-Overweeg mijn vrijheden in te trekken -Motiveer mij om geen gebruik te maken van social media -Als ik niet in gesprek kom, probeer of het via mijn moeder wel lukt -Biedt zo nodig medicatie actief aan	
							Medicatie: lorazepam 2,5mg zn werkt goed bij spanning (Verplichte) zorg: bij vrijwillige opname een crisismaatregel overwegen	
Ingrijpen en controle overnemen								
							-Neem mijn telefoon en mobiel in beheer, in elk geval voor de nacht -Trek mijn vrijheden in -Probeer mij naar mijn kamer te begeleiden en daar zo nodig medicatie te geven -Een omgeving met weinig prikkels doet mij goed; haal spullen van mijn kamer, overweeg een overplaatsing naar de IC -Ga geen discussie met mij aan, dat heeft geen zin en maakt mij alleen maar bozer. Stel wel grenzen	
							Medicatie: noodmedicatie 4mg temesta IM of 5mg lorazepam oraal (Verplichte) zorg: voorkeur noodmedicatie en holding of overplaatsing naar de IC. Beperking van vrijheden en gebruik van internet/elektronica.	
Ondersteunende houding								
							-Biedt een gesprek met een ervaringsdeskundige aan -Evalueer de crisis met mij en werk samen met mij mijn signaleringsplan bij -Bij (financiële) schade; betrek maatschappelijk werk -Ga in gesprek over een voorlopige ontslagdatum -Ga in gesprek over mijn zorgen	
							Medicatie: afbouwschema lorazepam maken bij veelvuldig gebruik in crisis (Verplichte) zorg: graag nabespreken indien van toepassing	

HOOFDSTUK 3

Implementatie: implementatie en methode van evaluatie

De KSP7s methodiek is geïmplementeerd op alle vier (drie High Care afdelingen en een Intensive Care afdeling) HIC-afdelingen van Altrecht. Na een pilot van zes weken op de eerste HIC afdeling is een evaluatie uitgevoerd, waarna de interventie op basis van de evaluatie verder is aangepast. In de tweede pilot van zes weken is de interventie geïmplementeerd op de resterende drie HIC afdelingen, waarna ook weer een evaluatie heeft plaatsgevonden.

De populatie HIC-medewerkers van Altrecht bestaat uit: 82 medewerkers in de 24-uurs zorg (regie verpleegkundigen (projectleiders)/ verpleegkundigen/ begeleiders/ ervaringsdeskundigen/ leerlingen/ HIC poule medewerkers) en 12 behandelaren (ANIOS/ AIOS/ psychiaters en verpleegkundig specialisten). Alle 24-uurs medewerkers alsmede alle behandelaren zijn via de email benaderd voor een evaluatie, tijdens de evaluatie zijn de antwoorden ter plekke genoteerd door een projectgroep lid (MvdP of RE). Iedereen is verzocht mee te werken aan de pilot en te oefenen met de KSP's, niet alle 24-uurs medewerkers hebben dit in de praktijk gebracht. Daarom is er onderscheid gemaakt tussen 24-uurs medewerkers met en zonder ervaring met de werkwijze van een KSP. De rol tijdens het opstellen van een KSP verschilt tussen 24-uurs medewerkers en behandelaren. Daarom zijn er voor beide doelgroepen verschillende evaluatievragen opgesteld, zie bijlage XI 'Evaluatie vragen'.

Drieëndertig van de 82 24-uurs medewerkers (40,2%) hebben de evaluatievragen beantwoord. Dit betrof achttien verpleegkundigen, negen begeleiders, drie ervaringsdeskundigen en drie leerling verpleegkundigen. Vijf behandelaren (41,6%); waarvan een psychiater, een verpleegkundig specialist, twee ANIOS en een AIOS, hebben de evaluatievragen beantwoord.

De antwoorden van de evaluatievragen van de 24-uurs medewerkers zijn geanalyseerd door middel van thematische analyse op 'aandachtspunten tijdens de implementatie', 'tips en tricks', 'inspirerende ervaringen' en 'aandachtspunten tijdens draagvlak presentatie'. De antwoorden van de behandelaren zijn samengevat en separaat weergegeven.

A. AANDACHTSPUNTEN TIJDENS IMPLEMENTATIE

I. Opstellen van de KSP's

Alle 24-uurs medewerkers, ook diegenen die nog niet met een KSP gewerkt hebben, zien de voordelen van het werken met KSP's. De meerwaarde zit hem in het beter aan kunnen sluiten bij de

patiënt, sneller kunnen de-escaleren en delen van de kennis over de bejegening. Samen met de patiënt een KSP opstellen zorgt voor minder weerstand en effectievere interventies, wat noodincidenten kan voorkomen. Ook bij overplaatsing of heropname is het prettig als er een bestaand KSP is waarop gevaren kan worden.

Ondanks de genoemde voordelen is werken met een KSP, zoals ook uit de literatuur blijkt, complex en uitdagend. Succes hangt gedeeltelijk af van de medewerking en de bereidheid van de patiënt. Patiënten hebben soms andere wensen of andere ervaringen dan de 24-uurs medewerkers waardoor het lastig is de verwachtingen te beschrijven in een document wat voor iedereen werkbaar is. Andere patiënten vinden een KSP te ingewikkeld of te uitgebreid, waardoor het niet goed lukt om tot een volledig KSP te komen. In situaties waarin het opstellen van een KSP wel lukt zijn de patiënt en de 24-uurs medewerker meer vertrouwd met elkaar en wordt er ruimte voor het KSP gemaakt. Uit de evaluatie blijkt dat het beste moment van opstellen af hangt van de drukte van de dienst en de toestand van de patiënt en dat opstellen bij voorkeur in het weekend of in de avonddienst wordt gedaan.

Er is variatie in de manier waarop de 24-uurs medewerkers een KSP opstellen; sommigen geven aan dat het werken met standaardplannen helpend is omdat ze uitgebreid zijn en goede interventies bevatten. Andere 24-uurs medewerkers starten direct met een gepersonaliseerd plan en weer anderen ervaren het opstellen van een KSP als lastig door de veelheid aan informatie.

Naast en het ambulante hulpverleningsteam worden niet altijd betrokken bij een KSP. Enkele 24-uurs medewerkers benaderden naast en ambulant actief, bijvoorbeeld door ze op te bellen of informatie te vragen tijdens bezoeken of een ZAG. Soms wordt er telefonisch contact gezocht met de eerste contactpersoon. Andere 24-uurs medewerkers halen hun informatie uit het ambulante CPAP. De ervaringsdeskundige wordt nog te weinig betrokken bij het opstellen van het KSP omdat de rol van de ervaringsdeskundige niet voldoende duidelijk staat beschreven of omdat er geen ervaringsdeskundige beschikbaar was voor de afdeling. Er wordt geopperd om de input van dwang- en drang nabesprekingen door ervaringsdeskundigen mee te laten nemen in het KSP.

II. Redenen om geen KSP op te stellen en mogelijke oplossingen

Er zijn verschillende redenen waarom 24-uurs medewerkers nog geen KSP hebben opgesteld. De werkwijze wordt als onduidelijk ervaren, ze vinden patiënten te ziek om een KSP op te stellen, ze hebben geen tijd of vinden het standaard KSP niet passen. Echter, het merendeel van de 24-uurs medewerkers legt de oorzaak bij zichzelf en geven aan er niet aan te denken, het teveel werk/ gedoe te vinden, er nog niet toe gedwongen te zijn of weerstand te hebben tegen nieuwe dingen. Deze 24-

uurs medewerkers geven aan meer uitleg, tijd en ondersteuning nodig te hebben. Bijvoorbeeld in de vorm van een training, maar ook samendoen wordt geopperd alsmede als vertrouwen in het eigen kunnen. Ook dwang/ druk en een strengere benadering wordt geopperd om het proces van het opstellen van een KSP aan te gaan. Het opstellen van een KSP moet een routine gaan worden en als het succes wordt ervaren gaat het vanzelf lopen. Tenslotte is een goede ondersteuning vanuit het EPD noodzakelijk.

III. Belang van multidisciplinair werken

In de evaluatie wordt door de 24-uurs medewerkers het belang van multidisciplinair werken genoemd. Het KSP is een manier om crisissignalen te herkennen en de patiënt inspraak in zijn behandeling te geven, deze activiteiten zijn niet exclusief voorbehouden aan de 24-uurs medewerkers.

Behandelaren kunnen meer betrokken worden bij het KSP, bijvoorbeeld door het bespreken en beschrijven van medicatie voor in het KSP, bij het formuleren van fase oranje en rood en bij de bejegeningwijze en het beleid. Meerdere 24-uurs medewerkers geven aan dat tijdens het ochtendoverleg of het ZAG er meer aandacht voor het KSP moet zijn. Door het KSP terug te laten komen in overlegmomenten gaat het meer leven. De 24-uurs medewerkers geven aan dat, indien het KSP door de behandelaar wordt omarmd, de 24-uurs medewerkers die nu sceptisch staan ten opzichte van het KSP, wellicht zullen volgen omdat het onderdeel wordt van het multidisciplinaire beleid.

IV. Format en werkwijze KSP

Ons goede voorbeeld betreft 7 stappen om van een standaard KSP naar een gepersonaliseerd KSP te komen. De meningen over de standaardplannen variëren van “duidelijk met voldoende fases en interventies” tot “teveel informatie in een te klein lettertype”. De meningen over het gepersonaliseerde KSP zijn meer unaniem; alhoewel de meerwaarde van het opnemen van de scores van zowel de BVC als de Kennedy voor HIC-medewerkers wordt gezien, wordt deze meerwaarde niet voor patiënten ervaren. Scores van de BVC alsmede de Kennedy zijn onduidelijk voor de patiënten. De patiënt is namelijk niet bekend met deze risicotaxatie instrumenten omdat deze primair voor het behandelteam zijn ontwikkeld zodat risicosignalen tijdig herkend kunnen worden. Het is daarom raadzaam om niet enkel de BVC of Kennedy scores te noemen in het KSP maar bijvoorbeeld de relevante BVC items voluit te noemen zoals: geïrriteerd, luidruchtig, verbaal bedreigend et cetera. De volgende aandachtspunten voor de werkwijze en het format worden genoemd:

- Overweeg een groter lettertype voor de standaard KSP's.
- Overweeg de standaard KSP's op A3 formaat te printen.
- Benadruk dat een paar zinnen per gepersonaliseerd KSP ook voldoende is; het standaardplan is een hulpmiddel.

V. Ervaringen behandelaren

Behandelaren zien de voordelen van het KSP, vooral voor de 24-uurs medewerkers en bepaalde patiëntencategorieën. Een behandelaar is kritisch en ervaart dit “als het zoveelste wat moet”.

Behandelaren geven wel aan meer betrokken te kunnen worden bij het tot stand komen van het KSP en deze desgevraagd aan te willen vullen met ideeën. Daarnaast zien ze een rol voor de behandelaar tijdens het ZAG, bijvoorbeeld door het KSP te benoemen en concrete afspraken te maken over het opstellen ervan.

Behandelaren zijn van mening dat de KSP's meer in de structuur van de afdelingen kunnen komen. Dat kan bespoedigd worden als KSP's hun nut bewijzen en als familieleden en/ of naasten en het ambulante behandelteam op de hoogte zijn van het werken met KSP's. Een manier om het in de structuur in te brengen is door naar het KSP te refereren na incidenten, eventueel kan na afloop van een incident het KSP verder worden aangevuld. Tot slot geven behandelaren aan dat borging van het KSP in het EPD noodzakelijk is zodat makkelijk te zien is of de patiënt een KSP heeft of niet.

VI. Tips voor de toekomst

De implementatie van een KSP heeft een grotere kans van slagen als ze op een gebruiksvriendelijke manier opgenomen worden in het EPD. Daarnaast geven 24-uurs medewerkers aan dat meer tijd, een presentatie/ uitleg, herhaling, routine, minder schrijfwerk en meer stimulering en druk het werken met KSP's tot een succes kunnen maken. Er is behoefte aan directe en persoonlijke uitleg, wat wordt er van de 24-uurs medewerkers verwacht en wanneer? Even laten zien hoe het werkt, waar je de documenten kan vinden, en voorbeelden laten zien draagt allemaal bij een succesvolle implementatie. Ook benadrukken dat de rode fase kan bijdragen aan minder incidenten, als je bijvoorbeeld weet dat directief zijn effectief is, dan kan dat in de praktijk veel verschil maken.

De volgende tips voor de toekomst worden benoemd:

- Betrek iedereen bij het tot stand komen.
- Zorg ervoor dat het KSP op verschillende momenten tijdens de opname terug komt.
- Stuur af en toe een mail ter herinnering.

- Overweeg kartrekkers te installeren die het goede voorbeeld geven.

B. TIPS EN TRICKS

- Onderzoek laat zien dat tijdsinvestering op maat cruciaal is voor het opstellen van een goed en passend KSP. Uit de pilot bleek echter dat er soms in een kwartier al zeer veel bereikt kan worden. Het hoeft niet in een keer en kan ook opgesplitst worden. Een gepersonaliseerd KSP hoeft echt niet zo uitgebreid te zijn als de standaard KSP's. Zie ook de voorbeelden van de ingevulde gepersonaliseerde KSP's.
- De zes standaard Klinische Signaleringsplannen en het thema-overzicht zijn een handig hulpmiddel voor het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Als je zonder deze te gebruiken een goed gepersonaliseerd KSP op kan stellen is dat ook prima.
- Zorg voor geprinte versies van de standaard KSP's. Deze kunnen gebundeld worden in een mapje of los beschikbaar zijn. Een geprinte en eventueel geplastificeerde versie op A3 formaat kan fijn werken om mee naar de patiënt te nemen.
- Pak een laptop en een geprinte versie van het standaard KSP en het thema-overzicht erbij als je samen met de patiënt een gepersonaliseerd KSP gaat maken. Als je het niet prettig vindt werken op een laptop kan je ook het KSP op papier invullen en dit later digitaal invoeren.
- Geef bij de patiënt aan dat hij/ zij voorkeur kan hebben voor bepaalde interventies. In de praktijk wordt geprobeerd de opgestelde interventies van de patiënt uit te voeren, maar hier kan van worden afgeweken als dit niet haalbaar is. Ook kan in het gepersonaliseerde KSP beschreven worden welke interventies effectief gebleken zijn (bijvoorbeeld bepaalde medicatie). Het kan zijn dat de patiënt hier anders over denkt, dit kan dan in het KSP bij de betreffende interventie vermeld worden.
- Gebruik het opgestelde KSP ook in de praktijk, bijvoorbeeld als een patiënt gespannen is.
- Een gepersonaliseerd KSP is van de patiënt én van ons. Bedenk dat de interventies die je beschrijft ook door de rest van het team gedragen moeten worden.
- Geef de patiënt een geprinte versie van het opgestelde KSP. Dit kan helpend zijn tijdens de opname.
- De nachtdienst kan informatie en interventies vanuit de rapportages verwerken in het gepersonaliseerde KSP als hier overdag geen tijd voor geweest is.
- Kies een vast moment in de week (bijvoorbeeld zaterdagochtend) om te kijken wie er nog geen gepersonaliseerd KSP heeft.

- Bespreek het KSP bij een overplaatsing, draag het KSP over en laat weten in welke fase de patiënt op het moment van overplaatsing zit.
- Het KSP is gericht op de klinische behandeling, bij een CPAP ligt de nadruk op de ambulante behandeling. Een patiënt kan in zijn CPAP in de rode fase zitten, maar in zijn KSP in de groene of gele fase.
- Kijk na een incident opnieuw naar het KSP; staat er al voldoende input in de oranje/ rode fase, welke interventies waren effectief en vul het KSP aan waar nodig.
- In enkele gevallen sluiten de standaard KSP's onvoldoende aan op de complexe problematiek van de patiënt, bijvoorbeeld suïcidaliteit bij persoonlijkheidsproblematiek. Probeer dan zo snel mogelijk te starten met het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. De thema's kunnen dan gebruikt worden om een zo compleet mogelijk KSP op te stellen.

Tips en tricks voor behandelaren:

- Attendeer tijdens het ochtendoverleg en het ZAG op het maken van een gepersonaliseerd KSP samen met de patiënt (en naasten/ ambulant). Maak hier afspraken over (wie, wat, wanneer).
- Neem samen met de 24-uurs medewerker de opgestelde KSP's door. Dan kan eventuele inbreng toegevoegd worden en dan ben je gelijk op de hoogte van de inhoud van het KSP.
- Lever input voor het KSP, vooral ook gericht op de medicatie en vormen van verplichte zorg.
- Zorg dat het behandelplan/ beleid en het KSP op een lijn met elkaar zitten.

C. INSPIRERENDE ERVARINGEN

Patiënten perspectief

- Patiënten gaven aan de inspanningen van 24-uurs medewerkers te waarderen. Samen kijken naar crisissignalen en bijbehorende de-escalerende interventies zorgden voor een andere kijk op de aandoening voor zowel de patiënt als de 24-uurs medewerker.
- Een patiënt die heel onrustig en geagiteerd was bleek zijn gedachten over helpende de-escalerende interventies goed te kunnen verwoorden. De onrust en de agitatie waren niet meteen afgenomen, maar met de -door patiënt zelf geformuleerde interventies- lukte het de 24-uurs medewerkers wel de onrust en agitatie niet verder te laten toenemen. Sommige patiënten hebben in de piek van een crisis moeite met het noemen van concrete waarschuwingssignalen maar kunnen wel op kritische wijze benoemen wat hun interventie

voorkeuren zijn op basis van eerdere ervaringen.

24-Uurs medewerkers perspectief

- Een 24-uurs medewerker gaf na de implementatie aan andere gesprekken te hebben met patiënten. Het uitvragen van triggers en mogelijke oplossingen hiervoor zorgden voor een heel nieuw beeld van de patiënt.
- Niet alles wat de patiënt aandraagt als helpend hoeft overgenomen te worden. Naasten en de eigen klinische blik kunnen ook een bijdrage leveren een effectieve de-escalerende interventies. Zo kwamen de 24-uurs medewerker en de patiënt samen overeen dat naasten, voor de patiënt belangrijke, de-escalerende interventies konden inzetten.
- Het herkennen en adresseren van crisissignalen zorgden ervoor dat de 24-uurs medewerkers bewuster naar een crisis keken waardoor de klinische ervaring en de input van de 24-uurs medewerkers toenam tijdens overlegmomenten.
- Het bespreken van de verschillende signalen en de-escalerende acties hoeft niet aan de hand van een statisch document te gebeuren. Een 24-uurs medewerker maakte gebruik van post-its die hij samen met de patiënt op de muur plakte. Op de post-its stonden de-escalerende interventies, voor de patiënt geschikte interventies plakte hij bij desbetreffende fase van de crisis.

D. INZICHTGEVENDE QUOTES

“Soms is het goed om bij een collega te checken of bepaalde interventies haalbaar zijn en of zij er hetzelfde instaan. Bijvoorbeeld parfum op de knuffel van een patiënt spuiten en deze aan hem geven; willen wij dat wel?” (24-uurs medewerker).

“Een KSP zorgt voor betere gesprekken en een echt persoonlijk plan” (24-uurs medewerker).

“De plannen moeten wel echt samen worden ingevuld. Soms wordt dit nu ook wel door de patiënt alleen gedaan, die krijgt dan een standaard KSP en moet daarop de interventies aankruisen” (24-uurs medewerker).

“Patiënten weten vaak het beste wat werkt, net als familie. Het kan soms een extra noodincident schelen” (24-uurs medewerker).

“Het is niet zo’n opgave als is dat het lijkt. Het is een kwartiertje te doen of zelfs in 3 x 5 minuten”
(24-uurs medewerker).

“Soms is het lastig, bijvoorbeeld bij suïcidaliteit. Bij het standaardplan suïcidaliteit voelen sommige interventies te beheersmatig en contra-geïndiceerd” (24-uurs medewerker).

“In het eerste ZAG benoemen dat het gemaakt dient te worden” (behandelaar).

“De timing wanneer je een plan maakt met de patiënt is cruciaal. Dat is afhankelijk van de crisis van de patiënt wanneer je dit kan doen” (behandelaar).

E. TIJDSPAD

Onderstaand tijdspad kan gebruikt (en aangepast) worden om de implementatie van de 7-stappen te stroomlijnen.

Weeknummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Vorbereidingen voorafgaand aan de implementatie																				
Stel kartrekkers aan																				
Voorbeelden beschikbaar?																				
Vindbare plek in het EPD?																				
Samenwerking multidisciplinaire team																				
Tijdens de implementatiefase																				
Draagvlak presentatie aan multidisciplinaire team																				
Oefensessies voor medewerkers																				

Beschikbaarheid voor vragen																			
<i>Na afloop van de implementatiefase</i>																			
Evalueer																			
Aanpassingen in werkwijze?																			

F. OEFENCASUS

Onderstaande oefencasus en bijbehorend gepersonaliseerd KSP kan gebruikt worden in trainingen of als voorbereiding op het werken met KSP's.

Opgenomen wordt mevrouw XXX (12-12-1999) vanwege een psychotische decompensatie. Mevrouw is bekend met schizofrenie van het paranoïde type en drugsgebruik (blowen en harddrugs) en heeft een zorgmachtiging. Hetero-anamnestic is er sprake van een jeugd met verwaarlozing en uithuisplaatsing. Mevrouw heeft een partner, Kees. Kees zorgt voor de financiën en houdt contact met haar ambulante begeleiders.

De verpleegkundigen van de afdeling willen met haar gaan zitten om het KSP vorm te geven, maar treffen een vrouw die niet mee kan werken. Er wordt besloten informatie op te halen bij Kees, haar partner. Kees wordt telefonisch benaderd en vertelt dat mevrouw, als ze stabiel is, soms nog wel boze stemmen hoort, maar dat ze deze kan negeren. Verder ziet ze er dan netjes uit en gebruikt geen harddrugs. Wat helpt als mevrouw zich goed voelt is om belangstelling te tonen voor mevrouw, niet te oordelen over haar keuzes en haar contact te laten hebben met een ervaringsdeskundige. Kees zelf geeft aan een rol te kunnen spelen op het moment dat er sprake is van veel spanning maar nog niet van controle verlies, bijvoorbeeld door dan overdag langs te komen ter ondersteuning. De ambulant behandelaar wordt ook benaderd voor informatie, deze vertelt dat mevrouw, als ze in goeden doen is, tekent als ze last heeft van haar stemmen en zelfstandig haar medicatie inneemt. Op het moment dat het minder met haar gaat is het belangrijk mevrouw gerust te stellen en over makkelijke onderwerpen te praten (dus niet over haar drugsgebruik). Zo nodig medicatie kan helpen, evenals een dagstructuur met daarin opgenomen ontbijt, lunch en avondeten.

De verpleegkundigen willen het KSP verder invullen en proberen dit zo goed en kwaad mogelijk met mevrouw te bespreken. Informatie die ontbreekt wordt uit de ervaringen van een eerdere opname gehaald. Uit vorige opnames blijkt dat hoge spanning zich uit in heen en weer lopen, oninvoerbaar schreeuwen tegen haar stemmen en dreigen met (fysieke) agressie. Duidelijke grenzen, aandringen op zo nodig medicatie en een vrouwelijke hulpverlener kunnen op dat moment de-escalerend werken. Als voorgaande interventies en de aanwezigheid van Kees niet voldoende zijn om het controleverlies af te wenden kan er besloten worden om mevrouw over te plaatsen naar de IC, dat is namelijk effectiever gebleken dan een op een begeleiding op de afdeling.

In het geval van controleverlies gaat de dreiging van fysieke agressie over naar daadwerkelijke agressie: mevrouw richt zich dan op haar omgeving en schopt tegen deuren en muren. Op het

moment dat er sprake is van controleverlies komt mevrouw zeer psychotisch over en schreeuwt ze tegen haar stemmen. In dat geval is het verantwoord om de situatie over te nemen, met noodmedicatie en met holding (wil mevrouw liever zelf niet, maar het is wel effectief gebleken).

Na het controle verlies en acting-out schaamt mevrouw zich en trekt ze zich veel terug op haar kamer. Boze stemmen zijn nog steeds aanwezig, maar het lukt mevrouw om deze te negeren. Ze laat zien dat het weer beter gaat door samen met Kees haar hond uit te laten en gesprekjes aan te gaan met de verpleegkundigen. De verpleegkundigen kunnen haar ondersteunen door begrip te tonen, uit te nodigen bij groepsactiviteiten en haar aan te melden bij ambulante therapiegroepen.

Tijdens de vorige opname zijn haar BVC en Kennedy scores bijgehouden. De scores uit de vorige opname worden uit het dossier gehaald en in het KSP gezet.

Fase 0, evenwicht en controle

BVC: Geen score

Kennedy:

Psychische problemen >40

Sociale vaardigheden >70

Geweld (anderen of zelf) >70

ADL/ werk/ studie >40

Fase 1, oplopende spanning, angst voor controle verlies

BVC: Luidruchtig, geïrriteerd

Kennedy:

Psychische problemen 30-40

Sociale vaardigheden 60-70

Geweld (anderen of zelf) >60

ADL/ werk/ studie 30-40

Fase 2, hoge spanning, gedeeltelijk controle verlies

BVC: Luidruchtig, geïrriteerd, verbaal bedreigend

Kennedy:

Psychische problemen <30

Sociale vaardigheden <60

Fase 3, zeer hoge spanning, controle verlies

BVC: Verward, luidruchtig, geïrriteerd, verbaal bedreigend, fysiek bedreigend, aanval op voorwerpen

Kennedy

Psychische problemen <30

Sociale vaardigheden <50

Geweld (anderen of zelf) <60
ADL/ werk/ studie 20-40

Geweld (anderen of zelf) <50
ADL/ werk/ studie <30

Fase 4, ontspanning

BVC: Geen score

Kennedy

Psychische problemen >40

Sociale vaardigheden >60

Geweld (anderen of zelf) >70

ADL/ werk/ studie >40

In overleg met de behandelaar wordt de volgende zo nodig en noodmedicatie afgesproken:

- Zo nodig: lorazepam 2,5mg (max 4 keer per dag).
- Noodmedicatie: lorazepam 4mg/ haldol 5mg IM.

Stressfactoren/aanleidingen						Beschermdende factoren					
- Financiële problemen - Onzekerheid - Stoppen met medicatie						- Zorg voor mijn hond - Relatie met Kees -					
R: rust en activiteit						V: verzorging en voeding					
C: contact met anderen						D: denken en voelen					
B: boosheid						A: alcohol en drugs					
Z: zorg											
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?					Wat kan ik zelf doen?					Wat kunnen anderen doen?
0	Evenwicht en controle					Het gaat goed met mij					Positief bekrachtigen
	-Ik eet 3 maaltijden per dag -Ik kan naar anderen luisteren -Ik hoor soms nog boze stemmen, maar kan deze negeren -Ik maak mijzelf elke ochtend op en zie er netjes uit -Ik blow niet elke dag					-Ik gebruik geen harddrugs en praat met de begeleiding over drugs -Ik kom zelf voor mijn medicatie -Ik ga tekenen als ik last heb van mijn stemmen					-Toon belangstelling en maak een praatje met mij -Praat open over mijn drugsgebruik, maar zeg niet dat ik nooit meer mag blowen -Biedt een gesprek aan met een ervaringsdeskundige -Leg uit waarom de medicatie goed voor mij is
	BVC: 0 Kennedy: 1- >40 2- >70 3- >70 4- >40										Medicatie: Ik wil liever geen medicatie, maar snap dat het beter is (Verplichte) zorg: Ik heb een zorgmachtiging
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies					Het gaat minder goed met mij					Ondersteunende houding
	-Ik praat soms tegen mijn stemmen -Ik vertrouw niet iedereen -Ik zoek minder contact met anderen -Ik verzorg mijzelf niet meer zo goed					-Ik probeer ontbijt, lunch en avondeten te nemen -Ik vraag mijn achterdocht en wantrouwen na bij mensen die ik wel vertrouw -Ik ga elke dag een keer naar buiten, alleen of met Kees					-Nodig mij uit mee te doen bij creatief/atelier -Biedt mij ontbijt, lunch en avondeten actief aan -Stel mij gerust, praat rustig en over makkelijke onderwerpen -Biedt zo nodig medicatie aan
	BVC: 0-2 Kennedy: 1- 30-40 2- 60-70 3- >60 4- 30-40										Medicatie: Zo nodig lorazepam 2,5mg helpt goed bij spanning (oxazepam minder goed) (Verplichte) zorg:
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies					Het gaat niet goed met mij					Directief, afbakenen en controle overnemen
	-Ik ga/wil elke dag blowen tegen de spanning, heb craving als ik niet naar buiten kan -Ik schreeuw tegen mijn stemmen als ze niet stoppen met nare teksten -Ik loop onrustig heen en weer, ben oninvoelbaar -Ik reageer boos bij een "nee", dreig met agressie -Ik ben bang, maar praat hier niet over					-Ik neem medicatie in als deze mij gegeven wordt -Ik laat mij aanspreken op mijn gedrag -Ik neem een time-out en ga naar mijn kamer					-Bespreek met Kees of rooming-in (of ondersteuning/aanwezigheid overdag) een optie is als ik erg angstig ben en verder niemand vertrouw -Biedt met drang zo-nodig medicatie aan (ik wil liever geen medicatie) -Stel duidelijke grenzen aan mijn gedrag (korte en duidelijke opdrachten) -Ik wil graag door een vrouwelijke hulpverlener begeleid worden -Overweeg en bespreek overplaatsing naar de IC als interventies niet werken
	BVC: 1-3 Kennedy: 1- <30 2- <60 3- <60 4- 20-40										Medicatie: 4x per dag lorazepam 2,5mg vast aanbieden/geven (Verplichte) zorg: Overweeg verplichte (behandel)medicatie bij weigering
3	Zeer hoge spanning, controleverlies					Het gaat slecht met mij					Ingrijpen en controle overnemen
	-Ik schop tegen de deuren -Ik sla mijzelf tegen mijn hoofd door de stemmen -Ik kom niet meer in gesprek -Mijn stemmen geven mij opdrachten					-Ik probeer de zorg voor mijzelf over te laten nemen -Ik probeer de opdrachten van de stemmen niet uit te voeren en dit hardop te zeggen					-Blijf tegen mij praten, vertel wat er gaat gebeuren, stel mij gerust -Neem de situatie over en zorg voor een veilige omgeving voor mijzelf en anderen -Grijp in met noodmedicatie en houdt mij in de holding (wil ik zelf liever niet; wel effectief gebleken) -Schaal de zorg op; overplaatsing naar een IC bleek effectiever dan 1-op-1 begeleiding op de afdeling
	BVC: >3 Kennedy: 1- <30 2- <50 3- <50 4- <30										Medicatie: temesta 4mg/ haldol 5mg IM nood (Verplichte) zorg: noodmedicatie IM. Separatie alleen als laatste middel inzetten voor de veiligheid van anderen.
4	Ontspanning					Het gaat weer beter met mij					Ondersteunende houding
	-Ik hoor soms nog boze stemmen, maar kan deze negeren -Ik schaam mij voor wat ik gedaan heb -Ik trek mij veel terug op mijn kamer, voel mij eenzaam					-Ik laat alleen of samen met Kees mijn hond uit -Ik maak een praatje met groepsgenoten of personeel -Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken					-Nodig mij uit om op de groep te komen -Toon begrip en ga in gesprek over wat er gebeurd is -Nodig mij uit om bij ambulant mee te doen met therapiegroepen -Ik wil af en toe een arm om mij heen of een knuffel hebben (gepast bij naasten/familie)
	BVC: 0 Kennedy: 1- >40 2- >60 3- >70 4- >40										Medicatie: afbouwen van medicatie naar alleen de behandelmedicatie; bespreek oraaf of depotvorm (Verplichte) zorg: zorgmachtiging (houden aan afspraken met behandelaren en medicatievoorschrift)

LITERATUURLIJST

1. Fockens J, Boumans C, Postulart D. Onderzoek naar signaleringsplannen in de langdurige klinische ggz; gecompliceerder dan gedacht. Tijdschrift voor psychiatrie. 2018;60(1):46–50.
2. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. Psychiatr Serv. 2008;59(1):63–71.
3. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2016 Jul 1;73(7):657–64.
Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
4. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Views of service users and providers on joint crisis plans. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009 May;44(5):369–76.
5. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet. 2013;381(9878):1634–41.
6. van der Ham AJ, Voskes Y, van Kempen N, Broerse JEW, Widdershoven GAM. The Implementation of Psychiatric Advance Directives. Psychiatr Rehabil J. 2013 Jun;36(2):119–21.
7. Sutherby KK. A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. Acta Psychiatr Scand. 1999;100(1):56-61.
8. Toetsingskader terugdringen separeren en afzonderen. Den Haag; 2016. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).
9. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Zorgmachtiging in de wet verplichte GGZ (Dwang in de zorg). Available from: <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz/zorgmachtiging>
10. Ruchlewska A, Wierdsma A, Kamperman A, et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. PLoS ONE. 2014;9(3):e91882.
11. Owen GS, Richardson G, David AS, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: Cross sectional study. BMJ. 2008;337(7660):40-42.
12. Farrelly S. Improving therapeutic relationships: Joint crisis planning for individuals with psychotic disorders. Qual Health Res. 2015;25(12):1637-47.
13. Peters S, Pontin E, Lobban F, Morriss R. Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers. BMC Psychiatry. 2011 Nov 1;11(1):172.

14. Kim MM, Van Dorn RA, Scheyett AM, Elbogen EE, Swanson JW, Swartz MS, et al. Understanding the Personal and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives: A Qualitative Perspective. *Psychiatry*. 2007 Mar 1;70(1):19–29.
15. Shields LS, Pathare S, van Zelst SDM, Dijkkamp S, Narasimhan L, Bunders-Aelen JGF. Unpacking the psychiatric advance directive in low-resource settings: an exploratory qualitative study in Tamil Nadu, India. *Int J Ment Health Syst*. 2013 Dec 26;7(1):29.
16. Brockelman KF, Scheyett AM. Faculty Perceptions of Accommodations, Strategies, and Psychiatric Advance Directives for University Students With Mental Illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. 2015 Dec;38(4):342–8.
17. Scheyett AM, Rooks A. Experiences From the Field University Students' Views on the Utility of Psychiatric Advance Directives. *Journal of American College Health*. 2012;60(1):90-93.
18. Eisner E, Barrowclough C, Lobban F, Drake R. Qualitative investigation of targets for and barriers to interventions to prevent psychosis relapse. *BMC Psychiatry*. 2014 Jul 16;14(1):201.
19. Daggenvoorde TH, Goossens PJJ, Gamel CJ. Regained Control: A Phenomenological Study of the Use of a Relapse Prevention Plan by Patients With a Bipolar Disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2013 Oct;49(4):235–42.
20. Kisely S, Wyder M, Dietrich J, Robinson G, Siskind D, Crompton D. Motivational aftercare planning to better care: Applying the principles of advanced directives and motivational interviewing to discharge planning for people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2017 Feb;26(1):41-48.
21. Nicaise P, Soto V, Dubois V, Lorant V. Users' and Health Professionals' Values in Relation to a Psychiatric Intervention: The Case of Psychiatric Advance Directives. *Adm Policy Ment Health*. 2015 Jul;42(4):384–93.
22. Pontin E, Peters S, Lobban F, Rogers A, Morriss RK. Enhanced relapse prevention for bipolar disorder: a qualitative investigation of value perceived for service users and care coordinators. *Implement Sci*. 2009 Feb 9;4(1):4.
23. Scott S, Reid I, Smith J, Natynczuk S, Robson-Ward M, Vaughan J. A staff perspective of early warning signs intervention for individuals with psychosis: clinical and service implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004 Aug;11(4):469–75.
24. Dodd AL, Mallinson S, Griffiths M, Morriss R, Jones SH, Lobban F. Users' experiences of an online intervention for bipolar disorder: important lessons for design and evaluation. *Evid Based Mental Health*. 2017;20(4):133-139.
25. Easter M, Swanson J, Robertson A, Moser L, Swartz M. Facilitation of Psychiatric Advance Directives by Peers and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams. *Psychiatr Serv*. 2017 Apr 4;68(7):717–23.

26. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect.* 2016 Apr;19(2):448–58.
27. Borschmann R, Trevillion K, Henderson RC, Rose D, Szmukler G, Moran P. Advance Statements for Borderline Personality Disorder: A Qualitative Study of Future Crisis Treatment Preferences. *Psychiatr Serv.* 2014 Jun;65(6):802–7.
28. Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry.* 2005;186:247–252.

BIJLAGE I ZOEKSTRING

Uitgevoerd in PUBMED, september 2020

	Search terms			Number of hits
PUBMED				
#1	crisis prevention OR crisis plans OR crisis treatment plan OR crisis plan OR joint crisis plan OR advance statements OR crisis prevention plan OR	early warning signs OR relapse prevention OR wellness recovery action plan OR life chart OR early recognition OR	advance statement OR psychiatric advance directives OR advance directives OR advance directive	154388
#2	suicidal OR mania OR bipolar disorder OR self harm OR psychosis OR psychose OR	severe mental illness OR mental health OR severe mental health OR psychiatric OR service user		997240
#3	qualitative OR interview OR qualitative interview OR focus group OR focus group interview OR perspective			582685
#4	tobacco OR smoking			313542
	#1 AND #2 AND #3 NOT #4			1648

BIJLAGE II OVERZICHT GEINCLUDEERDE STUDIES

METHODE				PARTICIPANTEN	KARAKTERISTIEKEN CRISSIGNALERINGSPLANNEN		UITKOMSTEN	
	Auteur/ Jaar/ Land	Design	Procedure	Inclusiecriteria	Interventie	Implementatie	Resultaten	Klinische bruikbaarheid
1	Amering et al., ²⁸ 2005 USA	Kwalitatieve studie	Veldobservaties, interviews, focusgroepen, archief onderzoek en interviews met sleutelfiguren.	Hulpverleners (N=20) die training hebben ontvangen in het formuleren van een crisissignaleringsplan. Patiënten (N=33) welke ruime ervaring met een psychiatrische aandoening hebben en meerdere malen zijn opgenomen.	Acht workshops over een crisisplan met een of twee trainers en 10 tot 100 patiënten als onderdeel van een rehabilitatietraining. Materiaal werd schriftelijk uitgedeeld, respondenten werd gevraagd actief te participeren tijdens de workshops.	NB	Het formuleren van een crisissignaleringsplan kost tijd, is arbeidsintensief en vraagt veel van zowel de hulpverlener als de patiënt. Als een crisissignaleringsplan tot stand komt draagt dat bij aan positieve ervaringen van zowel patiënt als hulpverlener.	De meeste patiënten begrijpen het concept van het crisissignaleringsplan maar enkelen zijn niet geïnteresseerd in het gebruiken van een crisisplan tijdens een crisis. De meeste patiënten willen actief meedenken en meer verantwoordelijkheid tijdens een crisis.
2	Borschmann et al., ¹⁶ 2014 Engeland	Mixed methods; kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	Data uit 41 crisissignaleringsplannen zijn iteratief geanalyseerd door middel van thematische analyse.	Volwassenen met BPS (N=41).	Een afspraak met een psycholoog, het GGZ wijkteam, familie/ naasten, andere hulpverlener of patiënt vertrouwenspersoon.	NB	Belangrijke voorkeuren van patiënten in een crisissignaleringsplan zijn; behandeld worden met waardigheid & respect, emotionele en praktische ondersteuning, contact met anderen (of juist niet), bespreken voorkeuren antipsychotica.	De inhoud van het crisissignaleringsplan is voor patiënten vooral gerelateerd aan eerdere onbevredigende opname ervaringen. Patiënten vinden het van groot belang dat hulpverleners luisteren naar hun wensen daar op acteren, en dat ze met waardigheid en respect worden behandeld.
3	Brockelman et al., ²⁷ 2015 USA	Een web-based vragenlijst met kwalitatieve open vragen	De vragenlijst bevat (aangepaste) vragen van de MHIAS en PAQ. Aan de vragenlijst zijn extra vragen toegevoegd.	Respondenten (N=168) waren medewerkers van een grote openbare universiteit.	NB	NB	Respondenten staan positief ten opzichte van crisissignaleringsplannen. Het voordeel van deze plannen is dat studenten vooraf kunnen nadenken over een keuze en dat het autonomie bevordert. Een zorg is dat studenten niet goed kunnen inschatten wat ze nodig hebben in tijden van crisis.	Zowel hulpverleners als familie/ naasten horen de psychiatrische aandoening en het crisissignaleringsplan te begrijpen.
4	Daggenvoorde et al., ¹⁹ 2013 Nederland	Kwalitatieve fenomenologische studie	Open interviews over de ervaringen met een	Ambulante patiënten met een bipolaire stoornis, in de stabiele	Een terugvalpreventieplan beschrijft wat de patiënt, familie en hulpverleners	NB	Een terugvalpreventieplan is een hulpmiddel voor patiënten waarmee controle over hun	Hulpverleners die werken met een terugvalpreventieplan moeten betrokken worden in de

			terugvalpreventieplan.	fase, met een terugvalpreventieplan (N=15).	kunnen doen om een terugval te voorkomen.		leven kan worden verkregen. Bevorderende factoren zijn een goede samenwerking tussen patiënt, familie en hulpverleners.	verdere ontwikkeling en gebruik van deze plannen.
5	Dodd et al., ²⁴ 2017 Engeland	Kwalitatieve studie als onderdeel van een single-blind RCT	Participanten die de interventie hebben ontvangen zijn geïnterviewd.	Patiënten met een bipolaire stoornis; minimaal 3 terugvallen waarvan 1 het afgelopen jaar (N=19).	Een zelfsturende web-based interventie waarmee stemmingsverandering, triggers en vroege voortekenen herkend kunnen worden.	De patiënt ontvangt geen ondersteuning tijdens het invullen, indien er sprake is van technische problemen kan hulp ingeroepen worden via een link op de website.	Barrières voor het gebruik van een web-based interventie zijn het intensieve assessment, praktische bezwaren en stemming. Auteurs zijn van mening dat digitale interventies routine zorg niet kunnen vervangen.	Sommige patiënten hebben een voorkeur voor een online interventie, anderen niet. Als web-based interventies gebruikt worden moeten deze interactief, betrouwbaar en door iedereen gebruikt kunnen worden.
6	Easter et al., ²⁵ 2017 USA	RCT	Het aantal volledige PAD's wat is ingevuld is bestudeerd en geanalyseerd op inhoud, structuur, bruikbaarheid en vier domeinen (medicatie, ziekenhuisvoorkeur, klinische informatie en een samenvatting).	EPA patiënten die zorg ontvangen van een ACT team in North Carolina (N=145). Patiënten die geen compleet crisissignaleringsplan hebben werden ook uitgenodigd voor interviews.	Gestructureerde gesprekshulpen waarbij een 'peer' (N=71) of een hulpverlener kan ondersteunen (N=74).	Peers en hulpverleners zijn getraind door een psycholoog in zorgvuldig luisteren en vaststellen dat het crisissignaleringsplan de wensen van de patiënt reflecteert.	50% van de crisissignaleringsplannen is volledig, waarbij geen verschil werd aangetoond tussen de peers en hulpverleners. Variabelen die voorspellen of een crisissignaleringsplan volledig wordt ingevuld zijn: zelfstandig wonen, problematisch drugs of alcohol gebruik, lang in zorg bij het ACT team, en geen nare ervaringen tijdens eerdere opnames.	Aanvullende training kan er voor zorgen dat het minder ongemakkelijk wordt om een crisissignaleringsplan op te stellen wat niet helemaal recht doet aan de wensen van de patiënt.
7	Eisner et al., ¹⁸ 2014 Engeland	Kwalitatieve studie	Interviews over hoe het herkennen van vroege voortekenen van een terugval verbeterd kan worden.	Een beschikbaarheidssample (N=23) van patiënten die recent een psychotische terugval hebben meegemaakt.	NB	NB	Thema's: verbinden van risicofactoren aan een terugval; herkennen van risicofactoren van een terugval; adresseren van risicofactoren; betekenis geven aan een terugval; omgaan met nieuwe terugval ervaringen; hulp vragen en barrières rondom hulpvragen.	Wanneer het terugvalinterventieplan met de patiënt wordt gemaakt, probeer het inzicht tot herinneringen in te schatten. Maak gebruik van patiënten hun eigen strategieën om herinneringen terug te halen. Bespreek herinneringen waar zowel vroege voortekenen in zitten alsmede versnellers van een terugval. Maak gebruik van medicatie trouw als dat nodig is.
8	Farrelly et al., ¹²	Mixed methods;	Focusgroepen en interviews over hoe	Patiënten (N=35) en hulpverleners (N=23)	Twee bijeenkomsten die de voorkeuren voor	Training en beoordeling	Met de patiënt het crisissignaleringsplan	Hulpverleners dienen verschillende belangen; risico

	2015 Engeland	kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	crisissignaleringsplannen de therapeutische relatie kunnen beïnvloeden.	werden benaderd nadat ze een crisissignaleringsplan hadden voltooid.	toekomstige behandeling inventariseren. In de eerste bijeenkomst worden verschillende opties met de patiënt besproken, in de tweede bijeenkomst wordt het crisissignaleringsplan definitief gemaakt.	gedurende een week, aangevuld met supervisie voor de hulpverleners die het crisissignaleringsplan opstellen met de patiënt.	bespreken verhoogt de therapeutische relatie. Patiënten voelen zich gerespecteerd en empowered. Als patiënten zich niet betrokken voelen bij het opstellen van het plan verslechtert dat de therapeutische relatie.	management vraagt bijvoorbeeld andere dingen dan het uitwerken van een crisissignaleringsplan. Hulpverleners ervaren weinig tijd voor het uitwerken van een crisissignaleringsplan, waardoor de bereidheid om hierin te investeren soms te kort schiet.
9	Farrelly et al., ²⁶ 2016 Engeland	Kwalitatieve grounded theory study	Focusgroepen en interviews met patiënten en hulpverleners rondom de ervaringen van een crisissignaleringsplan.	Patiënten met een psychotische stoornis (N=50) en hulpverleners (N=45).	Zie Farrelly et al., 2015	Zie Farrelly et al., 2015	Barrières voor betrokkenheid van hulpverleners zijn: (1) ambivalentie; (2) het idee dat ze al aan 'Shared Decision Making' deden; (3) twijfels over de juiste keuzes en/ of beperkte keuzes van patiënten tijdens het opstellen van een crisissignaleringsplan.	Het is nodig dat de organisatie investeert in een training en implementatie voor het gebruik van crisissignaleringsplannen.
10	Fockens et al., ¹ 2018 Nederland	NB	Semi-structureerde interviews met patiënten en verpleegkundigen over de modelgetrouwheid.	Patiënten: EPA patiënten met een bestaand crisissignaleringsplan (N=12); Verpleegkundigen: Werkzaam op een psychiatrische afdeling (N=16).	(1) Inventarisatie van de verschillende fases van een crisis; (2) Huiswerkopdrachten; (3) Inventarisatie van zelfmanagement mogelijkheden van de patiënt; (4) Bespreken bevindingen met familie; (5) Ondertekenen van het crisisplan; (6) Evaluatie; (7) Evaluatie van het plan na een terugval; (8) Toepassing plan indien patiënt in crisis is.	NB	De modelgetrouwheid betreft 83% voor patiënten en 63% voor verpleegkundigen. Het gebruik van een crisis plan werd geëvalueerd met een 6.8 en 5.3 (op een 10-punt schaal) voor respectievelijk patiënten en verpleegkundigen.	Een crisissignaleringsplan is bruikbaar en inzicht gevend voor zowel de patiënt als de verpleegkundige. Patiënten betwijfelen of het plan ook echt toegepast wordt, verpleegkundigen gebruiken het plan niet altijd vanwege drukte en andere werkzaamheden.
11	van der Ham et al., ⁶ 2013 Nederland	Kwalitatief onderzoek	Diepte interviews over de voordelen van een crisiskaart en de implementatie problemen.	Gezondheidszorgaanbieders (N=5), manager (N=1), patiënten (N=4), familieleden (N=1), crisis card counsellor (N=2), politie agenten (=1); huisarts GP (=1).	De crisiskaart bevat voorkeuren voor toekomstige behandeling en een contact persoon (door de patiënt aangewezen).	NB	Implementatie problemen betreffen; (1) de rol van de crisiskaart counsellor; (2) problemen met de verspreiding van de crisis kaart en onbekendheid daarvan; (3) de welwillendheid van de hulpverleners; (4) bereidheid	Succesvolle implementatie hangt af van samenwerking tussen hulpverleners. Sceptische hulpverleners moeten uitleg krijgen over patiënt georiënteerde interventies.

							van de patiënt om mee te werken.	
12	Henderson et al., ⁴ 2009 Engeland	RCT	Twee vragenlijsten (een betreffende de visie en een betreffende de toepassing; zelf ontwikkeld) op een 5-punt Likert schaal.	Participanten met een psychotische of bipolaire stoornis welke de afgelopen twee jaar zijn opgenomen op een psychiatrische afdeling en welke een crisissignaleringsplan hebben ontvangen (N=80; uiteindelijk zijn 65 participanten gerandomiseerd).	De patiënt werd samen met familieleden en/ of naasten uitgenodigd te bediscussiëren wat er nodig is tijdens een crisis, met wie er contact moet worden gezocht en welke hulp ze willen ontvangen. Aanwezig tijdens dit overleg waren de hulpverlener(s), waaronder een psychiater.	NB	De meerderheid van de respondenten waardeerde de interventie. Patiënten ervaren meer controle over hun aandoening. Een crisissignaleringsplan stimuleert patiënten verantwoordelijkheid te nemen over hun aandoening.	Een positieve houding van hulpverleners helpt het routinematig gebruik van crisissignaleringsplannen. Patiënten en hulpverleners zouden regelmatig de inhoud van het plan kunnen bespreken zodat de inhoud van plan actueel is. Ook de inhoud van het plan zou gevolgd moeten worden gedurende een crisis.
13	Kim et al., ¹⁴ 2007 USA	Mixed methods; kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	Semi-gestructureerde interviews.	EPA patiënten die recent opgenomen zijn vanwege een crisis en participeerden in de RCT (N=28).	Een onderzoeksmedewerker hielp patiënten bij het formuleren van een crisissignaleringsplan.	NB	Crisissignaleringsplannen dragen bij aan empowerment en autonomie. Veel hulpverleners weten weinig van een crisissignaleringsplan waardoor patiënten zich ongemakkelijk voelen als het plan bediscussieerd wordt. Ook het overbrengen van gewenste interventies tijdens een crisis ervaren veel patiënten als lastig.	Een implementatie probleem is dat veel hulpverleners en familieleden onbekend zijn met een crisissignaleringsplan. Daarnaast zijn er weinig andere tools in de GGZ die samenwerking tijdens de behandeling stimuleren. Hulpverleners kunnen met een crisissignaleringsplan ook voor een uitdaging komen te staan, bijvoorbeeld omdat behandeling en bejegeningwensen niet goed te realiseren zijn.
14	Kisely et al., ²⁰ 2016 Australia	Gecontroleerd voor- na design	Crisissignaleringsplannen van de interventie en controle afdeling werden vergeleken. Patiënten ervaringen op de waarde van het proces werden geëvalueerd.	Een acute opname afdeling en twee controle afdelingen uit hetzelfde ziekenhuis.	Er werd gebruik gemaakt van Motivational Aftercare Planning (MAP). Dat is een combinatie van een crisisplan en motiverende gespreksvoering.	Training van 90 minuten van de MAP methodiek door een psychiater en een acteur lieten verschillende aspecten van de MAP interventie zien.	Identificatie van triggers nam toe van 52 tot 94% (p-value= <0.001). De MAP interventie verbeterde de input van patiënten en werd door patiënten gewaardeerd.	Voor het veranderen van de praktijk is een training nodig. Patiënten en verpleegkundigen hebben ondersteuning nodig in het herkennen van triggers.

15	Nicaise et al., ²¹ 2015 België	Stakeholder analyse	(1) Selectie van criteria voor verschillende fases in een crisissignaleringsplan; (2) een vragenlijst voor patiënten, familie en hulpverleners.	Patiënten, hulpverleners en beleidsmakers betrokken bij de zorg voor ernstige en chronische psychiatrische patiënten.	Een crisissignaleringsplan heeft 3 fases: (1) structuur van de interventie; (2) de volledigheid van het plan; (3) naleving van het plan.	NB	Autonomie, therapeutische relatie en coördinatie van zorg en het honoreren van verzoeken uit het crisissignaleringsplan zijn cruciaal voor een succesvolle implementatie van het plan.	De mogelijkheid en bereidwilligheid van hulpverleners om het crisissignaleringsplan ook daadwerkelijk uit te voeren is cruciaal voor een succesvolle implementatie.
16	Peters et al., ¹³ 2011 Engeland	Mixed methods; kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	Interview over waarden en barrières van het betrekken van familieleden bij het opstellen van een terugvalinterventie plan.	Zorg-coördinatoren (N=21); patiënten met een bipolaire stoornis die een terugvalpreventietraining hebben ontvangen (N=21); familieleden (N=10)	NB	Een training in terugvalpreventie (verder niet gespecificeerd).	De voordelen van het betrekken van familieleden bij een terugvalpreventieplan zijn meer kennis over de bipolaire stoornis en een betere verstandhouding tussen alle partijen. De nadelen betreffen een toenemende complexiteit voor de hulpverlener tijdens het opstellen van het terugvalpreventieplan.	Familieleden kunnen het proces om tot een terugvalpreventieplan te komen bespoedigen of bemoeilijken. Een training voor hulpverleners kan dan uitkomst bieden of bied het familielid een specifieke rol aan. Het betrekken van familie vraagt vaardigheden, tijd en supervisie van en voor hulpverleners.
17	Pontin et. al., ²² 2009 Engeland	Mixed methods; kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	Semigestructureerde interviews 12 maanden post interventie over de waarde van de terugvalinterventie.	Zorg-coördinatoren (N=21); en patiënten met een bipolaire stoornis (N=21).	De terugvalinterventie bestond uit: (1) psycho-educatie; (2) analyse van voorgaande terugvallen; (3) identificatie van trigger situaties en vroege voortekenen; (4) stimuleren van coping strategieën; (5) bespreken van het plan; (6) toestemming geven voor gebruik van het plan.	De interventie wordt begeleid door een handleiding waarin de zes onderdelen van interventie worden besproken.	De voordelen van de interventie zijn: (1) verbeterd begrip van een bipolaire stoornis, (2) verbeterde relaties en (3) meerdere manieren om met de aandoening om te gaan. Het nadeel is dat het voor sommige patiënten stressvol is om terug te kijken naar eerdere terugvallen.	Het voordeel van de interventie voor hulpverleners en patiënten is dat er op een gestructureerde manier wordt nagedacht over een terugval. Goede training en ondersteuning tijdens het uitvoeren van de interventie versterken de voordelen.
18	Thornicroft et al., ⁵ 2013 Engeland	Mixed methods; kwalitatieve studie (onderdeel van een RCT)	Crisissignaleringsplannen standaard zorg worden vergeleken met enkel standaard zorg op gedwongen opname, opname duur, dwang, therapeutische	Ambulante patiënten met een psychotische stoornis welke de afgelopen twee jaar tenminste een keer opgenomen zijn geweest. Patiënten in interventiegroep (N=	Zie Farrelly et al., 2015	Zie Farrelly et al., 2015	Na 18 maanden hebben crisissignaleringsplannen geen effect op gedwongen opnames (OR 0.90 [95% CI 0.58 tot 1.39], p-waarde= 0.63) of andere uitkomsten. Er is een uitzondering, crisissignaleringsplannen hebben een significant effect	De betrokkenheid van de hulpverlener bij het tot stand komen van het crisissignaleringsplan was laag. Patiënten gaven aan dat de inhoud van het plan tijdens een crisis vaak niet werd gevolgd.

			relatie en betrokkenheid.	285) versus controle groep (N=284).			op de therapeutische relatie (AD 1.28 [95% CI -2.56 tot 0.01], p-waarde= 0.049.	
19	Scheyett et al., ¹⁷ 2012 USA	Mixed methods; vragenlijsten en een kwalitatief interview	Participanten ontvangen de PAQ vragenlijst met toegevoegde kwalitatieve vragen.	Studenten met een depressieve stoornis (N=32); bipolaire stoornis (N=5) of anders (N=11).	NB	NB	Crisissignaleringsplannen geven controle over de behandeling. Het nadeel van deze plannen is dat ze de privacy kunnen schaden en stigmatisering kunnen bevorderen.	Een facilitator welke getraind is in het ontwikkelen en gebruiken van crisissignaleringsplannen hoort beschikbaar te zijn. Gestructureerde evaluatie van de plannen zou op routinebasis moeten gebeuren.
20	Scott et al., ²³ 2004 Engeland	Kwalitatief onderzoek	Focusgroepen met hulpverleners over de implementatie van een interventie die vroege voortekenen herkent.	Hulpverleners (N=8) van een GGZ instelling in een landelijke omgeving.	Een 8 tot 12- weken interventie waarin een terugval wordt voorkomen. Onderdelen van de interventie: (1) interview; (2) introductie vroege voortekenen; (3&4) interview over prodromen; (5&6) trigger en coping strategieën; (7) actieplan; (8) afsluitende sessie.	NB	De interventie zorgde voor meer communicatie en vertrouwen in de samenwerking. Hulpverleners ervoeren dat patiënten meer empowered waren, hun kwaliteit van leven verbeterde en dat ze positiever dachten over de zorg die ze ontvingen. Niet alle patiënten konden de interventie ondergaan, voor sommigen was het niet geschikt vanwege eerdere traumatische ervaringen.	Een ondersteunende omgeving waarin het team samenwerkt tijdens het opstellen van terugvalpreventieplannen werd door hulpverleners zeer gewaardeerd. De interventie werkt niet als slechts enkele hulpverleners met het uitvoeren van de interventie worden belast.
21	Shields et al., ¹⁵ 2013 India	Kwalitatief onderzoek	Semi-gestructureerde interviews (N=26) voor en na het vaststellen van een crisissignaleringsplan over de uitvoerbaarheid en haalbaarheid.	Ambulante EPA patiënten op het platteland en in de stad (N=39) en hun verzorgers (N=12).	NB	Een training/ onderwijsprogramma met daarin: (1) de basis van een crisissignaleringsplan; (2) strategieën om tot een crisissignaleringsplan te komen; (3) voorbeelden en casussen waarmee geoefend kan worden om tot een crisissignaleringsplan te komen.	De meeste patiënten en verzorgers zijn onbekend met crisissignaleringsplannen. Patiënten vinden het belangrijk om een stem te hebben in de behandeling. Na afronding van het plan rapporteren patiënten een toename in self-efficacy en autonomie.	Er kan strijd ontstaan tussen de autonomie van de patiënt en de autonomie van de hulpverlener

BIJLAGE III STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN – ANGST

Standaard klinisch signaleringsplan: Angst

Naam patiënt:
Ambulante begeleiding:

Datum (aangemaakt/gewijzigd):
Contactpersoon:

Altrecht, afdeling

	<i>R: rust en activiteit</i>	<i>V: verzorging en voeding</i>	<i>C: contact met anderen</i>	<i>D: denken en voelen</i>	<i>B: boosheid</i>	<i>A: alcohol en drugs</i>	<i>Z: zorg</i>
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?		Wat kan ik zelf doen?		Wat kunnen anderen doen?		
0	Evenwicht en controle		Het gaat goed met mij		Positief bekrachtigen		
	<i>R</i> Ik heb een goed dag/nachtritme ¹ <i>R</i> Ik heb activiteiten om te ontspannen ^{1,2} <i>V</i> Ik eet en drink goed ^{3,4} <i>C</i> Ik heb belangstelling voor anderen ⁵ <i>D</i> Ik voel mij meestal ontspannen ⁶ <i>B</i> Ik schreeuw, scheld of dreig niet als ik gespannen ben ⁷ <i>A</i> Ik heb mijn alcohol- en drugsgebruik onder controle of gebruik het niet ^{1,8} <i>Z</i> Ik houd mij aan mijn afspraken ⁵		<i>R</i> Ik ga op tijd naar bed en kom op tijd uit bed ¹ <i>R</i> Ik doe ontspannende activiteiten ^{2,3} <i>V</i> Ik eet en drink gezond; neem ontbijt, lunch en avondeten ³ <i>C</i> Ik toon belangstelling naar anderen en vraag hoe het met hen gaat ⁵ <i>D</i> Ik ga in gesprek als ik spanning voel of zoek zelf een goede oplossing ³ <i>D</i> Ik bedenken geruststellende gedachten die kunnen helpen en schrijf deze gedachten op zodat ik ze op moeilijke momenten kan nalezen ³ <i>A</i> Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs en praat eerlijk over mijn gebruik ³ <i>Z</i> Ik kom mijn afspraken na ⁵		<i>C</i> Toon belangstelling, maak een praatje, zoek contact met mij ^{5,6,8-10} <i>D</i> Benoem het als het goed met mij gaat en bekrachtig dit positief ^{8,11} <i>D</i> Ondersteun mij bij de problemen die ik nu heb ^{8,12} <i>A</i> Ga in gesprek over mijn alcohol- en/of drugsgebruik ⁸ <i>Z</i> Wijs mij op de mogelijkheden van lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen ^{8,13} <i>Z</i> Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{10,14,15} <i>Z</i> Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ^{14,16}		
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies		Het gaat minder goed met mij		Ondersteunende houding		
	<i>R</i> Ik slaap minder uren dan normaal (korter of tussendoor wakker) ^{1,6} <i>V</i> Ik eet minder (op andere tijden of niet met de groep mee) ^{3,4} <i>C</i> Ik maak minder contact met anderen of ontwijk sommige situaties ^{7,17} <i>C</i> Ik zoek veel geruststelling ⁷ <i>D</i> Ik voel mij onzeker, onrustig of angstig (naar anderen) ⁷ <i>D</i> Ik pieker ⁷ <i>D</i> Ik denk na over nare gebeurtenissen uit het verleden en ontwijk nu dezelfde soort situaties ⁷ <i>D</i> Ik voel mij paniekerig of ben erg alert ⁷ <i>D</i> Ik heb meer behoefte aan controle en voel mij dwangmatig ⁷ <i>D</i> Ik heb enkele lichamelijke klachten, bijvoorbeeld hartkloppingen, zweten, trillen, pijn op de borst, misselijkheid/buikklachten, duizeligheid, ademnood, tintelend gevoel of koude rillingen ^{1,7,18,19} <i>D</i> Ik ben bang om de controle te verliezen, "gek te worden" of om dood te gaan ^{7,18,19} <i>B</i> Ik ben sneller geïrriteerd en boos ^{1,7} <i>A</i> Ik gebruik (meer) alcohol, drugs of cafeïne-houdende drankjes ^{3,8}		<i>R</i> Ik zoek extra afleiding en rust in ontspannende activiteiten ^{2,3} <i>R</i> Ik doe mee met sporten ^{2,20} <i>V</i> Ik eet en drink voldoende; neem ontbijt, lunch en avondeten ^{3,4} <i>R</i> Ik doe ontspanningsoefeningen ³ <i>R</i> Ik doe ademhalingsoefeningen ³ <i>D</i> Ik praat over mijn angsten ⁸ <i>A</i> Ik praat over mijn alcohol en/of drugsgebruik en het drinken van cafeïne-houdende drankjes ³ <i>Z</i> Ik neem mijn medicatie op tijd en in de juiste hoeveelheid in en gebruik (waar nodig) zo-nodig-medicatie ^{5,21,22} <i>Z</i> Ik probeer mij aan de structuur van fase 0 vast te houden ^{6,16}		<i>R</i> Help mij het dag/nachtritme te herstellen en geef adviezen over beter slapen (slaaphygiëne) ^{15,23} <i>R</i> Herinner mij aan mijn rustmomenten ⁶ <i>R</i> Ondersteun mij bij ontspanningsoefeningen ^{10,15,24,25} <i>R</i> Nodig mij uit mee te doen aan het programma/activiteiten ^{2,10,14,26} <i>R</i> Bied sport/beweging aan ^{2,10,20} <i>R</i> Bied ontspannende en rustgevende activiteiten aan, bijvoorbeeld muziektherapie ^{10,20,24,25,27} <i>V</i> Ondersteun mij bij de voeding ²⁸ <i>C</i> Zorg dat je bereikbaar bent ^{6,10,29} <i>C</i> Gebruik een rustige, kalmerende benadering en geef mij voorwerpen waarbij ik een gevoel van veiligheid krijg ¹⁰ <i>C</i> Bied een gesprek aan. Moedig mij aan mijn gevoelens, ervaringen en angsten te uiten ⁸⁻¹⁰ <i>Z</i> Herinner mij aan mijn signaleringsplan ^{6,14,16} <i>Z</i> Overweeg alternatieven zoals een 'verzwaard deken' of een 'ballenstoel' ^{30,31}		
	Hulpverleners:						
	<i>D</i> Neem mijn lichamelijke klachten serieus ^{7,10,18,19} <i>A</i> Praat over mijn alcohol, drugs- en cafeïnegebruik en hoe ik minder kan gaan gebruiken of stoppen ⁸ <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling. Moedig familie zo nodig aan bij mij te blijven ^{10,14,32} <i>Z</i> Bied zo-nodig-medicatie aan ^{10,21,22,33}						
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies		Het gaat niet goed met mij		Directief, afbakenen en controle overnemen		
	<i>R</i> Ik slaap weinig of niet; ik put mijzelf uit ^{1,6} <i>C</i> Ik ben in mijzelf gekeerd, anderen kunnen nog wel contact met mij maken ⁶ <i>D</i> Ik heb veel last van lichamelijke klachten ^{7,18,19} <i>D</i> Ik ben (erg) angstig, maar heb nog wel wat controle over wat ik doe/zeg ^{6,7,17} <i>B</i> Ik ben gespannen en reageer boos of dreigend, heb hier nog wel controle over ^{6,7} <i>B</i> Ik ben agressief naar spullen ^{6,7}		<i>R</i> Ik doe mee met activiteiten als die mij aangeboden worden ^{2,20} <i>R</i> Ik probeer rust te nemen als anderen dat zeggen ^{3,8} <i>D</i> Ik praat over mijn angsten ⁸ <i>B</i> Ik laat mij aanspreken op mijn gedrag ^{6,34} <i>Z</i> Ik vraag zo-nodig-medicatie of neem deze in als het gegeven wordt ^{5,21,22}		<i>C</i> Houd contact met mij ^{10,35} <i>C</i> Ga na in hoeverre ik in staat ben zelf beslissingen te nemen ¹⁰ <i>C</i> Controleer op verbale en non-verbale tekenen van angst ¹⁰ <i>C</i> Stel grenzen aan gedrag dat niet kan/mag en neem de regie over waar nodig ^{6,36} <i>B</i> Zeg duidelijk welk gedrag gewenst is ^{6,36} <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling, bijvoorbeeld voor ondersteuning. Moedig familie zo nodig aan bij mij te blijven ^{10,14,32}		
	Hulpverleners:						
	<i>R</i> Zorg voor het herstel van een goed dag- en nachtritme, indien nodig met slaapmedicatie ^{1,3,23} <i>B</i> Zorg voor een veilige ruimte waarin ik mijzelf/anderen geen pijn kan doen of kan verwonden ^{6,37} <i>B</i> Geef korte, duidelijke en uitvoerbare opdrachten (afstemmen, afbakenen en alternatieven bieden) ⁶ <i>B</i> Bied mij een time-out aan op mijn kamer of in de comfortroom ^{6,37} <i>Z</i> Bied actief zo-nodig-medicatie aan ^{10,21,22,33,38} <i>Z</i> Overleg met een arts om verdere acties/interventies te bespreken ³⁸⁻⁴¹						
3	Zeer hoge spanning, controleverlies		Het gaat slecht met mij		Ingrijpen en controle overnemen		
	<i>C</i> Ik ben helemaal in mijzelf gekeerd, anderen kunnen geen contact meer maken ⁶ <i>D</i> Ik ben heel erg angstig en gespannen ^{6,7} <i>D</i> Ik heb hele erge lichamelijke klachten ^{7,18,19} <i>D</i> Ik heb het gevoel de controle te verliezen, buiten mijzelf te staan of dood te gaan ^{7,17-19} <i>B</i> Ik val anderen agressief aan, ik doe anderen (of mijzelf) pijn ^{6,7,34}		<i>Z</i> Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ^{6,34}		<i>Hulpverleners:</i> <i>C</i> Houd contact met mij ^{10,35} <i>Z</i> Neem de situatie en zorg helemaal over van mij en zorg voor externe structuur ^{6,32,34,36} <i>Z</i> Zorg voor een veilige omgeving voor mijzelf en anderen ³⁹⁻⁴¹ <i>Z</i> Overleg met de arts over verder in te zetten interventies ³⁸⁻⁴¹ <i>Z</i> Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat eerst de minst beperkende interventies toegepast worden ^{37,42-49} <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling, bijvoorbeeld voor ondersteuning. Moedig familie zo nodig aan bij mij te blijven ^{10,14,32} <i>Z</i> Schaal de zorg op als dit nodig is; 1-op-1 begeleiding, overplaatsing naar de IC of separatie ^{32,42,47,49}		
	Hulpverleners:						
	<i>C</i> Maak en houd contact met mij en herstel het contact als dat nodig is ⁶ <i>D</i> Toon begrip en ga in gesprek over schuldgevoelens ⁶ <i>Z</i> Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{6,32} <i>Z</i> Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ^{14,16,32}						
4	Ontspanning		Het gaat weer beter met mij		Ondersteunende houding		
	<i>D</i> Ik voel mij rustig ⁶ <i>D</i> Ik moet verwerken wat er tijdens mijn crisis gebeurd is ⁶ <i>D</i> Ik voel mij misschien schuldig en schaam mij over wat er tijdens de crisis gebeurd is ⁶		<i>R</i> Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ²³ <i>C</i> Ik probeer het contact met anderen te herstellen ⁶ <i>D</i> Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken ⁶ <i>Z</i> Ik kijk naar wat mij geholpen heeft in mijn crisis en werk mijn signaleringsplan bij ^{6,14,16,32}		<i>C</i> Maak en houd contact met mij en herstel het contact als dat nodig is ⁶ <i>D</i> Toon begrip en ga in gesprek over schuldgevoelens ⁶ <i>Z</i> Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{6,32} <i>Z</i> Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ^{14,16,32}		

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Angst (M62). [Internet]. 2019. p. 13. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/26_Angst_mei-2019.pdf.
2. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 45-46. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a75ca818-4b35-43ee-82bf-88c55f592a21_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb een angst- en piekerstoornis; Wat kunt u zelf doen bij angsten? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/angststoornis/ik-heb-gegeneraliseerde-angststoornis>. Geraadpleegd op 18 januari 2021.
4. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Angst (M62). [Internet]. 2019. p. 16. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/26_Angst_mei-2019.pdf.
5. Scholten R, Hulsman T, Bakel M van, Boertien D, redacteurs. WRAP WELLness Recovery Action Plan. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos en Heel; 2014. p. 3/86.
6. Gool M van. Het crisisonwikkelingsmodel van Trifler. [Internet]. 2016. p. 1-5. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.trifler.nl/files/modellen/hetcrisisonwikkelingsmodelversie2016.pdf>.
7. Franx G, Splinteren P van, redacteurs. Zorgpad Angststoornissen. [Internet]. 2014. p. 5-6. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.trimbos.nl/docs/09651640-7c01-46b3-91bf-5494e266de27.pdf?_ga=2.61637356.1968429686.1610196900-778557107.1610196900.
8. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 11. [Geraadpleegd op 11 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a75ca818-4b35-43ee-82bf-88c55f592a21_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.
10. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 63-64.
11. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 474.
12. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 414.
13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 270.
14. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 43-44. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a75ca818-4b35-43ee-82bf-88c55f592a21_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
15. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 66. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d2b47a9d-81d8-4683-a24d-c82d004b685_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
16. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.
17. Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb een angst- en piekerstoornis; Wat zijn de verschijnselen van een angst- en piekerstoornis? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/angststoornis/ik-heb-gegeneraliseerde-angststoornis>. Geraadpleegd op 18 januari 2021.
18. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 492.
19. ADF stichting. Paniekstoornis: Klachten en symptomen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://adfstichting.nl/paniekstoornis/#toggle-id-1>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
20. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 65. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a75ca818-4b35-43ee-82bf-88c55f592a21_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
21. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. [Internet]. 2017. p. 47. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_a75ca818-4b35-43ee-82bf-88c55f592a21_angstklachten-en-angststoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
22. Balkom AJLM van, Meeuwissen JAC, Bockting CLH, Emmelkamp P, Kop P, Marwijk HWJ van, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Derde revisie 2013. Utrecht: Trimbos Instituut; 2013. p. 139.
23. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.
24. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 327.
25. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 250.
26. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 57-58.
27. Balkom AJLM van, Meeuwissen JAC, Bockting CLH, Emmelkamp P, Kop P, Marwijk HWJ van, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Derde revisie 2013. Utrecht: Trimbos Instituut; 2013. p. 226.
28. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 207-208.
29. GGZ Standaarden. Generieke module herstelondersteuning. [Internet]. 2017. p. 69. [Geraadpleegd op 25 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_1a5f2115-b60f-4acc-b9ed-66b7766f8dd3_herstelondersteuning_authorized-at_14-11-2017.pdf.
30. Vilans. Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg. [Internet]. 2020. p. 62. [Geraadpleegd op 15 februari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel.pdf>.
31. Vilans. Inspiratie voor vrijwillige én passende zorg. [Internet]. 2020. p. 75. [Geraadpleegd op 15 februari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel.pdf>.
32. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 18-19. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
33. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 462-463.
34. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteurs. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/tra5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
35. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56.
36. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 214.
37. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
38. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 291.
39. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 388-389.
40. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 468-469.
41. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 106.
42. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
43. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
44. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
45. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Acute psychiatrie 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/cce210f813b9fc7f2f6390dd4678603e.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
46. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Dwang en drang 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/f91634cdc26ded7a56480ee4a0474413.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
47. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 10-13. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
48. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
49. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.

BIJLAGE IV STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN – AGRESSIE

Standaard klinisch signaleringsplan: Agressie

Naam patiënt:
Ambulante begeleiding:

Datum (aangemaakt/gewijzigd):
Contactpersoon:

Altrecht, afdeling

Fase	R: rust en activiteit Wat laat ik zien / wat voel ik?	V: verzorging en voeding Wat kan ik zelf doen?	C: contact met anderen Wat kan ik zelf doen?	D: denken en voelen Wat kunnen anderen doen?	B: boosheid Wat kunnen anderen doen?	A: alcohol en drugs Wat kunnen anderen doen?	Z: zorg Wat kunnen anderen doen?
0	Evenwicht en controle R Ik heb structuur, voel mij rustig en ontspannen ¹ R Ik heb activiteiten om te ontspannen ¹ C Ik praat niet te hard/zacht ² C Ik ben vriendelijk naar anderen ³ C Ik kan goed naar anderen luisteren en ga discussies netjes aan ³ C Ik kan met anderen overleggen ³ C Ik vraag het na als ik iets niet begrijp ³ B Ik word niet boos als ik kritiek krijg ³ A Ik heb mijn alcohol- en drugsgebruik onder controle of gebruik het niet ⁴	Het gaat goed met mij R Ik onderneem activiteiten voor mijn structuur ¹ C Ik neem gegeven complimenten aan ³ C Ik maak een praatje met anderen en ga in gesprek ³ A Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs en praat eerlijk over mijn gebruik ⁴	Het gaat goed met mij R Ik onderneem activiteiten voor mijn structuur ¹ C Ik neem gegeven complimenten aan ³ C Ik maak een praatje met anderen en ga in gesprek ³ A Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs en praat eerlijk over mijn gebruik ⁴	Positief bekrachtigen R Bied aan om iets leuk te gaan doen, bijvoorbeeld een spelletje spelen ³ C Toon belangstelling, maak een praatje, zoek contact met mij ^{1,5} A Ga in gesprek over mijn alcohol- en/of drugsgebruik ⁶ Z Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ^{7,8}			
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies C Ik zoek minder contact met anderen en ben in mijzelf gekeerd ¹ C Ik zoek discussies op, geef kritiek, reageer kortaf ^{2,3} C Ik ben lawaaiiger ² C Ik ben grof in gesprek ³ C Ik kan minder goed tegen kritiek ³ D Ik voel mij dwars gezeten of niet serieus genomen ³ D Ik besef het als mijn gedrag verandert en kan mijn gedrag aanpassen ¹ D Ik voel mij gespannen en onrustig ³ D Ik heb lichamelijke klachten door de spanning ³ B Ik ben sneller geïrriteerd naar anderen ² A Ik gebruik (meer) alcohol en/of drugs ⁴	Het gaat minder goed met mij R Ik zoek ontspanning/afleiding en maak gebruik van rustmomenten ³ C Ik maak contact met anderen ³ C Ik ga niet gelijk in discussie en ga netjes om met anderen ³ D Ik laat mij aanspreken op mijn gedrag ³ D Ik praat over mijn spanning, gedachten en gevoelens ³ D Ik praat met anderen over mijn (angst voor) controleverlies ¹ A Ik praat over mijn alcohol en/of drugs gebruik ⁶ Z Ik neem zo-nodig-medicatie ^{9,10} Z Ik probeer mij aan de structuur van fase 0 vast te houden ^{1,7}	Het gaat minder goed met mij R Ik zoek ontspanning/afleiding en maak gebruik van rustmomenten ³ C Ik maak contact met anderen ³ C Ik ga niet gelijk in discussie en ga netjes om met anderen ³ D Ik laat mij aanspreken op mijn gedrag ³ D Ik praat over mijn spanning, gedachten en gevoelens ³ D Ik praat met anderen over mijn (angst voor) controleverlies ¹ A Ik praat over mijn alcohol en/of drugs gebruik ⁶ Z Ik neem zo-nodig-medicatie ^{9,10} Z Ik probeer mij aan de structuur van fase 0 vast te houden ^{1,7}	Ondersteunende houding R Herinner mij aan mijn rust(momenten) ^{3,10} R Vraag mij mee te doen met activiteiten die ontspanning/afleiding geven ^{3,11} C Blijf met mij in contact ^{3,5} C Neem mij serieus en geef mij aandacht ³ D Spreek mij aan op mijn gedrag ^{3,10,12} D Praat met mij over veranderingen in mijn gedrag ¹ D Zeg wat jij ziet, vraag wat er aan de hand is en wat jij kan doen ^{1,10} D Stel mij gerust en help mij met het ordenen van mijn gedachten ³ A Praat over mijn alcohol- en drugsgebruik en hoe ik minder kan gaan gebruiken of stoppen ⁶ Z Herinner mij aan de afspraken die ik gemaakt heb over mijn gedrag ³ Z Herinner mij aan mijn signaleringsplan ^{7,8}			
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies R Ik loop onrustig heen en weer ¹³ C Ik trek mij terug en er is moeilijk contact met mij te maken ¹ C Ik heb moeite met afstand en nabijheid ¹³ D Ik ben moeilijk aan te spreken op mijn gedrag, maar laat mij nog begrenzen ¹ B Ik ben boos ¹ B Ik heb mijzelf niet helemaal meer onder controle ¹ B Ik ga over grenzen heen en mijn spanning is voelbaar ^{1,3} B Ik dreig met agressie ^{1,3} B Ik ben agressief naar spullen ¹ B Ik schreeuw, ben cynisch of daag anderen uit ¹ B Ik maak indruk met mijn houding; - maak mij groot door mijn borst naar voren te zetten - heb gebalde vuisten - ben oninvoelbaar - heb een gespannen gezichtsuitdrukking ¹³	Het gaat niet goed met mij R Ik zoek een plek op waar ik tot rust kan komen ³ R Ik doe ontspanningsoefeningen ³ C Ik probeer contact te herstellen ^{3,14} D Ik volg de gegeven adviezen op om tot rust te komen ³ B Ik laat mij aanspreken op gedrag dat niet kan/mag ^{3,12} B Ik neem een time-out en trek mij terug uit de situatie ³ Z Ik accepteer de afspraken die gemaakt worden ³ Z Ik neem zo-nodig-medicatie ^{9,10}	Het gaat niet goed met mij R Ik zoek een plek op waar ik tot rust kan komen ³ R Ik doe ontspanningsoefeningen ³ C Ik probeer contact te herstellen ^{3,14} D Ik volg de gegeven adviezen op om tot rust te komen ³ B Ik laat mij aanspreken op gedrag dat niet kan/mag ^{3,12} B Ik neem een time-out en trek mij terug uit de situatie ³ Z Ik accepteer de afspraken die gemaakt worden ³ Z Ik neem zo-nodig-medicatie ^{9,10}	Directief, afbakenen en controle overnemen R Doe samen met mij een activiteit om mij af te leiden ^{3,11} R Geef mij een aangepast programma wat mij helpt om minder spanning te voelen ³ C Wees directief, geef duidelijke en uitvoerbare opdrachten ¹ C Let op hoe ik iets zeg, naast op wat ik zeg ⁵ D Help mij bij mijn problemen of spanning ^{3,10} D Zeg duidelijk welk gedrag gewenst is ¹ D Stel grenzen aan gedrag dat niet kan/mag ^{1,12} B Geef korte, duidelijke en uitvoerbare opdrachten (afstemmen, afbakenen en alternatieven bieden) ¹ Hulpverleners: B Neem controle over waar nodig; zorg voor een veilige omgeving of geef een time-out ^{1,3,15} Z Bied actief zo-nodig-medicatie aan ^{9,10} Z Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling ⁸ Z Overleg met een arts om verdere acties/interventies te bespreken ¹⁵⁻¹⁹			
3	Zeer hoge spanning, controleverlies C Ik kan geen contact met anderen meer maken ¹ C Ik ben niet meer aan te spreken, luister niet meer ¹ B Ik maak spullen kapot ^{1,3} B Ik val anderen agressief aan, ik doe anderen pijn ^{1,3} B Ik doe mijzelf pijn of verwond mijzelf ^{1,3} B Ik dreig heel erg, ook met de dood of met doden ^{1,3}	Het gaat slecht met mij Z Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ³	Het gaat slecht met mij Z Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ³	Ingrijpen en controle overnemen Hulpverleners: B Vertel mij heel duidelijk hoe, waar en hoe lang ik tot rust moet komen ³ Z Neem de situatie en zorg helemaal over van mij ^{1,12} Z Zorg voor een veilige omgeving voor mijzelf en anderen ^{1,8} Z Overleg met een arts en bespreek situaties en vervolgacties voor als dat kan ^{1,8,15-19} Z Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat eerst de minst beperkende interventies toegepast worden ^{10,15,20-26} Z Schaal de zorg op als dit nodig is; 1-op-1 begeleiding, overplaatsing naar de IC of separatie ^{1,8,20,24,26}			
4	Ontspanning D Ik voel mij rustig ¹ D Ik moet verwerken wat er tijdens mijn crisis gebeurd is ¹ D Ik voel mij misschien schuldig en schaam mij over wat er tijdens de crisis gebeurd is ¹	Het gaat weer beter met mij R Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ²⁷ D Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken ¹ C Ik probeer het contact met anderen te herstellen ¹ Z Ik kijk naar wat mij geholpen heeft in mijn crisis en werk mijn signaleringsplan bij ^{1,7,8}	Het gaat weer beter met mij R Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ²⁷ D Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken ¹ C Ik probeer het contact met anderen te herstellen ¹ Z Ik kijk naar wat mij geholpen heeft in mijn crisis en werk mijn signaleringsplan bij ^{1,7,8}	Ondersteunende houding C Maak contact met mij en herstel het contact als dat nodig is ¹ D Toon begrip en ga in gesprek over schuldgevoelens ¹ Z Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{1,8} Z Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ^{1,7,8}			

- Gool M van. Het crisisontwikkelingsmodel van Trifier. [Internet]. 2016. p. 1-5. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.trifier.nl/files/modellen/hetcrisisontwikkelingsmodelversie2016.pdf>.
- Sande R van de, Mulder N, Nijman H. Werken met de Crisismonitor. Den Haag: Parnassia Bavo Groep; 2012. p. 26-27.
- Niehoff H, Didden R, Valkenkamp M, Rutten E, redacteuren. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 14 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/tra/5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
- Trimbos instituut: Kun je agressief worden van drugs? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.drugsinfo.nl/vraag/kun-je-agressief-worden-van-drugs#>. Geraadpleegd op 21 december 2020.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 298.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.

8. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 18-19. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 462-463.
10. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
11. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 57-58.
12. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 214.
13. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 232.
14. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteurs. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 91. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/traj5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
15. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
16. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 291.
17. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 388-389.
18. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 468-469.
19. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 106.
20. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
21. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
22. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Acute psychiatrie 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/cce210f813b9fc7f2f6390dd4678603e.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
23. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Dwang en drang 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/f91634cdc26ded7a56480ee4a0474413.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
24. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 10-13. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
25. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
26. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
27. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.

BIJLAGE V STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN – ONTREMMING

Standaard klinisch signaleringsplan: Ontremming

Naam patiënt:

Datum (aangemaakt/gewijzigd):

Altrecht, afdeling

Ambulante begeleiding:

Contactpersoon:

	R: rust en activiteit	V: verzorging en voeding	C: contact met anderen	D: denken en voelen	B: boosheid	A: alcohol en drugs	Z: zorg
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?			Wat kan ik zelf doen?		Wat kunnen anderen doen?	
0	Evenwicht en controle			Het gaat goed met mij		Positief bekrachtigen	
	R Ik slaap normaal ¹⁻¹⁴ R Mijn energie is niet of een beetje toegenomen ^{2,11,12,14} C Ik praat rustig en bemoei mij niet teveel met anderen ^{11,12,14} D Mijn stemming is normaal of een beetje verhoogd ^{1,3,5,7-14} D Ik heb soms snelle gedachten, maar raak het gespreksonderwerp niet kwijt ^{4,8-10,12} A Ik heb mijn alcohol- en drugsgebruik onder controle of gebruik het niet ^{4,7,10,15}			R Ik ga op een normale tijd naar bed en kom op een normale tijd uit bed ¹⁶⁻¹⁷ R Ik doe rustiger aan als ik de neiging heb druk te zijn ¹⁸ C Ik houd goed contact met mijn naasten ¹⁸ D Ik volg mijn stemming, bijvoorbeeld door een stemmingsgrafiek bij te houden ¹⁸ A Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs ¹⁹⁻²¹ Z Ik neem mijn medicatie op tijd en in de juiste hoeveelheid in ^{16,18} Z Ik werk aan mijn signaleringsplan ^{20,22-24}		R Geef mij uitleg over het voordeel van een goed dag/nachtritme en hoe ik dit kan verbeteren ^{18-20,25-27} R Ondersteun mij bij een dagprogramma met een goede verdeling tussen rust en activiteit ^{15,19,20,25,26,28} V Moedig mij aan tot een gezonde manier van leven ^{19,20,26,29} C Bespreek met mij op welke manier mijn naasten betrokken kunnen worden ³⁰ D Speel in op mijn gevoelens bij en de gevolgen van de opname ³⁰ Z Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{20,23,31-35} Z Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ^{20,22-24}	
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies			Het gaat minder goed met mij		Ondersteunende houding	
	R Ik slaap 1 tot 3 uur minder dan normaal ¹⁻¹⁴ R Ik heb veel energie en ideeën, ik gebruik meer gebaren ¹⁻¹⁴ R Ik wil meer geld uit gaan geven, maar doe het (nog) niet ^{1,4,7-9,15,36} C Ik heb meer zin in seks ^{1,4,7-9,11,12,14} C Ik praat soms te hard/snel/veel en verander vaak van onderwerp ^{3-8,10-12,14} C Ik ben sarcastisch, weet het beter en bemoei mij met anderen ^{1,4,8,11,12,14} D Ik heb snelle gedachten die ik niet kan stoppen ^{3-8,10-12,14} D Mijn stemming is verhoogd; ik ben positief en zelfverzekerd, beleef alles intenser, voel mij belangrijker/beter dan anderen ^{1,3-14} D Ik voel mij gespannen en/of angstig ^{4,6,7} B Ik word sneller boos, vooral als ik mijn zin niet krijg ^{1-5,7-12,14} A Ik gebruik meer alcohol en/of drugs ^{4,7,10,15}			R Ik probeer minder te doen dan ik eigenlijk wil ¹⁶⁻¹⁸ R Ik overleg eerst met naasten voordat ik veel geld uit geef ¹⁶ R Ik doe geen dingen waarvan ik weet dat ik die normaal spannend vind ^{16,17} C Ik neem de zorgen van mensen om mij heen serieus ¹⁶ B Ik zorg dat ik geen ruzie krijg met anderen ¹⁶ Z Ik geef het aan als ik merk dat het minder goed met mij gaat ^{17,18}		R Help mij het dag/nachtritme te herstellen, geef adviezen over beter slapen (slaaphygiëne) ^{18-20,25-27} C Benoem mijn seksuele gedrag als dat niet kan/mag op de afdeling ³⁷ C Luister naar mijn zorgen en geef oprechte aandacht ^{15,29,38-41} C Laat duidelijk weten welk gedrag wel/niet gewenst is, richt je op het bekrachtigen van gewenst gedrag en ga niet de strijd aan ^{15,17,42-48} C Probeer contact met mij te maken; wees aanwezig en benaderbaar ^{29,39,40,49,50} B Spreek af hoe ik mijn boosheid mag uiten en bemiddel bij een dreigende ruzie ^{39,44,51} A Adviseer niet teveel alcohol en drugs te gebruiken, bied geschikte hulp aan bij een verslaving ^{19-21,26} Z Geef mij duidelijkheid over het doel van opname en behandeling, geef/bespreek de afdelingsregels, en leg uit wat er gebeurt zodat ik weet waar ik aan toe ben ^{15,22,30,31,34,38,46,48} Z Betrek een ervaringsdeskundige bij mijn behandeling ^{1,15,29,32,33,42,52,53} Z Werk samen aan mijn signaleringsplan en help mij het signaleringsplan te gebruiken ^{18-20,22,24}	
						Hulpverleners: Z Bied zo-nodig-medicatie aan ^{18,32,33,38,48,54,55}	
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies			Het gaat niet goed met mij		Directief, afbakenen en controle overnemen	
	R Ik heb weinig slaap nodig (3 tot 6 uur minder) ¹⁻¹⁴ R Ik heb te veel energie; ben druk, bijna de hele tijd in beweging en kan geen rust vinden (maar kan nog wel tot rust gebracht worden) ¹⁻¹⁴ R Ik neem vaak snel beslissingen zonder er goed over na te denken en doe soms onverstandige dingen die ik normaal niet doe ^{1,3,7-10} R Ik geef meer geld uit dan normaal ^{1,4,7-9,15,36} V Ik eet meer of ik heb wel zin om te eten, maar vaak geen tijd ^{1,9,15} V Ik ben erg slordig, draag soms weinig/korte/sexy kleren en te veel make-up ^{7,11} C Ik ben lawaaiig en bemoei mij vaak met anderen ^{4,12,14} C Ik ben moeilijk te volgen in gesprek; praat snel/veel, verander snel van onderwerp, kan mij bijna niet concentreren, praat in rijm of praat anderen na ^{3-5,7,8,10-12,14} D Mijn stemming is duidelijk verhoogd en past niet bij de situatie; ik ben erg vrolijk en positief, ben uitbundig ^{1,3-14} D Ik zie/hoor/voel/denk dingen die anderen niet ervaren, denk achtervolgd te worden, heb grootheds- of betrekkingsideeën, heb speciale krachten of gaven (ik kan hier voor korte tijd in gecorrigeerd worden) ^{1-4,6,8,9,11,12} D Ik heb veel zelfvertrouwen en denk dat ik veel dingen kan doen ^{1,3,4,6-14} B Ik ben prikkelbaar, kortaf en eisend, daag uit en bedreig, maar soms nog wel tot rust te brengen ^{1-5,7-12}			R Ik ga op een vaste, normale tijd naar bed en kom op een normale tijd uit bed ^{16,17} R Ik zorg dat ik niet teveel geld in één keer uit kan geven of op kan nemen ¹⁶ V Ik eet gezond; neem ontbijt, lunch en avondeten op vaste tijden, en eet normale hoeveelheden ¹⁶ A Ik gebruik geen alcohol en/of drugs ¹⁹⁻²¹ Z Ik vraag zo-nodig-medicatie of neem deze in als het gegeven wordt ^{16,18}		R Zorg voor een dagritme met een goede verdeling tussen rust en activiteit, voorkom uitputting ^{15,19,20,25,26,28,48} R Probeer schade te beperken, bijvoorbeeld door het tijdelijk bewaren van mijn bankpasje ^{15,42,48,56-58} V Ondersteun mij bij mijn verzorging en het eten (bied meer/minder eten aan) ¹⁵ C Bespreek hoe ik met mijn seksuele behoeften om mag/kan gaan ³⁷ C Stel grenzen en stuur mijn gedrag bij; wees duidelijk ^{15,17,42-48} C Beperk de tijd dat ik over negatieve dingen mag praten ⁴⁷ C Blijf bij mij als ik angstig ben ^{34,38,40,59} D Haal mij weg bij de bron van de onrust/druk en leid mij af ⁶⁰ D Ga niet in discussie over onjuiste overtuigingen ⁶¹ D Stel mij gerust en geef mij en mijn naasten hoop, maar geef geen valse geruststellingen ⁶²⁻⁶⁴ Z Zorg voor een veilige omgeving en bied veiligheid ^{15,34,38,40,58,61} Z Bied een prikkelarme omgeving aan of maak samen mijn eigen kamer prikkelarmer ^{25,26,61}	
						Hulpverleners: Z Bied mijn behandelmedicatie en zo-nodig-medicatie actief aan en besteed hier voldoende tijd aan ^{20,32,34,38,44,48,54,65}	
3	Zeer hoge spanning, controleverlies			Het gaat slecht met mij		Ingrijpen en controle overnemen	
	R Ik voel dat ik geen slaap nodig heb; heb de laatste nachten weinig geslapen ¹⁻¹⁴ R Ik ben de hele tijd in beweging; maak drukke, onrustige bewegingen ^{1,2,4,6,7,10-12,14} R Ik geef veel te veel geld uit en heb daardoor geldproblemen ^{1,4,7-9,14,15,36} V Ik draag ongepaste kleding, maak mij vreemd op en zie er onverzorgd uit ^{7,11} C Ik ben de hele tijd en niet gepast bezig met seks ^{1,4,7-9,11,12,14} C Ik ben niet te onderbreken, houd geen rekening met anderen en probeer anderen te beïnvloeden ^{4,11,12} C Ik ben vijandig, werk niet mee en laat mij door niemand aanspreken ^{1,3,9,11,12} C Ik ben niet te volgen; kan mij niet concentreren en schreeuw of krijg ^{3-5,7,8,10-12,14} D Mijn stemming is heel erg verhoogd; heel erg vrolijk en positief (lachen en zingen), maar ik kan ook emotioneel labiel zijn ^{1-5,7-14} D Ik zie/hoor/voel/denk dingen die anderen niet ervaren, ik word achtervolgd, ben belangrijker/machtiger dan anderen, hoor stemmen die opdrachten geven ^{1-4,6,8,9,11,12} D Ik denk dat ik de hele wereld aan kan ^{1,3,4,6-14} B Ik val anderen agressief aan, maak spullen kapot of heb de neiging dit te doen ^{1,7,11,12}			Z Ik neem de zo-nodig of noodmedicatie in die mij gegeven wordt ^{16,18} Z Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ⁶⁶		R Probeer schade te beperken, bijvoorbeeld door het beperken van gebruik internet/elektronica ^{15,42,56-58} C Stel grenzen aan mijn ongepaste seksuele gedrag ³⁷	
						Hulpverleners: Z Bied de behandelmedicatie actief aan, ga na of de medicatie ingenomen is, bied zo-nodig-medicatie aan of grijp in met noodmedicatie ^{20,32,34,38,44,48,54,67} Z Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat eerst de minst beperkende interventies ingesteld worden ^{44,46,48,52,62,63,68,69} Z Schaal de zorg op als dit nodig is; 1-op-1 begeleiding, overplaatsing naar de IC of separatie ^{22,29,48,69}	

	A Ik gebruik veel alcohol en/of drugs ^{4,7,10,15} Z Ik vind mijzelf niet ziek en zie geen verandering van mijn gedrag ^{3,11}		
4	Ontspanning	Het gaat weer beter met mij	Ondersteunende houding
	R Ik heb minder energie en voel mij uitgeput ^{1,36} R Ik heb geldproblemen doordat ik teveel uitgegeven heb tijdens mijn ontremming ³⁶ C Ik voel mij in de steek gelaten en voel mij niet begrepen ^{36,52} C Ik heb relatieproblemen ³⁶ D Ik schaam mij en ben angstig door wat ik tijdens mijn ontremming gedaan heb ^{36,65} Z Ik ben bang voor een terugval; dat het weer minder goed zal gaan ³⁶	R Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ²⁷ R Ik vraag hulp bij het oplossen van geldproblemen ³⁶ C Ik zoek contact en probeer mijn relatieproblemen op te lossen ^{18,36} D Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken en leer herkennen wat je aan mij kan zien als het minder goed met mij gaat ^{17,18} Z Ik werk mijn signaleringsplan bij ^{20,22-24}	R Ondersteun mij bij een dagritme met genoeg rust, bied activiteiten/therapieën aan ^{15,19,20,25-28,58} R Breng mij in contact met maatschappelijke hulpinstanties ⁶³ D Toon begrip en ga in gesprek over mijn zorgen en schuldgevoelens ^{15,29,38-41} Z Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{20,23,31-35} Z Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{18,52,70,71} Z Werk samen met mij en mijn familie/vrienden mijn signaleringsplan bij ^{20,22-24}

- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 6-8.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Samenvattingskaart zorgstandaard bipolaire stoornissen 2017. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/c5618b5bf1f085f9cc92de3dd47f999.pdf. Geraadpleegd op 23 november 2020.
- Kupka RW. De bipolaire stoornis: een beknopt overzicht. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/artikelen/de-bipolaire-stoornis-een-beknopt-overzicht/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
- LithiumPlus Werkgroep i.s.m. Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen. De bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen; een leidraad. [Internet]. Utrecht: Zuidam; 2006. p. 13. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2011/09/Nieuwe_leidraad_2006.pdf.
- LithiumPlus Werkgroep i.s.m. Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen. De bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen; een leidraad. [Internet]. Utrecht: Zuidam; 2006. p. 13-14. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2011/09/Nieuwe_leidraad_2006.pdf.
- Plusminus. Wat is een bipolaire stoornis; manie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://plusminus.nl/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 13 november 2020.
- Ups & downs. Wat is een bipolaire stoornis; manie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.upsanddowns.be/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 13 november 2020.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb een manische periode (bipolaire stoornis); wat zijn de verschijnselen van een manische periode?. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/bipolaire-stoornis/ik-heb-manische-periode-bipolaire-stoornis>. Geraadpleegd op 25 november 2020.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Bipolaire stoornis – symptomen; wat zijn de verschijnselen van een manie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/website/patienten-informatie/aandoeningen-/bipolaire-stoornis/symptomen>. Geraadpleegd op 25 november 2020.
- Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 14-15.
- Young Manie Schaal (Young Mania Rating Scale: YMRS). [Internet]. Beschikbaar via: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_132pdf.pdf. Geraadpleegd op 12 november 2020.
- Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Bech-Rafaelsen Manie Schaal (Bech Rafaelsen Mania Scale: BRMAS). [Internet]. Beschikbaar via: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_15pdf.pdf. Geraadpleegd op 12 november 2020.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 15. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at-19-10-2017.pdf.
- Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 466-468.
- Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 55-57.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb een manische periode (bipolaire stoornis); wat kan ik doen bij een beginnende manische episode?. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/bipolaire-stoornis/ik-heb-manische-periode-bipolaire-stoornis>. Geraadpleegd op 25 november 2020.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Bipolaire stoornis – tips; bij de manie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=1436>. Geraadpleegd op 25 november 2020.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 22-23. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at-19-10-2017.pdf.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Leefstijladvies en helpen omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen 2015. [Internet]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 16 november 2020.
- Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 89-93.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 24. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at-19-10-2017.pdf.
- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 16-17.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; gebruik van het signaleringsplan ondersteunen 2015. [Internet]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 16 november 2020.
- GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 22-23. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.
- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 13-14.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 177-178.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 60-61.
- Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
- GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 21-22. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96b7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at-09-04-2019.pdf.
- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 14.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Samenvattingskaart zorgstandaard bipolaire stoornissen 2017. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/c5618b5bf1f085f9cc92de3dd47f999.pdf. Geraadpleegd op 23 november 2020.
- Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 17-18.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 63-64.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 24. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at-19-10-2017.pdf.
- Plusminus. Gevolgen bipolaire stoornis. [Internet]. Beschikbaar via: <https://plusminus.nl/gevolgen-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 13 november 2020.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 199-200.
- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 9-12.
- Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 16.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56.

41. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.
42. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 4-5.
43. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 13.
44. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
45. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 214.
46. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
47. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 404-405.
48. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 470-471.
49. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 13-15.
50. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 38. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
51. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 131.
52. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Dwang en drang 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/f91634cdc26ded7a56480ee4a0474413.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
53. Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 99.
54. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 13.
55. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 198.
56. Kupka RW, Goossens PJJ, Bendegem M van, Daemen P, Daggenvoorde TH, Daniels M, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. Derde, herziende versie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 91.
57. Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Sociale steun en hulp organiseren 2015. [Internet]. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 16 november 2020.
58. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 25-26. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
59. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 16.
60. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 198-199.
61. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 466.
62. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
63. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Acute psychiatrie 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/cce210f813b9fc7f2f6390dd4678603e.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
64. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.
65. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 15-18. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
66. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteurs. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/tra5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
67. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Bipolaire stoornissen. [Internet]. 2020. p. 8-9. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_539320b7-6ee4-41a6-89b2-95c16de4cd68_bipolaire-stoornissen_authorized-at_19-10-2017.pdf.
68. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
69. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
70. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 22-24. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
71. Goossens P, Stevens A. Verpleegkundige zorg aan patiënten die zijn opgenomen met een acute manie. Heino: Sonodruk; 2018. p. 14-15.

BIJLAGE VI STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN – SOMBERHEID

Standaard klinisch signaleringsplan: Somberheid

Naam patiënt:

Ambulante begeleiding:

Datum (aangemaakt/gewijzigd):

Contactpersoon:

Altrecht, afdeling

	<i>R: rust en activiteit</i>	<i>V: verzorging en voeding</i>	<i>C: contact met anderen</i>	<i>D: denken en voelen</i>	<i>B: boosheid</i>	<i>A: alcohol en drugs</i>	<i>Z: zorg</i>
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?		Wat kan ik zelf doen?		Wat kunnen anderen doen?		
0	Evenwicht en controle		Het gaat goed met mij		Positief bekrachtigen		
	<i>R</i> Ik slaap normaal ¹ <i>R</i> Ik ben niet vertraagd en heb weinig moeite om op gang te komen ¹ <i>C</i> Ik praat normaal of iets langzamer ² <i>C</i> Ik heb belangstelling voor anderen en mijn omgeving ¹ <i>D</i> Ik voel mij somber door begrijpelijke omstandigheden, maar dit beperkt mij niet ^{1,3,4}		<i>R</i> Ik onderneem activiteiten voor ontspanning en afleiding ⁵ <i>R</i> Ik ga wat meer doen als ik de neiging heb niks te doen ^{6,7} <i>C</i> Ik houd goed contact met mijn naasten ⁸ <i>A</i> Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs ^{5,8-14} <i>Z</i> Ik probeer mijn kwetsbaarheid te begrijpen en hoe je dit bij mij kan zien ^{15,16} <i>Z</i> Ik werk aan mijn signaleringsplan ^{6,17-19}		<i>R</i> Stimuleer mij om genoeg te bewegen/sporten ^{8,20-25} <i>C</i> Vraag hoe je mij kan ondersteunen en geef geen ongevraagde adviezen ^{26,27} <i>C</i> Bespreek met mij op welke manier mijn naasten betrokken kunnen worden ^{19,25,27-31} <i>D</i> Speel in op mijn gevoelens bij en de gevolgen van de opname ^{30,31} <i>Z</i> Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{15,23,24,27,32-38} <i>Z</i> Moedig mij aan een actieve rol te spelen bij mijn behandeling; betrek mij bij het maken van keuzes ^{19,21,27,39} <i>Z</i> Wijs mij op de mogelijkheden van lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen ^{19,25,40-42} <i>Z</i> Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ^{6,17-19,27,37,38,42-44}		
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies		Het gaat minder goed met mij		Ondersteunende houding		
	<i>R</i> Ik heb minder energie, ben langzamer, minder actief en geef sneller op ⁴⁵⁻⁵⁴ <i>R</i> Ik val wat moeilijker in slaap, slaap 1 tot 2 uur minder ^{1,54,55} <i>R</i> Ik heb minder plezier en interesse, kan moeilijk met activiteiten beginnen ^{1,4,45-47,49-51,54-59} <i>V</i> Ik eet wat minder/meer; ik ben afgefallen/aangekomen ^{1,45-52,54,55,57-61} <i>C</i> Ik praat minder, langzamer en met pauzes, ik gebruik minder gebaren ^{2,46,49,52,55,58} <i>D</i> Ik voel mij meer somber, verdrietig en zonder hoop; soms meer in de ochtend ^{46,47,49-52,54,55,58,59} <i>D</i> Ik denk dat ik beter dood kan zijn, ben het leven moe, maar heb weinig/geen gedachten aan zelfdoding ^{1,2,49,62} <i>D</i> Ik ben veel aan het piekeren, denk alles verkeerd te doen ^{1,50-52,55,59} <i>D</i> Ik heb weinig zelfvertrouwen, ben bang zonder reden ^{51,54,56} <i>D</i> Ik heb negatieve gevoelens/gedachten; een slecht gevoel over mijzelf of dat ik anderen teleurgesteld heb ^{49,51,54,55} <i>D</i> Ik kan niet meer lachen of dingen leuk vinden ⁵⁶ <i>D</i> Ik schaam mij voor mijn gedachten ^{26,35} <i>D</i> Ik voel mij onrustig en zenuwachtig, heb moeite om stil te zitten ^{45-52,55,58,59} <i>B</i> Ik voel mij soms gespannen of boos ¹ <i>A</i> Ik gebruik (ineens) meer alcohol en/of drugs ¹⁴		<i>R</i> Ik ga minimaal 30 minuten per dag bewegen/sporten, als het kan ook buiten ^{5,9,11,12,63,64} <i>R</i> Ik ga op een vaste tijd naar bed en kom op een vaste tijd uit bed; probeer 7 tot 8 uur te slapen ^{5,9,11,12,63-65} <i>R</i> Ik doe ontspannende activiteiten voor afleiding ^{11,64} <i>R</i> Ik bedenk welke activiteiten ik normaal prettig vind om te doen ^{9,12,63} <i>R</i> Ik maak een weekschema met voor elke dag minimaal één haalbare activiteit ⁶³ <i>V</i> Ik eet en drink gezond; neem ontbijt, lunch en avondeten op vaste tijden ^{5,9,11,12,63,65} <i>C</i> Ik houd elke dag contact met anderen zodat ik niet eenzaam word ^{5,9,11,12,64} <i>D</i> Ik praat over mijn somberheid en negatieve gevoelens/gedachten ^{5,11,12,63} <i>D</i> Ik stel niet te hoge eisen aan mijzelf ^{5,12} <i>D</i> Ik mag van mijzelf soms verdrietig of boos zijn ⁵ <i>D</i> Ik kijk samen met anderen hoe ik mijn (onderliggende) problemen op kan lossen ⁵		<i>R</i> Geef mij adviezen over beter slapen (slaaphygiëne) ^{20,25,38,66-68} <i>R</i> Stel samen met mij een weekschema op ^{9,20,21,23-25,32,34,37,38,69,70} <i>V</i> Stimuleer mij meer/minder te eten, bied extra voeding aan als ik veel afgevallen ben ^{25,34,44,71,72} <i>C</i> Toon interesse, luister open en zonder oordeel naar mij ^{26,27,35-37,44,66,73-77} <i>C</i> Kom niet meteen met oplossingen of tips, maar denk met mij mee ^{35,36,66} <i>C</i> Moedig mij aan om contact te hebben met anderen ^{21,25,27} <i>C</i> Probeer contact met mij te maken; wees aanwezig en benaderbaar ^{21,27,44,73} <i>C</i> Keur afhankelijk gedrag af en moedig het nemen van eigen beslissingen aan ^{21,73} <i>D</i> Moedig mij aan na te denken over mijn sterke kanten en complimenteer mij met wat wel goed gaat ^{27,37,66,78} <i>D</i> Vraag naar hoe ik mij voel en naar mijn gedachten, neem mijn gevoelens van somberheid serieus ^{26,66} <i>D</i> Probeer te achterhalen waar mijn somberheid vandaan komt ^{5,21} <i>D</i> Ondersteun mij bij ademhalingsoefeningen en leer mij deze alleen te kunnen doen ²² <i>A</i> Adviseer niet teveel alcohol en drugs te gebruiken, bied geschikte hulp aan bij een verslaving ^{13,14,21,25,53,66,67} <i>Z</i> Motiveer mij tot het innemen van mijn medicatie ^{38,79} <i>Z</i> Geef mij duidelijkheid over het doel van opname/behandeling en ondersteun mij in het maken van keuzes ^{19,27,31,39}		
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies		Het gaat niet goed met mij		Directief, afbakenen en controle overnemen		
	<i>R</i> Ik slaap minder uren dan normaal (val moeilijk in slaap, slaap korter of ben tussendoor wakker) of ik slaap meer dan normaal ^{1,45-52,54,55,57-59,61} <i>R</i> Ik ben erg moe, soms ook bij het opstaan ^{47,51-55,57-59} <i>V</i> Ik heb moeite met activiteiten en mijn eigen verzorging ^{1,46} <i>V</i> Ik heb minder zin in eten en het smaakt mij niet, maar eet nog wel wat. Of ik heb meer zin in eten en eet meer dan normaal ^{1,45-50,52,54,55,57-58,60,61} <i>C</i> Ik zoek anderen steeds op om te laten weten dat ik het heel moeilijk heb ⁵⁸ <i>C</i> Ik praat met zachte, eentonige stem, langzaam en geef korte antwoorden ^{2,58} <i>D</i> Ik voel mij somber, waardeloos, machteloos, hopeloos en/of ongelukkig ^{1,4,45-48,50-52,54,55,57,58} <i>D</i> Ik voel steeds angst en spanning in mij ¹ <i>D</i> Ik kan moeilijk denken, mij concentreren en beslissingen nemen ^{1,45-55,57,58,60} <i>D</i> Ik heb heel veel en onterechte schuldgevoelens, het gevoel dat ik dingen fout doe of niet kan ^{1,2,45-48,50-55,57-59,80} <i>D</i> Ik kan niet meer genieten, heb nergens zin in ^{46,52} <i>D</i> Ik heb last van hartkloppingen en/of duizeligheid ^{51,52} <i>D</i> Ik huil zonder dat dit oplucht of wil huilen maar het lukt niet ^{51,52,58} <i>D</i> Ik denk na over de dood en zelfdoding, maar heb geen plannen ^{1,2,4,55,62} <i>B</i> Ik denk soms dat ik mijzelf pijn moet doen of verwonden ⁴⁹ <i>B</i> Ik ben snel prikkelbaar ^{47,50,55,57}		<i>R</i> Ik volg mijn weekschema en probeer elke dag minimaal één activiteit te doen ⁶³ <i>V</i> Ik weeg mijzelf minimaal 1x per week ^{71,72} <i>V</i> Ik probeer meer te eten of juist minder ^{71,72} <i>D</i> Ik doe ademhalingsoefeningen ²²		<i>R</i> Bied activiteiten aan of stel voor samen een activiteit te doen zodat ik overdag niet/minder slaap ^{20,21,23-25,32,34,37,38,66,68} <i>V</i> Weeg mij minimaal 1x per week ^{71,72} <i>V</i> Help mij bij mijn persoonlijke verzorging en activiteiten die mij alleen niet meer lukken ^{20,22,26,38,44,66,77} <i>C</i> Vraag of ik wil praten of liever samen iets anders wil doen ^{27,38,66} <i>C</i> Zoek contact met mij en neem de tijd voor mij ^{25,26,66} <i>D</i> Leg uit dat mijn gedachten door mijn somberheid komen ^{26,37} <i>D</i> Vraag naar gedachten aan zelfdoding en ga daarover in gesprek ^{21,26,38,44,62,66} <i>D</i> Blijf bij mij als ik angstig ben ^{30,73} <i>D</i> Stel vragen/doe uitspraken die mij helpen om mijn gedachten, gevoelens en zorgen te bespreken ^{74,75} <i>D</i> Stel mij gerust en geef mij en mijn naasten hoop, maar geef geen valse geruststellingen ^{29-31,37,81} <i>D</i> Geef geen kritiek, maar benadruk positieve dingen en mijn sterke kanten die ik noem ^{27,37,78} <i>B</i> Moedig mij aan hulp te vragen bij oplopende spanning en boosheid ^{38,82} <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling, bijvoorbeeld om bij mij te zijn/blijven ^{19,27,29,62,83} <i>Z</i> Ga na of ik een gevaar vorm voor mijzelf of anderen ^{38,44,81,84} Hulpverleners: <i>R</i> Zorg voor het herstel van een goed dag- en nachtritme, indien nodig met slaapmedicatie ^{9,21,23,25,37,38,66,68} <i>Z</i> Bied mij actief zo-nodig-medicatie aan ^{38,82,85}		
3	Zeer hoge spanning, controleverlies		Het gaat slecht met mij		Ingrijpen en controle overnemen		
	<i>R</i> Ik slaap heel weinig of juist heel veel ^{1,54,59} <i>R</i> Ik ben heel erg moe; kan zonder hulp niks doen ^{1,54,59,60} <i>R</i> Ik zit langere tijd stil in één houding en beweeg niet ⁵⁸ <i>V</i> Ik eet bijna niet en verzorg mijzelf (bijna) niet ^{1,54,55,60} <i>C</i> Ik praat niet uit mijzelf, reageer langzaam, met korte woorden of helemaal niet ^{2,58} <i>D</i> Ik denk vaak aan de dood/zelfdoding; ik kan al een plan/idee hebben ^{1,4,45-48,50-53,55,57,58,62} <i>D</i> Ik voel mij gespannen, heb last van paniekaanvallen of hyperventilatie ^{1,58}		<i>Z</i> Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ^{38,86}		<i>V</i> Dring mij aan op het eten van ontbijt, lunch en avondeten, help mij als dit niet zelf lukt ^{25,38,72} <i>D</i> Gebruik makkelijke woorden en beperk je tot dingen in het hier en nu ²¹ Hulpverleners: <i>R</i> Bied mij slaapmedicatie aan als ik niet genoeg slaap ^{25,37,38,68} <i>B</i> Zorg ervoor dat ik mijzelf/anderen geen pijn kan doen of kan verwonden ^{19,21,38,44,81,82} <i>Z</i> Bied de behandelmedicatie actief aan, ga na of de medicatie ingenomen is, bied zo-nodig- medicatie aan of grijp in met noodmedicatie ^{23,38,82,85,87}		

	D Ik voel helemaal niks meer (ben emotioneel verlamd) ^{1,4,52} D Ik raak de grip op de werkelijkheid kwijt; heb gedachten of belevingen die vreemd of onwaar zijn; absurde, niet te beïnvloeden schuldgevoelens ^{1-3,45,47,53,55,57-59,80} B Ik ben snel gespannen of boos; ik maak snel ruzie ^{51,52,55,58}		Z Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat eerst de minst beperkende interventies ingesteld worden ^{20,21,29,44,82,84,87-90} Z Intensiveer het toezicht bijv. naar hand-in-handbegeleiding, plaats eventueel over naar de IC ^{38,84,87,90}
4	Ontspanning	Het gaat weer beter met mij	Ondersteunende houding
	R Ik heb minder energie ^{54,59,91} V Ik ben afgevalen of aangekomen ^{47,54,59} C Ik voel mij in de steek gelaten of voel mij niet begrepen ^{35,91} D Ik schaam mij en ben angstig door wat ik tijdens mijn crisis gedaan heb ⁹¹ Z Ik ben bang voor een terugval; dat het weer minder goed zal gaan ^{91,92}	R Ik zorg voor regelmaat, ga op tijd naar en kom op tijd uit bed ^{6,9,93} R Ik ga wat meer doen als ik de neiging heb niks te doen ^{6,7} V Ik eet en drink gezond en zorg goed voor mijzelf (gezonde leefstijl) ⁶ C Ik zoek contact met mijn naasten ⁶ Z Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken en leer herkennen wat je aan mij kan zien als het minder goed met mij gaat ^{6,15-17,67,92,94} Z Ik werk mijn signaleringsplan bij ¹⁶⁻¹⁹	V Adviseer mij gezond te eten en genoeg te bewegen ^{20,25,34,37,44,71,95,96} V Stel samen met mij een plan op om weer op een gezond gewicht te komen ⁷¹ C Bespreek met mij op welke manier naasten betrokken kunnen worden ^{19,21,25,27-31,96} D Voer ondersteunende gesprekken met mij, geef oprechte aandacht en luister naar mijn zorgen ^{27,36-38,44,54,73,74,76,77} Z Wijs mij op de mogelijkheden van lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen ^{19,25,40-42} Z Zorg bij ontslag voor goede nazorg en continuïteit van zorg ^{16,21,40,97} Z Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{15,23,24,27,32-38} Z Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{16,29,37,81} Z Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ^{6,16-19,37,38,40,42-44,93,96}

- MADRS - Montgomery Asberg Depression Rating Scale. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.trimbos.nl/docs/9315a43e-4c23-42bb-bba2-33b103131e5a.pdf>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
- Hamilton Depressie Schaal (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD). [Internet]. Beschikbaar via: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuringinstruments/meetinstrumenten_63pdf.pdf. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
- Depressievereniging. Soorten depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/depressie/soorten-depressie/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
- LithiumPlus Werkgroep i.s.m. Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen. De bipolaire stoornis voor patiënt en betrokkenen; een leidraad. [Internet]. Utrecht: Zuidam; 2006. p. 12-13. [Geraadpleegd op 11 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2011/09/Nieuwe_leidraad_2006.pdf.
- MIND Blue. Wat kun je doen tegen somberheid? [Internet]. Beschikbaar via: <https://mindblue.nl/depressie/somberheid>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
- Ups & downs. Wat is een bipolaire stoornis; depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.upsendowns.be/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Contragedrag bevorderen. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
- Ups & downs. Soorten bipolaire stoornis; soorten depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.upsendowns.be/soorten-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
- Depressievereniging. Gezonde leefstijl. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/check-je-leefstijl/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
- Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; depressie en alcohol. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 38-39. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_iacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hideIssuuLogo=true&u=issuu.janssen.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb last van somberheid. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/somberheid/ik-heb-last-van-somberheid>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Adviezen bij een depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/depressie/ik-kies-behandeling-voor-mijn-depressie#adviezen-bij-een-depressie>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 41-42. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 44-46. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Psycho-educatie. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 28. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; signaleringsplan. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 66. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_iacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hideIssuuLogo=true&u=issuu.janssen.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Gebruik van het signaleringsplan ondersteunen. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
- Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 36-37. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 177-178.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 404-405.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 128-130. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 11-12. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 53-54. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 177-178. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; wat kun je doen als iemand in je naaste omgeving een depressie heeft?. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 28-29. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_iacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hideIssuuLogo=true&u=issuu.janssen.
- GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 80-81. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
- Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Sociale steun en hulp organiseren. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
- GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
- GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 12. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
- GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 21-22. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.

32. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 14. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
33. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 14-15. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
34. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 18. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
35. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 31-32. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
36. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 123-124. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
37. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 140-142. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
38. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 191-192. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
39. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 26. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
40. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 77-78. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
41. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 84. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
42. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 20-21. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.
43. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 22-23. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.
44. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
45. Kupka RW. De bipolaire stoornis: een beknopt overzicht; depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/artikelen/de-bipolaire-stoornis-een-beknopt-overzicht/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
46. Plusminus. Wat is een bipolaire stoornis; depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://plusminus.nl/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
47. Ups & downs. Wat is een bipolaire stoornis; depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.upsanddowns.be/wat-is-een-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
48. Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie. Angststoornis en ernstige depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://nedkad.nl/voor-patienten-en-belangstellenden/angst/angststoornis-tige-depressie/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
49. Nederlands Kenniscentrum Angst, Dwang, Trauma en Depressie. Zelftest depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://nedkad.nl/voor-patienten-en-belangstellenden/zelftest/zelftest-depressie/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
50. Depressievereniging. Wat is een depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/depressie/depressieve-stoornis/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
51. Depressievereniging. Symptomen depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/depressie/symptomen/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
52. MIND Blue. Symptomen depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://mindblue.nl/depressie/symptomen>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
53. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 479.
54. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 32-33. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
55. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 9. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
56. MIND Blue. Doe de depressietest. [Internet]. Beschikbaar via: https://steun.wiizijnmind.nl/quiz/depressietest_2020#2. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
57. Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; wat is een depressie. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 9-11. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_iacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hidelsuulogo=true&u=issuu/janssen.
58. Spreekuur thuis. Negen kenmerken van depressie: toelichting. [Internet]. Beschikbaar via: https://spreekuurthuis.nl/themas/depressief_en_nu/informatie/depressie_als_ziekte_een_psychiatrische_stoornis/negen_kenmerken_van_depressie_toelichting. Geraadpleegd op 15 januari 2021.
59. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 35-36. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
60. Zelfinvullijst depressieve symptomen (Inventory of Depressive Symptomatology: IDS-SR). https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/download.php?download_file=IDS-SR.pdf. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
61. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 474-476.
62. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 43. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
63. MIND Blue. Tips als je langere tijd somber bent. [Internet]. p. 3-4. [Geraadpleegd op 7 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://wijzijnmind.nl/media/5569/download/depressie-brochure-v2.pdf?v=1>.
64. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Bipolaire stoornis – tips; bij de depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=1436>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
65. Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; wat kan ik zelf doen?. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 36-37. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_iacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hidelsuulogo=true&u=issuu/janssen.
66. Nederlands Huisartsen Genootschap. Mijn naaste heeft een depressie. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/depressie/mijn-partner-heeft-depressie>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
67. Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; Leefstijladvies en helpen omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
68. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.
69. Depressievereniging. Opname in ziekenhuis of kliniek. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/behandeling/opname-in-ziekenhuis-of-kliniek/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
70. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 60-61.
71. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 206.
72. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 207-208.
73. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56.
74. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.
75. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 176.
76. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 14-15. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at-15-03-2018.pdf.
77. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 22. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.

78. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 159.
79. Kupka RW. De bipolaire stoornis: een beknopt overzicht; behandeling. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/bipolaire-stoornis/artikelen/de-bipolaire-stoornis-een-beknopt-overzicht/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
80. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 33-34. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
81. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.
82. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
83. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 63-64.
84. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 408-409.
85. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 77-78. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.
86. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteuren. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/traj5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
87. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2020. p. 10-13. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
88. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
89. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
90. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
91. Plusminus. Wat is een bipolaire stoornis; gevolgen bipolaire stoornis. [Internet]. Beschikbaar via: <https://plusminus.nl/gevolgen-bipolaire-stoornis/>. Geraadpleegd op 30 december 2020.
92. Depressievereniging. Terugval voorkomen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.depressievereniging.nl/preventie-en-terugvalpreventie/terugvalpreventie-en-medicatie/>. Geraadpleegd op 7 januari 2021.
93. Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik wil voorkomen dat ik weer depressief word. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/depressie/ik-wil-voorkomen-dat-ik-weer-depressief-word>. Geraadpleegd op 11 januari 2021.
94. Ups & Downs vzw en Janssen. Leven voorbij depressie; psychotherapie. [Internet]. Beerse: Janssen-Cilag NV; 2019. p. 36. [Geraadpleegd op 15 januari 2021]. Beschikbaar via: https://e.issuu.com/embed.html?d=18_jacb_6201_co-creatie_brochure_depressie_nl_issu&hideIssuuLogo=true&u=issuu.janssen.
95. Federatie Medisch Specialisten. Zelfmanagementinterventies bipolaire stoornis; De somatische gezondheid bewaken. [Internet]. 2015. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/bipolaire_stoornissen/zelfmanagement_-_bipolaire_stoornissen/zelfmanagementinterventies_bipolaire_stoornis.html. Geraadpleegd op 4 januari 2021.
96. GGZ Standaarden. Zorgstandaard depressieve stoornissen. [Internet]. 2018. p. 176. [Geraadpleegd op 20 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_56db2495-cb07-4891-ae48-0efc60ff8d22_depressieve-stoornissen_authorized-at_15-03-2018.pdf.
97. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. [Internet]. 3e revisie versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013. p. 65-67. [Geraadpleegd op 18 januari 2021]. Beschikbaar via: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf>.

BIJLAGE VII STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN - SUÏCIDALITEIT

Standaard klinisch signaleringsplan: Suïcidaliteit		Naam patiënt: Ambulante begeleiding:		Datum (aangemaakt/gewijzigd): Contactpersoon:		Altrecht, afdeling							
R: rust en activiteit		V: verzorging en voeding		C: contact met anderen		D: denken en voelen		B: boosheid		A: alcohol en drugs		Z: zorg	
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?			Wat kan ik zelf doen?			Wat kunnen anderen doen?						
0	Evenwicht en controle C Ik denk vanwege de gevolgen voor mijn naasten niet dood te kunnen gaan ¹⁻⁴ D Ik praat eerlijk over mijn gedachten aan zelfdoding ^{1,5,6} D Ik denk af en toe aan zelfdoding, heb niet nagedacht over een plan en denk niet dat ik nu zelfdoding zal gaan plegen ¹⁻⁵ D Ik wil liever leven dan dood gaan, maar zie zelfdoding als mogelijkheid ¹⁻⁴ D Ik heb controle over mijn gedachten en impulsen ^{1,2,4} D Ik voel mij niet wanhopig en kan mijn leven nog verdragen ^{1,7}			Het gaat goed met mij R Ik ga op een vaste tijd naar bed en kom op een vaste tijd uit bed ⁸ C Ik blijf niet alleen met mijn problemen ⁸ C Ik praat over mijn pijn en gedachten, ook over zelfdoding ^{8,9} C Ik stel grenzen en geef deze duidelijk aan ⁸ D Ik zoek een goed evenwicht tussen wat ik kan en wat ik moet/wil doen ⁸ D Ik denk na over mijn sterke kanten en kijk naar wat er wel goed gaat ⁸ D Ik denk na over wat voor mij belangrijk is en schrijf dit op als steun voor als het minder goed gaat ^{8,10}			Positief bekrachtigen C Luister open en zonder oordeel naar mij, praat niet mee ¹¹⁻²¹ C Bespreek met mij op welke manier mijn naasten betrokken kunnen worden ^{19,21-25} D Vraag er duidelijk naar als je denkt dat ik aan zelfdoding denk en zeg dit ook ^{6,11,14-18,20,26,27} D Bespreek wat voor mij belangrijk is in het leven en achterhaal mijn risico- en beschermende factoren ^{10,19,29-30} D Vraag waar mijn gedachten aan zelfdoding vandaan komen ^{29,31-33} D Speel in op mijn gevoelens bij en de gevolgen van de opname ^{34,35} Z Beloof niet dat je mijn verhaal geheim zal houden als dat niet kan ^{11,36} Z Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{29,37} Z Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ^{14,15,17,19,21-23,31,37-45}						
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies R Ik slaap anders (heel veel of kan juist niet slapen) ^{2,4,46,47} C Ik praat in bedekte termen over zelfdoding, zoals "voor mij hoeft het niet meer" ^{1,5,6,11,46} C Ik voel mij een last voor anderen, denk dat zij snel over mijn dood heen komen ^{1,5,7,47} D Ik denk soms (heftig) aan zelfdoding; heb soms nagedacht over een plan/manier, maar een echt plan heb ik niet gemaakt ¹⁻⁵ D Ik wil soms liever dood zijn, soms liever leven; leven of dood zijn maakt mij niet uit ¹⁻⁴ D Ik ben bang voor mijn eigen gedachten en bang de controle te verliezen ^{1,2,4,7,47,48} D Ik voel soms ineens dat ik graag zelfdoding wil plegen ^{1-4,7} D Ik heb soms geen hoop meer, denk klem te zitten, ben somber/verdrietig, maar denk dat ik mij misschien nog beter ga voelen ^{1,5,7,11,16,47,49,50} D Ik denk vaak na over dood gaan en dood zijn ^{1,47} D Als ik aan zelfdoding denk dan zie ik dat soms in beelden ¹ D Ik ben bang om als "geek" gezien te worden; schaam mij voor mijn gedachten ^{18,48,50,51} D Ik interesseer mij minder in de toekomst ⁵ B Ik wil soms graag mijzelf pijn doen of verwonden ^{1,5,49} A Ik gebruik meer alcohol en/of drugs ^{5,46,52}			Het gaat minder goed met mij R Ik vraag om hulp bij het slapen en mijn oververmoeidheid ⁸ R Ik zoek afleiding en beweeg/sport minimaal 30 minuten per dag ^{8,9} C Ik bescherm mijzelf; ik zorg dat ik niet teveel alleen ben ⁸ C Ik maak contact met iemand die ik vertrouw en die met mij meedenkt ^{8,9} C Ik praat over mijn pijn, gedachten en problemen, ook over zelfdoding ^{8,9} C Ik denk na over welke mensen belangrijk voor mij zijn ⁸ D Ik neem afstand als ik een probleem niet meer kan overzien ⁸ D Ik praat met hulpverleners als ik mijzelf pijn wil doen of wil verwonden ⁵³ A Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs, en bespreek het als ik veel zin heb om te gebruiken ^{8,9} Z Ik denk na over wat mij eerder geholpen heeft in een moeilijke periode ⁸ Z Ik haal spullen waarmee ik zelfdoding zou kunnen plegen uit mijn omgeving ⁸			Ondersteunende houding R Help mij het dag/nachtritme te herstellen, geef adviezen over beter slapen (slaaphygiëne) ⁵⁴⁻⁵⁶ C Geef mij het gevoel dat ik gehoord en gezien word ^{12,16,18-20,40,43,50} C Richt je op het begrijpen, niet op het bestrijden en beheersen ^{12,13,18,57} C Praat mij geen schuldgevoel aan; laat merken dat mijn gedachten er mogen zijn ^{19,20} C Naasten laten merken dat zij om mij geven en bespreken de mogelijke gevolgen van zelfdoding ^{23,58} D Stel vragen en doe uitspraken die mij helpen om mijn gedachten, gevoelens en zorgen te kunnen bespreken; luister ook naar mijn niet-verwoorde boodschap en gevoelens ³² D Geef mij en mijn naasten hoop, maar geef geen valse geruststellingen ^{25,33,59} D Erken mijn lijden en praat open over mijn wens tot zelfdoding ^{19,43} D Maak mij duidelijk dat zelfdoding geen oplossing is; denk mee over oplossingen/alternatieven ^{11,13-15,19,43,54} B Moedig mij om aan te praten als ik mijzelf pijn wil doen of verwonden ⁵³ A Adviseer niet teveel alcohol en drugs te gebruiken, bied geschikte hulp aan bij een verslaving ^{17,29,60,61} Z Help mij bij een veilige omgeving, denk mee over het verwijderen of afgeven van spullen ^{11,12,15,21,31,37,53,54,57,62,63} Z Bespreek op een duidelijke manier de reden voor opname met mij en mijn naasten en benadruk dat de opname en beschermende maatregelen tijdelijk zijn ^{22,23,62,64} Z Maak duidelijk dat jij er voor mij bent, maar zorg dat ik niet te afhankelijk word ⁶⁵ Hulpverleners: Z Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling ^{12,15,18,21,22,25,54} Z Behandel de onderliggende oorzaak van mijn gedachten aan zelfdoding ^{21,29,37,43,57,60,63}						
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies R Ik doe dingen zonder er over na te denken en neem onverstandige risico's ^{5,11} R Ik moet nog dingen doen voordat ik dood kan gaan; ik geef spullen weg ^{1,5,46,49} V Ik kan niet goed voor mijzelf zorgen ^{46,62} C Ik ga contact vaak uit de weg, ben stil en teruggetrokken ^{5,11,46,49} C Ik denk dat het beter is als ik dood ben; raakt mij niet wat het met anderen doet ^{1-5,7,47} C Ik neem afscheid/heb afscheidsbrieven geschreven of er over nagedacht ^{2,4,5,49} D Ik heb vaak heftige, dwingende gedachten over zelfdoding en/of zie beelden over zelfdoding ^{1-5,47,48} D Ik denk na over een manier voor zelfdoding en heb al een plan gemaakt ¹⁻⁴ D Ik heb geen hoop en zie geen toekomst meer; ik wil graag dood zijn ^{1-5,7,16,47-50,66} D Ik ben somber, kijk niet meer naar de toekomst, heb weinig gezichtsuitdrukking ^{5,11,46,47,49} D Ik ben zo gespannen dat ik nieuwe dingen niet goed kan onthouden ⁶⁷ B Ik ben prikkelbaar en word sneller boos ⁴⁶ A Ik gebruik (ineens) veel alcohol en/of drugs ^{5,46,49,52}			Het gaat niet goed met mij C Ik maak niks kapot (relatie verbreken, ruzie maken) ⁸ D Ik stel niet te hoge eisen aan mijzelf ⁸ D Ik probeer mijn ademhaling rustig te krijgen/doe ademhalingsoefeningen ⁸ B Ik trek mij terug als ik de controle dreig te verliezen ⁸ A Ik probeer geen alcohol en/of drugs te gebruiken, bespreek het als ik veel zin heb om te gebruiken ^{8,9} Z Ik neem de medicatie in die mij aangeboden wordt ^{12,31,54,57}			Directief, afbakenen en controle overnemen R Motiveer mij om te gaan bewegen/sporten en om activiteiten te doen ^{55,62} V Ondersteun mij bij praktische zaken ¹⁷ V Help mij bij mijn persoonlijke verzorging en help mij genoeg te eten en drinken ^{40,54,62} C Let op de woorden die ik juist niet zeg en op mijn non-verbale boodschap ³² C Vraag of ik wil praten of liever samen iets anders wil doen ^{17,19,20} D Laat geen onduidelijkheden bestaan; wijs op verschillen tussen wat ik zeg en hoe ik dat zeg, tussen wat ik zeg en doe, en tussen wat ik en mijn naasten zeggen ^{6,26} Z Zorg voor een veilige omgeving; denk samen met mij na over spullen waarmee ik zelfdoding zou kunnen plegen en haal deze weg uit mijn omgeving ^{11,15,21,31,37,53,54,57,62,63,68-70} Z Zorg dat jij mij vaker ziet, maar maak geen "non-suicidecontract" ^{12,15,21,31,37,53,54,57,62,68,70-72} Z Neem een "niet-pluisgevoel" serieus ^{15,26,73} Hulpverleners: R Help mij als ik niet kan slapen, bijvoorbeeld met slaapmedicatie ⁶¹ Z Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling, bijvoorbeeld om bij mij te blijven ^{12,15,18,22,25,54,74} Z Bied zo-nodig-medicatie aan, controleer of ik de medicatie ingenomen heb ^{12,21,31,54,57,62,69}						
3	Zeer hoge spanning, controleverlies R Ik heb geen energie meer om te leven ^{2,4,62} C Ik wil soms niet meer praten, houd contact af en ben onrustig ^{2,4,11,46,50,51} C Ik vind dat ik nergens meer bij hoor (sociaal en emotioneel geïsoleerd) ^{5,18} D Ik heb steeds heftige, dwingende gedachten over zelfdoding en zie duidelijke beelden van mijn zelfdoding ^{1-5,47,48} D Ik heb een uitgebreid plan gemaakt en al voorbereidingen gedaan ¹⁻⁴			Het gaat slecht met mij Z Ik bescherm mijzelf; ik zorg dat ik niet alleen ben en in het zicht blijf ⁸ Z Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ^{8,76}			Ingrijpen en controle overnemen C Blijf bij mij in de buurt zonder contact met mij te verwachten ⁶⁵ D Maak mij duidelijk dat zelfdoding geen oplossing is ^{11,14,15} Z Geef uitleg bij alles wat er gebeurd zodat ik weet wat ik kan verwachten en waar ik aan toe ben ⁷⁴ Z Haal spullen waarmee ik zelfdoding zou kunnen plegen uit mijn directe omgeving ^{15,21,31,37,53,54,57,62,63,68-70,77}						

	D Ik zie geen reden om niet te kunnen sterven; leef alleen nog maar in afwachting van mijn dood, moet zelfdoding gaan plegen en doe dit zodra ik de kans heb ¹⁻⁴ D Ik ben emotioneel ontredderd, vind iedere minuut van mijn leven ondraaglijk ^{1-5,7,16,47,48,50} D Ik heb last van een tunnelvisie, zwart-witdenken. Ik maak dingen groter dan ze in het echt zijn ^{2,4,48,50,51,75} D Ik ben heel erg in de war; ik raak de grip op de werkelijkheid kwijt en kan gedachten of belevingen hebben die vreemd of onwaar zijn ^{4,47,50,51} D Ik denk niet dat anderen mij nog kunnen helpen ^{5,48,51} B Ik ben agressief en prikkelbaar, word snel boos ^{7,46,51}		Hulpverleners: B Zorg ervoor dat ik mijzelf/anderen geen pijn kan doen of kan verwonden ⁷⁸ Z Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat je eerst de minst beperkende interventies inzet ^{21,25,37,40,77-83} Z Verhoog het toezicht; bijv. naar hand-in-handbegeleiding. Plaats eventueel over naar de IC ^{15,21,37,40,53,54,57,62,68,70,71,77,79,83}
4	Ontspanning R Ik heb minder energie en voel mij uitgeput ^{2,4,46,47} D Ik schaam mij, ben angstig en overdonderd door wat er tijdens de crisis gebeurd is ^{18,48,50,51,84} D Ik ben blij dat ik een eventuele poging tot zelfdoding overleefd heb ⁸⁴ Z Ik ben bang voor een terugval, dat het weer minder goed zal gaan ³⁷	Het gaat weer beter met mij R Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ⁵⁶ D Ik zoek een goed evenwicht tussen wat ik kan en wat ik moet/wil doen ⁸ Z Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken en leer herkennen wat je aan mij kan zien als het minder goed met mij gaat ^{29,37} Z Ik werk mijn signaleringsplan bij ^{8,44,45}	Ondersteunende houding R Ondersteun mij bij een dagritme met genoeg rust, bied activiteiten/therapieën aan ⁵⁶ C Bespreek met mij op welke manier mijn naasten betrokken kunnen worden ^{19,21-25} Z Zorg bij ontslag voor goede nazorg en continuïteit van zorg ^{71,85} Z Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{29,37} Z Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{29,33,41,84,86} Z Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ^{14,15,17,19,21,31,37-45}

1. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 95-98 & 99-102.

2. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 88.

3. Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën. Factsheet Cognitieve gedragstherapie bij suïcidaleïteit. [Internet]. 2018. [Geraadpleegd op 30 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-suicidaliteit>.

4. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 288-289.

5. Kruij A de, Markx M, Maurik R van. Leven met een suïcidale naaste. [Internet]. Den Haag: MIND Ypsilon; 2020. p. 4. [Geraadpleegd op 28 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ypsilon.org/download/?id=19959896>

6. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 52-53.

7. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 113-117.

8. 113 zelfmoordpreventie. Wat kan je zelf doen? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.113.nl/over-suicidaliteit/wat-kan-je-zelf-doen>. Geraadpleegd op 30 december 2020.

9. Nederlands Huisartsen Genootschap. Adviezen wanneer U aan zelfdoding denkt. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/zelfdoding/ik-denk-aan-zelfdoding>. Geraadpleegd op 30 december 2020.

10. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 102-103.

11. 113 zelfmoordpreventie. Zelfmoordpreventiewijzer; Hoe help je iemand die aan zelfmoord denkt? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20midden/Zelfmoordpreventiewijzer.pdf>. Geraadpleegd op 30 december 2020.

12. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 63-73.

13. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 260.

14. Kruij A de, Markx M, Maurik R van. Leven met een suïcidale naaste. [Internet]. Den Haag: MIND Ypsilon; 2020. p. 10-11. [Geraadpleegd op 28 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ypsilon.org/download/?id=19959896>

15. Ivonne van de Ven Stichting. 10 Tips voor naasten. [Internet]. 2017. Beschikbaar via: <http://www.suicidepreventiecentrum.nl/wp-content/uploads/2020/05/Tips-voor-naasten.pdf>. Geraadpleegd op 4 januari 2021.

16. Ree B de, Woude J van der, Zandstra P, redacteurs, Suïcidaleïteit van begin tot eind, Verpleegkundige richtlijn. Utrecht: Stichting Rooddruk; 2001. p. 17-18.

17. Nederlands Huisartsen Genootschap. Wat kunt U doen voor uw naaste? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/zelfdoding/mijn-naaste-denkt-aan-zelfdoding>. Geraadpleegd op 30 december 2020.

18. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 51.

19. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 7-8. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.

20. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.

21. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 408-409.

22. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 70-71.

23. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 24-27. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.

24. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 21. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.

25. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.

26. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 233-237.

27. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 84-84.

28. Huisman A, Hulshof E, Boertien D, Heijnen I, Bergen D van. Bouwstenen voor lessen over het thema suïcidaleïteit en suïcidepreventie aan ervaringsdeskundigen in opleiding. [Internet]. p. 26. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: <http://www.suicidepreventiecentrum.nl/wp-content/uploads/2019/03/Basismodule-suicidaliteit.pdf>.

29. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 171-176.

30. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 40. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.

31. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 55-57.

32. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.

33. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.

34. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 12. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
35. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 21-22. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.
36. Kruijff A de, Markx M, Maurik R van. Leven met een suïcidale naaste. [Internet]. Den Haag: MIND Ypsilon; 2020. p. 7. [Geraadpleegd op 28 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ypsilon.org/download/?id=19959896>
37. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 35-38. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.
38. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 73-76.
39. Kruijff A de, Markx M, Maurik R van. Leven met een suïcidale naaste. [Internet]. Den Haag: MIND Ypsilon; 2020. p. 14. [Geraadpleegd op 28 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ypsilon.org/download/?id=19959896>
40. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
41. Kerkhof AJFM. De rol van de psychologie in suïcidepreventie. [Internet]. 2018. p. 2-7. [Geraadpleegd op 16 december 2020]. Beschikbaar via: http://www.suicidepreventiecentrum.nl/wp-content/uploads/2019/03/De_rol_van_de_psychologie_in_suicidepreventie_rede_11_december_definitief.pdf.
42. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 184-186.
43. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 21-22. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.
44. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 20-21. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
45. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 22-23. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
46. Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid. Signalen van suïcidaliteit. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.vvqi.nl/vragen/su%C3%A4Fcidaliteit/>. Geraadpleegd op 16 december 2020.
47. Kerkhof AJFM. De rol van de psychologie in suïcidepreventie. [Internet]. 2018. p. 2-7. [Geraadpleegd op 16 december 2020]. Beschikbaar via: http://www.suicidepreventiecentrum.nl/wp-content/uploads/2019/03/De_rol_van_de_psychologie_in_suicidepreventie_rede_11_december_definitief.pdf.
48. Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën. Factsheet Cognitieve gedragstherapie bij suïcidaliteit. [Internet]. 2018. [Geraadpleegd op 30 december 2020]. Beschikbaar via: <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-suïcidaliteit>.
49. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 252.
50. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 62-65.
51. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 64.
52. Ree B de, Woude J van der, Zandstra P, redacteurs. Suïcidaliteit van begin tot eind, Verpleegkundige richtlijn. Utrecht: Stichting Rooddruk; 2001. p. 9-11.
53. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 200-201.
54. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 237-240.
55. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 177-178.
56. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.
57. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 65-70.
58. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 103-105.
59. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 224-225.
60. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 105-113.
61. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 205.
62. Ree B de, Woude J van der, Zandstra P, redacteurs. Suïcidaliteit van begin tot eind, Verpleegkundige richtlijn. Utrecht: Stichting Rooddruk; 2001. p. 29-31.
63. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 256-257.
64. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 267-268.
65. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56.
66. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 49.
67. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 119.
68. Ree B de, Woude J van der, Zandstra P, redacteurs. Suïcidaliteit van begin tot eind, Verpleegkundige richtlijn. Utrecht: Stichting Rooddruk; 2001. p. 28.
69. GGZ Standaarden. Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. [Internet]. 2018. p. 22. [Geraadpleegd op 4 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_64c832c6-1fd1-493b-b31f-622f8f4ed6d6_diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag_authorized-at_22-02-2018.pdf.
70. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 194.
71. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 271.
72. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 181-183.
73. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 86-88.
74. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 63-64.
75. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 238.
76. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteurs. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/tra5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
77. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 303-304.
78. Butcher HK, Bulechek GM, Dochtermann JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
79. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 10-13. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at_21-02-2019.pdf.
80. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at_09-04-2019.pdf.

81. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 257.
82. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
83. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
84. Kerkhof A, Luyn B van, redacteurs. Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2016. p. 90.
85. Boven C van, Hemert AM van, Hummelen JW, Keijser J de, Kerkhof AJFM, Verweij B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 71-74.
86. Ree B de, Woude J van der, Zandstra P, redacteurs. Suïcidaliteit van begin tot eind, Verpleegkundige richtlijn. Utrecht: Stichting Rooddruk; 2001. p. 25.

BIJLAGE VIII STANDAARD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN - WANEN EN HALLUCINATIES

Standaard klinisch signaleringsplan: Wanen en hallucinaties

Naam patiënt:
Ambulante begeleiding:

Datum (aangemaakt/gewijzigd):
Contactpersoon:

Altrecht, afdeling

Fase	<i>R: rust en activiteit</i> Wat laat ik zien / wat voel ik?	<i>V: verzorging en voeding</i> Wat kan ik zelf doen?	<i>C: contact met anderen</i> Wat kunnen anderen doen?
0	<i>Evenwicht en controle</i> <i>R</i> Ik heb een goed dag/nachtritme ^{1,2} <i>R</i> Ik heb activiteiten om te ontspannen ¹⁻³ <i>V</i> Ik eet en drink goed ³⁻⁵ <i>V</i> Ik heb een verzorgd uiterlijk ^{5,6} <i>C</i> Ik heb belangstelling voor anderen ^{3,6} <i>D</i> Ik ben bezig met mijn toekomst ⁴ <i>D</i> Ik voel mij meestal ontspannen ^{2,6} <i>B</i> Ik schreeuw, scheld of dreig niet als ik boos ben ^{2,3,6} <i>A</i> Ik heb mijn alcohol- en drugsgebruik onder controle of gebruik het niet ²⁻⁴ <i>Z</i> Ik houd mij aan mijn afspraken ^{3,4} <i>Z</i> Ik neem mijn medicatie op tijd en in de juiste hoeveelheid in ⁴	<i>Het gaat goed met mij</i> <i>R</i> Ik ga op tijd naar bed en kom op tijd uit bed ^{1,2,4} <i>R</i> Ik onderneem ontspannende activiteiten ^{1,3} <i>V</i> Ik eet en drink gezond; neem ontbijt, lunch en avondeten ^{4,7} <i>V</i> Ik verzorg mijzelf goed ⁶ <i>C</i> Ik toon belangstelling naar anderen en vraag hoe het met hen gaat ^{3,6} <i>D</i> Ik maak plannen voor de toekomst ⁴ <i>B</i> Ik ga in gesprek als ik spanning voel of ik zoek zelf een goede oplossing ^{1,6} <i>A</i> Ik gebruik geen of zo min mogelijk alcohol en/of drugs en praat eerlijk over mijn gebruik ^{4,7} <i>Z</i> Ik kom mijn afspraken na ^{3,4} <i>Z</i> Ik blijf mijn medicatie op tijd en in de juiste hoeveelheid innemen, en verander niks zonder overleg met mijn behandelaar ⁴	<i>Positief bekrachtigen</i> <i>C</i> Toon belangstelling, maak een praatje, zoek contact met mij ⁸⁻¹⁰ <i>C</i> Wees eerlijk en respectvol, maak tijd voor mij ⁹⁻¹¹ <i>D</i> Gebruik makkelijkere gespreksonderwerpen, praat langzamer, gebruik korte zinnen en makkelijkere woorden, en herhaal dingen als ik last heb van hallucinaties ¹¹ <i>D</i> Benoem het als het goed met mij gaat en bekrachtig dit positief ^{6,9,10,12} <i>A</i> Ga in gesprek over mijn alcohol- en/of drugsgebruik ¹³ <i>Z</i> Geef uitleg en ga in gesprek over mijn kwetsbaarheid/behandeling; psycho-educatie ^{9,10,14} <i>Z</i> Wijs mij op de mogelijkheden van lotgenotengroepen, stemmenhoordersgroepen en ervaringsdeskundigen ¹⁵⁻¹⁷ <i>Z</i> Stel samen met mij en mijn naasten een signaleringsplan op of pas deze aan ¹⁸⁻²¹
1	<i>Oplopende spanning, angst voor controleverlies</i> <i>R</i> Ik slaap minder uren dan normaal (korter of tussendoor wakker) ^{1,2} <i>R</i> Ik trek mij meer terug, doe minder activiteiten of ben juist erg actief ¹⁻³ <i>V</i> Ik eet anders (meer/minder, op andere tijden of niet met de groep mee) ³⁻⁵ <i>V</i> Ik verzorg mijzelf minder goed ^{5,6} <i>C</i> Ik maak minder contact met anderen ^{3,6} <i>D</i> Ik voel mij onrustig, angstig of somber ^{2,6} <i>D</i> Ik heb meer gedachten of belevingen die vreemd of onwaar zijn, maar kan er nog wel tegenin gaan ^{2,6} <i>D</i> Ik hoor, zie, voel, proef of ruik dingen die anderen niet ervaren ^{2,6} <i>D</i> Ik ben meer met spiritualiteit of het geloof bezig ⁶ <i>D</i> Ik voel mij achterdochtiger ^{2,6} <i>D</i> Ik voel mij wat afwezig, heb meer moeite mijn aandacht erbij te houden ^{2,4} <i>B</i> Ik ben sneller geïrriteerd en boos ^{2,3,6} <i>A</i> Ik gebruik (meer) alcohol en/of drugs ⁴	<i>Het gaat minder goed met mij</i> <i>R</i> Ik zoek extra afleiding en rust in ontspannende activiteiten ¹⁻³ <i>R</i> Ik doe ontspanningsoefeningen ^{1,22} <i>D</i> Ik praat over mijn gevoelens, gedachten en belevingen ^{1,2,6} <i>D</i> Ik vraag mijn achterdocht na ^{6,7} <i>A</i> Ik praat over mijn alcohol en/of drugs gebruik ^{4,7} <i>Z</i> Ik neem mijn medicatie op tijd en in de juiste hoeveelheid in en gebruik (waar nodig) zo-nodig-medicatie ^{3,4,17} <i>Z</i> Ik probeer mij aan de structuur van fase 0 vast te houden ¹⁸⁻²¹	<i>Ondersteunende houding</i> <i>R</i> Help mij het dag/nachtritme te herstellen, geef adviezen over rust en beter slapen (slaaphygiëne) ^{9,10,23} <i>R</i> Nodig mij uit mee te doen aan het programma/activiteiten ^{9-11,24} <i>V</i> Ondersteun mij bij de voeding en verzorging ^{9,10} <i>C</i> Werk aan de onderlinge relatie en zorg dat je aanwezig en benaderbaar bent ^{9,10,25} <i>C</i> Leg nadruk op respect, wees eerlijk en maak tijd voor mij vrij ⁹⁻¹¹ <i>D</i> Gebruik makkelijkere gespreksonderwerpen, praat langzamer, gebruik korte zinnen en makkelijkere woorden, en herhaal dingen als ik last heb van hallucinaties ¹¹ <i>D</i> Benoem (veranderingen in) mijn gedrag, vraag wat er aan de hand is en wat jij voor mij kan doen ^{9,10,26} <i>A</i> Praat over mijn alcohol- en drugsgebruik en hoe ik minder kan gaan gebruiken of stoppen ¹³ <i>Z</i> Geef mij de gelegenheid om mijn waan of hallucinatie te bespreken ^{9,10} <i>Z</i> Moedig mij aan mijn wanen of gevoelens te bespreken voordat ik ernaar handel ^{9,10} <i>Z</i> Ga niet in discussie of de wanen en hallucinaties echt zijn ^{9,10} <i>Z</i> Richt je op mijn onderliggende gevoelens in plaats van op de inhoud van de hallucinatie of waan ^{9,10} <i>Z</i> Herinner mij aan mijn signaleringsplan ¹⁸⁻²¹ Hulpverleners: <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling ^{9,10,27} <i>Z</i> Bied zo-nodig-medicatie aan ^{9,10,28}
2	<i>Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies</i> <i>R</i> Ik slaap weinig of niet; ik put mijzelf uit ^{1,2,29} <i>V</i> Ik eet anders (heb achterdocht over het eten/drinken) ³⁻⁵ <i>V</i> Ik verzorg mijzelf niet goed ^{5,6} <i>C</i> Ik ben niet goed te volgen als ik praat ^{1,29} <i>D</i> Ik spreek achterdocht of vreemde gedachten hardop uit of vertel deze juist niet ^{2,6,29} <i>D</i> Ik hoor, zie, voel, proef of ruik dingen die anderen niet ervaren ^{2,29} <i>D</i> Ik voel mij erg angstig of somber ^{2,6} <i>B</i> Ik ben gespannen en reageer boos of dreigend ^{2,3,6,29} <i>B</i> Ik word boos bij het horen van een "nee" ^{2,3,6,29} <i>B</i> Ik ben agressief naar spullen ^{29,30} <i>B</i> Ik zoek grenzen op of ga discussies aan; heb hier nog wel controle over ^{2,3,21} <i>B</i> Ik schreeuw, ben cynisch, lach in mijzelf of daag uit ^{22,29,30}	<i>Het gaat niet goed met mij</i> <i>R</i> Ik probeer rust te nemen als anderen dat zeggen ^{4,21,22} <i>D</i> Ik praat over mijn gevoelens, gedachten en belevingen ^{4,11} <i>B</i> Ik laat mij aanspreken op mijn gedrag ^{4,21,22} <i>Z</i> Ik vraag zo-nodig-medicatie of neem deze in als het gegeven wordt ^{3,4}	<i>Directief, afbakenen en controle overnemen</i> <i>V</i> Help mij bij mijn persoonlijke verzorging en help mij genoeg te eten en drinken ^{9,10} <i>D</i> Gebruik makkelijkere gespreksonderwerpen, praat langzamer, gebruik korte zinnen en makkelijkere woorden, en herhaal dingen als ik last heb van hallucinaties ¹¹ <i>B</i> Stel grenzen aan gedrag dat niet kan/mag en neem de regie over waar nodig ^{20,21,26,31} <i>B</i> Zeg duidelijk welk gedrag gewenst is ^{9,10,20,21,26} <i>B</i> Geef korte, duidelijke en uitvoerbare opdrachten (afstemmen, afbakenen en alternatieven bieden) ^{9,10,20,21,27,31} <i>Z</i> Wees alert op wanen of hallucinaties met een (zelfgerichte) gewelddadige inhoud ^{9,10} <i>Z</i> Wees alert op signalen van katatonie ⁵ Hulpverleners: <i>R</i> Zorg voor het herstel van een goed dag- en nachtritme, indien nodig met slaapmedicatie ^{9,10,23} <i>B</i> Zorg voor een veilige ruimte waarin ik mijzelf/anderen geen pijn kan doen of kan verwonden ^{9,10,22,32} <i>B</i> Bied mij een time-out aan op mijn kamer of in de comfortroom ^{9,10,22,32} <i>Z</i> Overleg met een arts om verdere acties te bespreken ^{9,10,33-35} <i>Z</i> Betrek mijn naasten bij de opname en behandeling, bijvoorbeeld voor ondersteuning ^{9,10,27} <i>Z</i> Bied actief zo-nodig-medicatie aan ^{9,10,28,36}
3	<i>Zeer hoge spanning, controleverlies</i> <i>C</i> Ik sluit mij helemaal af van anderen en kan geen contact meer maken ²¹ <i>D</i> Ik heb heel veel last van achterdocht, wanen of ervaar dingen die anderen niet ervaren ^{2,6,29} <i>D</i> Ik voel mij heel angstig ²⁹ <i>D</i> Ik ben zo somber dat ik dood wil ²⁹ <i>B</i> Ik doe mijzelf pijn of verwond mijzelf ^{21,22,29} <i>B</i> Ik val anderen agressief aan, ik doe anderen pijn ^{21,22,29} <i>Z</i> Ik vind mijzelf niet ziek en geloof niet dat het niet goed met mij gaat ^{6,29}	<i>Het gaat slecht met mij</i> <i>Z</i> Ik probeer de zorg voor mij door de hulpverleners over te laten nemen, volg hun aanwijzingen op ^{4,21,22}	<i>Ingrijpen en controle overnemen</i> <i>C</i> Houd de hele tijd contact met mij ^{26,37} <i>D</i> Stel mij gerust en verzeker mij van mijn veiligheid ^{9,10,26} <i>D</i> Gebruik makkelijkere gespreksonderwerpen, praat langzamer, gebruik korte zinnen en makkelijkere woorden, en herhaal dingen als ik last heb van hallucinaties ¹¹ Hulpverleners: <i>Z</i> Neem de situatie en zorg helemaal over van mij en zorg voor externe structuur ^{9,10,22} <i>Z</i> Zorg voor een veilige omgeving voor mijzelf en anderen ^{9,10,21} <i>Z</i> Overleg met een arts over verder in te zetten interventies ^{9,10,21,33-35} <i>Z</i> Maak met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig; pas zo nodig vrijheidsbeperkende interventies toe; zorg dat eerst de minst beperkende interventies toegepast worden ^{32,38-45}

			Z Schaal de zorg op als dit nodig is; 1-op-1 begeleiding, overplaatsing naar de IC of separatie ^{9.10.21.38.43.45}
4	Ontspanning D Ik voel mij rustig ²¹ D Ik moet verwerken wat er tijdens mijn crisis gebeurd is ²¹ D Ik voel mij misschien schuldig en schaam mij over wat er tijdens de crisis gebeurd is ²¹	Het gaat weer beter met mij R Ik rust of slaap meer als ik moe ben, doe overdag een dutje ²³ C Ik probeer het contact met anderen te herstellen ²¹ D Ik ga in gesprek om de crisis na te bespreken ²¹ Z Ik kijk naar wat mij geholpen heeft in mijn crisis en werk mijn signaleringsplan bij ¹⁸⁻²¹	Ondersteunende houding C Maak en houd contact met mij, en herstel het contact als dat nodig is ^{21.22} D Toon begrip en ga in gesprek over schuldgevoelens ²¹ Z Evalueer de crisissituatie en (dwang) behandeling met mij en mijn naasten ^{21.46} Z Werk samen met mij en mijn naasten mijn signaleringsplan bij ¹⁸⁻²¹

1. Stichting Psychosenet. Fase 1: Vroege fase; Bijsturing. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/fasen-psychose-en-herstel/fase-1-vroege-fase/>. Geraadpleegd op 2 november 2020.
2. Scholten R, Hulsman T, Bakel M van, Boertien D, redacteurs. WRAP WELLness Recovery Action Plan. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos en Heel; 2014. p. 3/89.
3. Scholten R, Hulsman T, Bakel M van, Boertien D, redacteurs. WRAP WELLness Recovery Action Plan. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos en Heel; 2014. p. 3/86.
4. Stichting Psychosenet. Fase 2: Overweldigd zijn door de psychose; Verloop van deze fase. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/fasen-psychose-en-herstel/fase-2-overweldigd-zijn>. Geraadpleegd op 2 november 2020.
5. Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van, Zoeteman JB, redacteurs. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2017. p. 448.
6. Stichting Psychosenet. Fase 1: Vroege fase; Dit zijn een aantal typische voorbeelden van vroege symptomen. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/fasen-psychose-en-herstel/fase-1-vroege-fase/>. Geraadpleegd op 2 november 2020.
7. Stichting Psychosenet. Tips bij een psychose; Wat kan je zelf doen? [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/psychose/tips-bij-psychose/>. Geraadpleegd op 2 november 2020.
8. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56-57.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 466.
10. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 217-218.
11. Bowers L, Brennan G, Winship C, Theodoridou C. Talking with acute psychotic people. Londen: City University London; 2009. p. 59-60.
12. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 474.
13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 298.
14. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Psychose. [Internet]. 2017. p. 43-45. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose>.
15. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. [Internet]. 2012. p. 139. [Geraadpleegd op 9 november 2020]. Beschikbaar via: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/06b5fc38-cf0b-4e43-bac9-7aef4b67a9c5.pdf>.
16. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 270.
17. GGZ Standaarden. Generieke module Stemmen horen. [Internet]. 2017. p. 60. [Geraadpleegd op 23 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_46a2e043-ae1f-4600-8eff-4c9e7e1a4c01_stemmen-horen_authorized-at-20-11-2017.pdf.
18. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. [Internet]. 2012. p. 138. [Geraadpleegd op 9 november 2020]. Beschikbaar via: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/06b5fc38-cf0b-4e43-bac9-7aef4b67a9c5.pdf>.
19. GGZ Standaarden. Generieke module Stemmen horen. [Internet]. 2017. p. 50. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_46a2e043-ae1f-4600-8eff-4c9e7e1a4c01_stemmen-horen_authorized-at-20-11-2017.pdf.
20. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 134.
21. Gool M van. Het crisisonwikkelingsmodel van Trifier. [Internet]. 2016. p. 1-5. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.trifier.nl/files/modellen/hetcrisisonwikkelingsmodelversie2016.pdf>.
22. Niehoff H, Didden R, Valenkamp M, Rutten E, redacteurs. Werkboek Grip op Agressie - Module 4 Omgaan met boosheid en Agressie Basis. [Internet]. 2018. p. 23-24. [Geraadpleegd op 16 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.trajectum.nl/sites/default/files/traj5185_module_4_-_boosheidagressie_werkboek_29jan_0.pdf.
23. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 393-394.
24. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 57-58.
25. GGZ Standaarden. Generieke module herstelondersteuning. [Internet]. 2017. p. 69. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_1a5f2115-b60f-4acc-b9ed-66b7766f8dd3_herstelondersteuning_authorized-at-14-11-2017.pdf.
26. GGZ standaarden. Zorgstandaard Psychose. [Internet]. 2017. p. 83. [Geraadpleegd op 23 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose>.
27. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Psychose. [Internet]. 2017. p. 81. [Geraadpleegd op 23 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose>.
28. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 462-463.
29. Stichting Psychosenet. Fase 2: Overweldigd zijn door de psychose; Veel voorkomende symptomen van psychose. [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/fasen-psychose-en-herstel/fase-2-overweldigd-zijn/>. Geraadpleegd op 2 november 2020.
30. GGZ Standaarden. Zorgstandaard Psychose. [Internet]. 2017. p. 33. [Geraadpleegd op 2 november 2020]. Beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose>.
31. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 214.
32. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 383-384.
33. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 388-389.
34. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 468-469.
35. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 106.
36. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 291.
37. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 56.
38. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 22-24. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
39. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Verpleegkundige interventies. Houten: Bohn Stafleu van Loghem; 2020. p. 103-104.
40. GGZ Standaarden. Generieke module Acute psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 60-61. [Geraadpleegd op 13 november 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at-09-04-2019.pdf.
41. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Acute psychiatrie 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/cce210f813b9fc7f2f6390dd4678603e.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
42. GGZ Standaarden. Samenvattingskaart generieke module Dwang en drang 2019. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/f91634cdc26ded7a56480ee4a0474413.pdf. Geraadpleegd op 13 november 2020.
43. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 10-13. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.
44. GGZ Standaarden. Generieke module Acute Psychiatrie. [Internet]. 2019. p. 8-9. [Geraadpleegd op 3 januari 2021]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_d9a4f0f6-c812-4fea-baef-96fb7a9cf8f8_acute-psychiatrie_authorized-at-09-04-2019.pdf.
45. Federatie Medisch Specialisten. Dwang en drang in de GGZ. [Internet]. 2016. p. 43. [Geraadpleegd op 15 november 2020]. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html.
46. GGZ Standaarden. Generieke module Dwang en drang. [Internet]. 2019. p. 18-19. [Geraadpleegd op 15 december 2020]. Beschikbaar via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_29a4e49f-834b-455e-8463-bd27eb5f144f_dwang-en-drang_authorized-at-21-02-2019.pdf.

BIJLAGE IX GEPERSONALISEERD KLINISCH SIGNALERINGSPLAN

Klinisch Signaleringsplan van: ..
Ambulante begeleiding: ..

Datum (aangemaakt/gewijzigd): ..
Contactpersoon: ..

Altrecht, afdeling ..

Stressfactoren/aanleidingen							Beschermdende factoren						
-							-						
-							-						
-							-						

	<i>R: rust en activiteit</i>	<i>V: verzorging en voeding</i>	<i>C: contact met anderen</i>	<i>D: denken en voelen</i>	<i>B: boosheid</i>	<i>A: alcohol en drugs</i>	<i>Z: zorg</i>
Fase	Wat laat ik zien / wat voel ik?			Wat kan ik zelf doen?		Wat kunnen anderen doen?	
0	Evenwicht en controle			Het gaat goed met mij		Positief bekrachtigen	
	BVC:	Kennedy:	1-	2-	3-	4-	
1	Oplopende spanning, angst voor controleverlies			Het gaat minder goed met mij		Ondersteunende houding	
	BVC:	Kennedy:	1-	2-	3-	4-	
2	Hoge spanning, gedeeltelijk controleverlies			Het gaat niet goed met mij		Directief, afbakenen en controle overnemen	
	BVC:	Kennedy:	1-	2-	3-	4-	
3	Zeer hoge spanning, controleverlies			Het gaat slecht met mij		Ingrijpen en controle overnemen	
	BVC:	Kennedy:	1-	2-	3-	4-	
4	Ontspanning			Het gaat weer beter met mij		Ondersteunende houding	
	BVC:	Kennedy:	1-	2-	3-	4-	

BIJLAGE X THEMA-OVERZICHT

Thema-overzicht: "Van een standaard naar een gepersonaliseerd KSP"

In dit overzicht staan alle signalen en interventiethema's vanuit de zes standaard Klinische Signaleringsplannen (Angst, Agressie, Ontremming, Sombereheid, Suïcidaliteit en Wanen & Hallucinaties). Deze zijn uitgewerkt vanuit de thema's die ook terugkomen in het standaard KSP; **R**: rust en activiteit, **V**: verzorging en voeding, **C**: contact met anderen, **D**: denken en voelen, **B**: boosheid, **A**: alcohol en drugs, **Z**: zorg. Dit overzicht kan meegenomen worden in gesprek met de patiënt bij het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Het kan helpend zijn om per thema te kijken of deze van toepassing is, aan welke signalen er gedacht kan worden en wat passende interventies kunnen zijn. Door deze 7 thema's te bespreken weet je zeker dat je geen belangrijke aspecten vergeet mee te nemen in het KSP. Het kan het gesprek vergemakkelijken en er staan ideeën voor interventiethema's om persoonlijke interventies te kunnen formuleren.

Thema	Signalen	Interventiethema's
R: Rust en activiteit	- (Dag)structuur - Slaappatroon en dag/ nachtritme - Energie en beweging - Activiteiten en ontspanning - Beslissingen en risico's nemen - Financiën en uitgaven	- Slaappatroon, dag/nachtritme en structuur - Weekschema en dagprogramma - Rust(momenten) - Uitleg/informatie geven, psycho-educatie - Afleiding en ontspanning - Beweging/ sport - Activiteiten/ therapieën/ programma/ werk - Beperken van schade - Financiën/uitgaven
V: Verzorging en voeding	- Voeding, gewicht en gezondheid/ leefstijl - Verzorging/ ADL en uiterlijke verschijning	- Eten en drinken - Gewicht en wegen - Leefstijl - Praktische zaken (ondersteunen/ overnemen) - Persoonlijke verzorging/ zelfzorg
C: Contact met anderen	- Contact zoeken en maken - Communicatie en omgang - Relaties/ contact met anderen - Seksualiteit	- Contact met anderen, relaties/ relatieproblemen - Omgang met elkaar - Nabijheid/ aanwezigheid/ beschikbaarheid - Aandacht/ interesse/ belangstelling - Gesprekken voeren/ luisteren - In gesprek gaan over problemen en gedachten - Grenzen stellen - Non-verbale communicatie - Sturen van gedrag/ gewenst gedrag - Uitingen van seksualiteit
D: Denken en voelen	- Suïcidaliteit - Stemming - Gedachten/ verwardheid - Controle/ aandacht - Spanning/ angst - Lichamelijke belevingen - Verleden/ toekomst/ perspectief - Na de crisis - (Zelf)bewustzijn/ inzicht	- Contact en communicatie, gesprekken - In gesprek over gedachten aan/ neiging tot zelfbeschadiging/ zelfdoding - Bescherming/ veiligheid bieden - Sterke kanten/ wat gaat er goed, - Risico- en beschermende factoren - (Onderliggende) problemen - Gedrag - Stemming - Gedachten en belevingen, (schuld)gevoelens - Spanning/ angsten - Lichamelijke klachten - Activiteiten/ afleiding - Grenzen stellen - Verwardheid/ wanen en hallucinaties - (Toekomst)perspectief/ doelen en waarden in het leven - Crisis nabespreken/ evalueren
B: Boosheid	- Spanning - Boosheid/ agressie - Boosheid/ agressie naar zichzelf	- Spanning voelen/ prikkelbaarheid - Communicatie en contact - Uiten van boosheid - Rust nemen/ time-out - Onacceptabel gedrag, grenzen stellen - Ruzie, conflicten - Dreigend controleverlies - Gevaar voor/ agressie naar anderen - Zelfbeschadiging, gevaar voor/ agressie naar zichzelf - Bescherming/ veiligheid - Toezicht/ intensiteit van zorg - Medicatie (zo nodig/ dwang) - Controle/ regie/ situatie overnemen, Ingrijpen - Vrijheidsbeperkende interventies/ dwang en drang
A: Alcohol en drugs	- Gebruik van alcohol en/of drugs - Verslaving	- Mate van gebruik - In gesprek over gebruik - Zin/ trek, craving - Hulp bij verslaving

Z: Zorg	- Ziekte-inzicht/ besef en signalering - Behandeling/ medicatie/ veiligheid	- Signaleringsplan (KSP/ CPAP) - Ziekte/ stoornis/ signalen/ verschijnselen - Psycho-educatie/ uitleg over opname en behandeling - Eigen rol en rol van naasten in de behandeling - Eerdere ervaringen - (Behandel)relatie - Afspraken maken/ nakomen - Behandelen psychische problematiek en medicatie - Veiligheid/ gevaar, zorg/ regie/ situatie overnemen - Omgeving/ ruimtes - Toezicht/ intensiteit van zorg (opschalen/ afschalen) - Vrijheidsbeperkende interventies/ dwang en drang - "Niet-pluisgevoel" - Lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen - Ontslag en nazorg
----------------	--	---

BIJLAGE XI EVALUATIE VRAGEN

Evaluatievragen voor 24-uurs medewerkers

START evaluatievragen:

1. Zijn de uitleg en formats duidelijk over het werken met KSP's? Zo nee, wat kan er duidelijker?
2. Weet je wie van jouw afdeling aandachtsfunctionaris is voor het KSP?
3. Heb jij al eens een KSP opgesteld?

▪ *Vraag 3 beantwoord met NEE; dan onderstaande vragen*

1. Wat is de reden dat je nog geen KSP hebt opgesteld?
2. Wat denk je dat de reden is dat er met KSP's wordt gewerkt/ gewerkt gaat worden?
3. Ben je bereid tot het opstellen van KSP's?
4. Wat heb je ervoor nodig om KSP's op te gaan stellen? En welke rol zouden aandachtsfunctionarissen hierin kunnen vervullen?
5. Wat kan er makkelijker in het werken met KSP's? Welke positieve items kunnen meer benadrukt worden?

▪ *Vraag 3 beantwoord met JA; dan onderstaande vragen*

1. Hoe ervaar je het werken met standaard KSP's? En welke ondersteuning zou je nog graag willen ontvangen?
2. Hoe ervaar je het omzetten van een standaard KSP naar een gepersonaliseerd KSP? En welke ondersteuning zou je nog graag willen ontvangen?
3. Hoe ervaar je de formats voor de standaard en gepersonaliseerde klinische signaleringsplannen? Welke ruimte voor verbetering zie je?
4. Hoe ervaar je het werken met KSP's?
5. Op welke momenten vul je bij voorkeur een gepersonaliseerd KSP in?
6. Hoe lukt het om de naasten en ambulante behandelaar te betrekken?
7. Hoe wordt de ervaringsdeskundige betrokken bij het werken met KSP's?
8. Zouden artsen/ anderen meer betrokken kunnen worden en zo ja, hoe dan?
9. Hoe ervaar je de rol van de aandachtsfunctionarissen?

VERVOLG evaluatievragen

4. Welke tips en adviezen heb je betreffende de implementatie op andere HIC's?
5. Wat zou er in de samenwerking tussen de verschillende afdelingen gedaan kunnen worden m.b.t KSP's?

6. Wat zou er verbeterd moeten worden om het werken met KSP's tot een succes te maken?
7. Wat zijn we vergeten te vragen maar wil je graag nog kwijt?

Evaluatievragen voor behandelaren

1. Zijn de uitleg en formats duidelijk over het werken met KSP's? Zo nee, wat kan er duidelijker?
2. Op welke manier werk je met KSP's?
3. Ervaar je een meerwaarde in het werken met KSP's?
4. Wat kan jouw rol zijn tijdens het opstellen van KSP's?
5. Welke momenten vind je passend om (het opstellen van) een KSP te bespreken?
6. Wat is je mening over het betrekken van behandelaren bij het opstellen van een KSP?
7. Hoe ervaar je de formats voor de standaard en gepersonaliseerde signaleringsplannen? Welke ruimte voor verbetering zie je?
8. Wat zou er verbeterd moeten worden om het werken met KSP's tot een succes te maken?

BIJLAGE XII DRAAGVLAK PRESENTATIE

Bijgevoegde draagvlak presentatie kan gebruikt worden om diverse doelgroepen te informeren rondom het gebruik van klinische signaleringsplannen.

**Naar een Klinisch Signaleringsplan
op de HIC in 7 stappen**

De KSP7s methodiek

Presentaties voor alle doelgroepen
Implementatie Klinische signaleringsplannen (KSP's)

Versie september 2021



ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

1

Deze PowerPoint bevat vijf presentaties in één:

De implementatie van de Klinische signaleringsplannen voor de volgende doelgroepen op de HIC:

- Projectleiders en management
- 24 uren zorgmedewerkers
- Aandachtsfunctionarissen
- Behandelaren

Een separate presentatie:

- Draagvlakpresentatie Klinisch redeneren: signaleringsplannen



ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

2

INHOUD

Presentatie voor projectleiders en management	p.4-16
Presentatie voor 24 uren zorgmedewerkers	p.17-30
Presentatie voor aandachtsfunctionarissen	p.31-33
Presentatie voor behandelaren	p.34-43
Draagvlak presentatie Klinisch redeneren: signaleringsplannen	p.44-61

ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

3

**Presentatie voor projectleiders
en management**

Zie tevens de presentatie Klinisch redeneren: signaleringsplannen



ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

4

Waar is het begonnen:

- HIC Altrecht: eerdere implementatiepogingen voor het werken met KSP's zijn niet gelukt, maar het werken ermee is wel **verplicht** en een onderdeel van de **HIC-monitor**.
- De **meerwaarde** is **aangevoeld** en wordt ook gezien: bijvoorbeeld doordat hulpverleners **beter aan kunnen sluiten bij de patiënt**
- Signaleringsplannen kunnen **escalatie en dwangmaatregelen voorkomen of verminderen**
- Tijdens Post-hbo opleiding HIC psychiatrie hebben Robert Eijpe en Marlies van der Pas (Regieverpleegkundigen HIC Altrecht) een **verbeter- en implementatieplan** opgesteld
- Na de opleiding heeft de **HU voorgesteld om samen te werken**
- Een **subsidie** is aangevraagd en verkregen bij **ZonMw** om hier een groter project van te kunnen maken. Hierover meer bij de **doelstelling**.

ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

5

Wie zijn betrokken?

Projectleider:

- **Suzanne Verschueren** HU docent/ studieleader post HBO HIC/Epidemioloog i.o.

Projectleden:

- **Roland v/d Sande** HU Hoofd Docent / Onderzoeker Parnassia GGZ
- **Marlies v/d Pas** Regieverpleegkundige HIC Altrecht
- **Robert Eijpe** Regieverpleegkundige HIC Altrecht/ trainer de-escalierend werken
- **Eric Zuidhoek** Manager HIC, Altrecht

Stuurgroep:

- **Karin Hamers** HU opleidingsmanager Post HBO verpleegkunde
- **Harry Kwast** Sector Manager Spoedeisende Psychiatrie, Altrecht

En verder:

- **ZonMw, Jeroen de Roos (ervaringsdeskundige), patiëntenraad, familiairaad, GGZ Academy, HIC Altrecht**

ALTRÉCHT STREEKDEEL IN
GEZONDHEID EN ZIEKENZORG HOGESCHOOL
UTRECHT

6

Doelstelling

Het **doel van het project** is het **beschikbaar stellen** van materialen voor alle **geïnteresseerde HIC's in Nederland**. Dit zal onder andere bestaan uit:

- (1) **Interventiebundel**
 - 6 standaard KSP's
 - Format gepersonaliseerd KSP
- (2) **Implementatiebundel**
 - Werkwijze
 - Tips en adviezen
 - Thema-overzicht
- (3) **Scholingsmateriaal**
- (4) **Literatuurstudie**

Met deze materialen zou elke HIC voldoende basis moeten krijgen om zelf aan de slag kunnen gaan met de implementatie van de KSP's en het **gebruik maken van de 7 stappen methodiek**.

ALTRECHT

7

7 stappen methodiek

Doel:

Het doel van de 7 stappen methodiek is om van een standaard Klinisch Signaleringsplan (KSP) naar een gepersonaliseerd KSP te komen. In de eerste vijf dagen van opname wordt een standaard KSP gebruikt om crisissignalen te herkennen en om te buigen. Tevens kan het standaard KSP in de eerste vijf dagen dienen als gesprekshulpmiddel; hieruit kunnen relevante onderdelen gekozen of aangevuld worden door de patiënt.

In de eerste vijf dagen van opname ontstaat een beeld van de patiënt en welke interventies effectief en relevant kunnen zijn, deze gegevens horen, naast de input van patiënt, ambulant en naasten, opgenomen te worden in het gepersonaliseerde KSP.

ALTRECHT

8

Stap 1

Werkwijze:

1. **Ga het opnamedoel na, bekijk welke crisissignalen op de voorgrond staan en kies een standaard KSP:**

Kies bij opname (in overleg met de opnemend arts) het standaard KSP dat het best passend is bij het opnamedoel. Indien er al een gepersonaliseerd KSP aanwezig is kunnen stap 1 t/m 4 overgeslagen worden. De volgende zes standaard KSP's zijn beschikbaar:

- Aggressie
- Angst
- Ontremming
- Sombereheid
- Suïcidaliteit
- Wanen & Hallucinaties

ALTRECHT

9

Stap 2 t/m 4

2. **Ga na welke interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen en selecteer deze:**

Bekijk de eerste vijf dagen van opname welke signalen en interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen van de patiënt en verwerk deze in het gepersonaliseerde KSP. Bespreek, indien mogelijk, met de patiënt het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Gebruik het gekozen standaard KSP, het thema-overzicht en eventueel een voorbeeld gepersonaliseerd KSP als hulpmiddel hierbij.

3. **Beschrijf herstelondersteunende en de-escalerende interventies die succesvol kunnen zijn d.m.v. hersteigerichte taal (door ervaringsdeskundigen):**

De ervaringsdeskundige (of andere collega) gaat in gesprek over herstelondersteunende en de-escalerende interventies en doet nabesprekingen van vormen van verplichte zorg. Hieruit kunnen signalen en interventies meegenomen worden als input voor het gepersonaliseerde KSP.

4. **Heb aandacht voor perspectieven van naasten en ambulant:**

Vraag ambulant en naasten of zij input hebben voor het gepersonaliseerde KSP. Een aanwezig ambulant Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) kan ook gebruikt worden voor extra informatie of input.

ALTRECHT

10

Stap 5 t/m 7

5. **Houdt de voortgang bij, check de volledigheid van het KSP en werk deze bij waar nodig:**

Met de stappen 2 t/m 4 is er een concept gepersonaliseerd KSP tot stand gekomen. Dit KSP kan gedurende de gehele opname (en evt. volgende opnames) aangepast en bijgewerkt worden. Ga bij het ochtendoverleg na of patiënten een KSP hebben en maak hier afspraken over (wie, wat, wanneer). Bespreek bij het ZAG het KSP of attendeer hier men erop.

6. **Personaliserende KSP – beschrijf observaties en effectief ingezette interventies:**

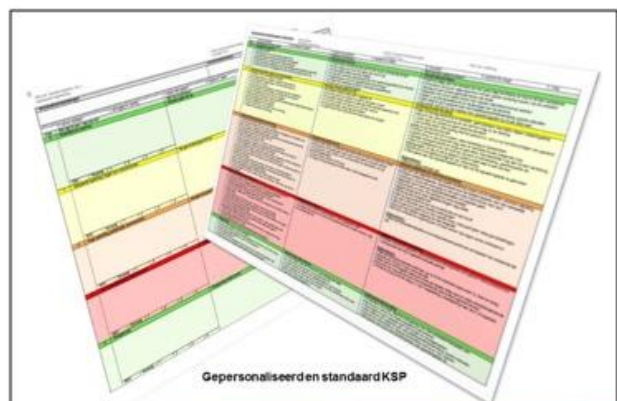
Wees creatief met interventies en durf “out-of-the-box” te denken. Benoem in het KSP ook wat niet werkt. Probeer rekening te houden met communicatievalkuilen en eventuele weerstand van de patiënt. Behandelaars leveren input voor het KSP. Bespreek het KSP met collega's en kijk of het team op een lijn staat wat betreft interventies. Neem de scores vanuit de crisismonitor (BVC, Kennedy) op in het KSP.

7. **Draag het gepersonaliseerde KSP over aan ambulant of een vervolgafdeling:**

Biedt de patiënt en naasten een geprinte versie aan van het gepersonaliseerde KSP. Attendeer betrokkenen bij het ontslag-ZAG of een overplaatsing op het opgestelde KSP.

ALTRECHT

11



ALTRECHT

12

Thema-overzicht

In het thema-overzicht staan alle signalen en interventiethema's vanuit de zes standaard Klinische Signaleringsplannen. Deze zijn uitgewerkt vanuit de thema's die ook terugkomen in het standaard KSP: R: **rust en activiteit**, V: **verzorging en voeding**, C: **contact met anderen**, D: **denken en voelen**, B: **boosheid**, A: **alcohol en drugs**, Z: **zorg**. Dit overzicht kan meegenomen worden in gesprek met de patiënt bij het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Het kan helpend zijn om per thema te kijken of deze van toepassing is, aan welke signalen er gedacht kan worden en wat passende interventies kunnen zijn. Door deze 7 thema's te bespreken weet je zeker dat je geen belangrijke aspecten vergeet mee te nemen in het KSP. Het kan het gesprek vergemakkelijken en er staan ideeën voor interventiethema's om persoonlijke interventies te kunnen formuleren. Gebruik dit overzicht ook als het standaard KSP onvoldoende aansluit op de complexe problematiek.

Thema	Signalen	Interventiethema's
R: Rust en activiteit	- Slapeloosheid - Overmatige en/of te weinig rust - Energie en beweging - Activiteiten en uitdaging - Bezoeken en bezoeken nemen - Preventie en veiligheid	- Beveiliging, begeleiding en structuur - Medicatie en begeleiding - Buizenmonitors - Liftoverstroom geven, zelfredzaamheid - Afleiding en ontspanning - Beweging en sport - Activiteiten/therapeutische programma's - Beveiliging van verpleeg - Ernstig verplegen - Ernstig denken - Gevoel en energie - Lustig - Praktische zaken (onderhouden van mensen) - Personale verzorging/behoud
V: Verzorging en voeding	- Voeding, gewicht en gezondheid status - Verzorging ADL en andere verzorging	- Ernstig denken - Gevoel en energie - Lustig - Praktische zaken (onderhouden van mensen) - Personale verzorging/behoud

ALTRECHT Hogeschool Utrecht

Presentatie voor projectleiders en medewerkers 13

13

Pilot HIC Altrecht

Binnen de HIC van Altrecht (3 High Care afdelingen met 16 bedden en 1 IC afdeling met 5 bedden) heeft een pilot plaatsgevonden m.b.t. het werken met de Klinische signaleringsplannen. Bij meer dan 40% van de medewerkers is een interview afgenomen hoe zij het werken met de KSP's ervaren. De uitkomsten van deze evaluatie zijn gebruikt om de werkwijze en producten te verbeteren. Daarnaast zijn er tips & tricks uitgekomen die later in deze presentatie aan bod komen. Hieronder staan wat quotes uit de interviews:

"Een patiënt dacht dat hij weinig zelf ondernam, maar bij het opstellen van het KSP bleek dat hij toch al veel zelf deed"

"Het is niet zomaar iets administratiefs erbij: het kan levensreddend zijn voor de patiënt"

"Het opstellen van de KSP's is niet altijd even makkelijk. Dat ligt soms ook aan de patiënt zelf: hoe leuk die het vindt en hoe de patiënt wel of niet meewerkt."

"Het zorgt voor meer gepersonaliseerde zorg en voor meer inspraak van de patiënt"

"Het is leuk, ik leer de patiënten wat beter kennen"

ALTRECHT Hogeschool Utrecht

Presentatie voor projectleiders en medewerkers 14

14

Tips voor projectleiders

- Maak een tijdsplanning voor het implementatie-project: neem voldoende de tijd voor de implementatie
- Geef bij de start van de implementatie voldoende uitleg over de achtergrond van KSP's, de werkwijze (7 stappen), de standaard KSP's en het geïndividualiseerde KSP.
- Draag er zorg voor dat er minimaal 2 aandachtsfunctionarissen per afdeling aangesteld worden. Organiseer geregeld een overleg met de aandachtsfunctionarissen en bespreek wat er goed gaat, wat er effectiever kan en of zij wat nodig hebben.
- Geef voldoende aandacht aan het nut en de noodzaak van een KSP, dit zorgt voor meer draagvlak. Hiervoor kan de draagvlakpresentatie gebruikt worden.
- Betrek vanaf het begin de aandachtsfunctionarissen, ervaringsdeskundigen en behandelaren
- Vier successen (bijvoorbeeld door er aandacht aan te schenken of met taart)

ALTRECHT Hogeschool Utrecht

Presentatie voor projectleiders en medewerkers 15

15

- Ondanks de meerwaarde is het lastig om alle medewerkers mee te krijgen in nieuwe ontwikkelingen! Het kost tijd, energie en een lange adem om tot een effectieve implementatie te komen. Het werken met de KSP's moet langzaam aan routine gaan worden.
- Heldere informatie leidt niet perse tot het opstellen van een KSP door de medewerkers, het verplicht stellen en zachte dwang wel. Denk aan de teamleider of behandelaren die zich hier over uitspreken en de medewerkers motiveren.
- Zorg dat het EPD het werken met de KSP's voldoende ondersteunt
- Zorg voor geprinte versies van de standaard KSP's. Deze kunnen gebundeld worden in een mapje of los beschikbaar zijn. Een geprinte en eventueel geplastificeerde versie op A3 formaat kan fijn werken om mee naar de patiënt te nemen.

ALTRECHT Hogeschool Utrecht

Presentatie voor projectleiders en medewerkers 16

16

Presentatie voor 24 uren medewerkers

Zie tevens de presentatie Klinisch redeneren: signaleringsplannen



ALTRECHT Hogeschool Utrecht

17

17

Waar is het begonnen:

- HIC Altrecht: eerdere implementatiepogingen voor het werken met KSP's zijn niet gelukt, maar het werken ermee is wel **verplicht** en een onderdeel van de **HIC-monitor**.
- De **meerwaarde** is **aangevoeld** en wordt ook gezien; bijvoorbeeld doordat hulpverleners **beter aan kunnen sluiten bij de patiënt**
- Signaleringsplannen kunnen **escalatie en dwangmaatregelen voorkomen of verminderen**
- Tijdens Post-hbo opleiding HIC psychiatrie hebben Robert Eljpe en Marlies van der Pas (regieverpleegkundigen HIC Altrecht) een **verbeter- en implementatieplan** opgesteld
- Na de opleiding heeft de **HU voorgesteld om samen te werken**
- Een **subsidie** is aangevraagd en verkregen bij **ZonMw** om hier een groter project van te kunnen maken. Hierover meer bij de **doelstelling**.

ALTRECHT Hogeschool Utrecht

Presentatie voor 24 uren medewerkers 18

18

Doelstelling

Het **doel van het project** is het **beschikbaar stellen** van materialen voor alle **geïnteresseerde HIC's in Nederland**. Dit zal onder andere bestaan uit:

- (1) **Interventiebundel**
 - 8 standaard KSP's
 - Format gepersonaliseerd KSP
- (2) **Implementatiebundel**
 - Werkwijze
 - Tips en adviezen
 - Thema-overzicht
- (3) **Scholingsmateriaal**
- (4) **Literatuurstudie**

Met deze materialen zou elke HIC voldoende basis moeten krijgen om zelf aan de slag kunnen gaan met de implementatie van de KSP's en het **gebruik maken van de 7 stappen methodiek**.

ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

19

19

7 stappen methodiek

Doel:

Het doel van de 7 stappen methodiek is om van een standaard Klinisch Signaleringsplan (KSP) naar een gepersonaliseerd KSP te komen. In de eerste vijf dagen van opname wordt een standaard KSP gebruikt om crisissignalen te herkennen en om te buigen. Tevens kan het standaard KSP in de eerste vijf dagen dienen als gesprekshulpmiddel; hieruit kunnen relevante onderdelen gekozen of aangevuld worden door de patiënt.

In de eerste vijf dagen van opname ontstaat een beeld van de patiënt en welke interventies effectief en relevant kunnen zijn, deze gegevens horen, naast de input van patiënt, ambulant en naasten, opgenomen te worden in het gepersonaliseerde KSP.

ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

20

20

Stap 1

Werkwijze:

1. **Ga het opname doel na, bekijk welke crisissignalen op de voorgrond staan en kies een standaard KSP;**

Kies bij opname (in overleg met de opnemend arts) het standaard KSP dat het best passend is bij het opname doel. Indien er al een gepersonaliseerd KSP aanwezig is kunnen stap 1 t/m 4 overgeslagen worden. De volgende zes standaard KSP's zijn beschikbaar:

- Agressie
- Angst
- Ontremming
- Sombereheid
- Suïcidaliteit
- Wanen & Hallucinaties

ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

21

21

Stap 2 t/m 4

2. **Ga na welke interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen en selecteer deze;**

Bekijk de eerste vijf dagen van opname welke signalen en interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen van de patiënt en verwerk deze in het gepersonaliseerde KSP. Bespreek, indien mogelijk, met de patiënt het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Gebruik het gekozen standaard KSP, het thema-overzicht en eventueel een voorbeeld gepersonaliseerd KSP als hulpmiddel hierbij.

3. **Beschrijf herstelondersteunende en de-escalerende interventies die succesvol kunnen zijn d.m.v. herstelgerichte taal (door ervaringsdeskundigen);**

De ervaringsdeskundige (of andere collega) gaat in gesprek over herstelondersteunende en de-escalerende interventies en doet nabesprekingen van vormen van verplichte zorg. Hieruit kunnen signalen en interventies meegenomen worden als input voor het gepersonaliseerde KSP.

4. **Heb aandacht voor perspectieven van naasten en ambulant;**

Vraag ambulant en naasten of zij input hebben voor het gepersonaliseerde KSP. Een aanwezig ambulant Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) kan ook gebruikt worden voor extra informatie of input.

ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

22

22

Stap 5 t/m 7

5. **Houdt de voortgang bij, check de volledigheid van het KSP en werk deze bij waar nodig;**

Met de stappen 2 t/m 4 is er een concept gepersonaliseerd KSP tot stand gekomen. Dit KSP kan gedurende de gehele opname (en evt. volgende opnames) aangepast en bijgewerkt worden. Ga bij het ochtendoverleg na of patiënten een KSP hebben en maak hier afspraken over (wie, wat, wanneer). Bespreek bij het ZAG het KSP of attendeer hier men erop.

6. **Personaliserende KSP – beschrijf observaties en effectief ingezette interventies;**

Wees creatief met interventies en durf "out-of-the-box" te denken. Benoem in het KSP ook wat niet werkt. Probeer rekening te houden met communicatievalkuilen en eventuele weerstand van de patiënt. Behandelaren leveren input voor het KSP. Bespreek het KSP met collega's en kijk of het team op een lijn staat wat betreft interventies. Neem de scores vanuit de crisismonitor (BVC, Kennedy) op in het KSP.

7. **Draag het gepersonaliseerde KSP over aan ambulant of een vervolgafdeling;**

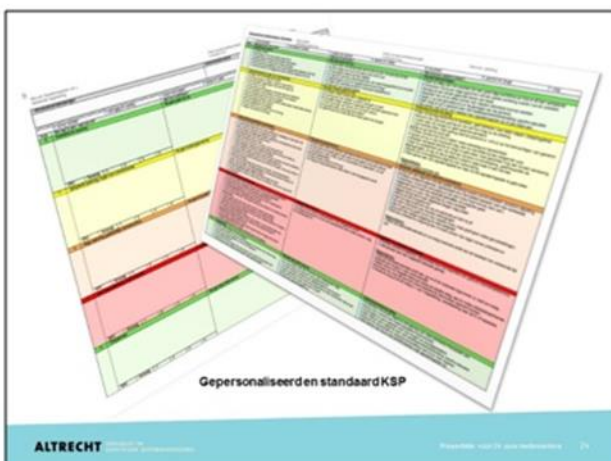
Biedt de patiënt en naasten een geprinte versie aan van het gepersonaliseerde KSP. Attendeer betrokkenen bij het ontslag-ZAG of een overplaatsing op het opgestelde KSP.

ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

23

23



ALTRECHT

Procesmodel voor de zorg

24

24

Thema-overzicht

In het thema-overzicht staan alle signalen en interventiethema's vanuit de zes standaard Klinische Signaleringsplannen. Deze zijn uitgewerkt vanuit de thema's die ook terugkomen in het standaard KSP: **R: rust en activiteit**, **V: verzorging en voeding**, **C: contact met anderen**, **D: denken en voelen**, **B: boosheid**, **A: alcohol en drugs**, **Z: zorg**. Dit overzicht kan meegenomen worden in gesprek met de patiënt bij het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Het kan helpend zijn om per thema te kijken of deze van toepassing is, aan welke signalen er gedacht kan worden en wat passende interventies kunnen zijn. Door deze 7 thema's te bespreken weet je zeker dat je geen belangrijke aspecten vergeet mee te nemen in het KSP. Het kan het gesprek vergemakkelijken en er staan ideeën voor interventiethema's om persoonlijke interventies te kunnen formuleren. Gebruik dit overzicht ook als het standaard KSP onvoldoende aansluit op de complexe problematiek.

Thema	Signalen	Interventiethema's
R: Rust en activiteit	- Slapeloosheid - Slapeloosheid en dag-nachtritmestoornissen - Energie en beweging - Activiteiten en beweging - Bewegingen en motorische vaardigheden - Painstilling en pijn	- Slapeloosheid, slaapproblemen en slaapproblemen - Medicatie en slaapproblemen - Activiteiten - Uitdagingen en beweging - Uitdaging en beweging - Beweging en pijn - Activiteiten, beweging, programma's - Beweging en pijn - Painstilling
V: Verzorging en voeding	- Verzorging, gewicht en gezondheidstoestand - Verzorging, NCI, en andere verzorging	- Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd - Weggevoerd

ALTRECHT

25

Pilot HIC Altrecht

Binnen de HIC van Altrecht (3 High Care afdelingen met 16 bedden en 1 IC afdeling met 5 bedden) heeft een pilot plaatsgevonden m.b.t. het werken met de Klinische Signaleringsplannen. Bij meer dan 40% van de medewerkers is een interview afgenomen hoe zij het werken met de KSP's ervaren. De uitkomsten van deze evaluatie zijn gebruikt om de werkwijze en producten te verbeteren. Daarnaast zijn er tips & tricks uitgekomen die later in deze presentatie aan bod komen. Hieronder staan wat quotes uit de interviews:

"Een patiënt dacht dat hij weinig zelf ondernam, maar bij het opstellen van het KSP bleek dat hij toch al veel zelf deed"

"Het is niet zomaar iets administratiefs erbij; het kan levensreddend zijn voor de patiënt"

"Het opstellen van de KSP's is niet altijd even makkelijk. Dat ligt soms ook aan de patiënt zelf; hoe leuk die het vindt en hoe de patiënt wel of niet meewerkt."

"Het zorgt voor meer gepersonaliseerde zorg en voor meer inspraak van de patiënt"

"Het is leuk, ik leer de patiënten wat beter kennen"

ALTRECHT

26

Tips voor de 24 uren zorgmedewerkers

- De thema's **"R: rust en activiteit**, **V: verzorging en voeding**, **C: contact met anderen**, **D: denken en voelen**, **B: boosheid**, **A: alcohol en drugs**, **Z: zorg**" kan je later gebruiken om makkelijkere interventies mee te nemen naar een gepersonaliseerd KSP.
- Onderzoek laat zien dat tijdsinvestering op maat cruciaal is voor het opstellen van een goed en passend KSP. Uit de pilot bleek echter dat er soms in een kwartier al zeer veel bereikt kan worden. Het hoeft niet in een keer en kan ook opgesplitst worden. Een gepersonaliseerd KSP hoeft echt niet zo uitgebreid te zijn als de standaard KSP's. Zie ook de voorbeelden van de ingevulde gepersonaliseerde KSP's.
- De zes standaard KSP's en het thema-overzicht zijn een handig hulpmiddel voor het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Als je zonder deze te gebruiken een goed gepersonaliseerd KSP op kan stellen is dat ook prima.
- Het opstellen van een KSP is fijn om te doen op een rustig moment. Gebruik de late en weekenddiensten hiervoor als er overdag geen tijd is.
- Ambulant en/of naasten kunnen ook op latere momenten nog gevraagd worden om input/feedback voor het gepersonaliseerde KSP.

ALTRECHT

27

- Een gepersonaliseerd KSP is van de patiënt én van ons. Bedenk dat de interventies die je beschrijft ook door de rest van het team gedragen moeten worden.
- Pak een laptop en een geprinte versie van het standaard KSP en/of thema-overzicht erbij als je samen met de patiënt een gepersonaliseerd KSP gaat maken. Als je het niet prettig vindt werken op een laptop kan je ook het KSP op papier invullen en dit later digitaal invoeren.
- Geef bij de patiënt aan dat hij/zij voorkeur kan hebben voor bepaalde interventies. In de praktijk wordt geprobeerd de opgestelde interventies van de patiënt uit te voeren, maar hier kan van worden afgeweken als dit niet haalbaar is. Ook kan in het gepersonaliseerde KSP beschreven worden welke interventies effectief gebleken zijn (bijvoorbeeld bepaalde medicatie). Het kan zijn dat de patiënt hier anders over denkt, dit kan dan in het KSP bij de betreffende interventie vermeld worden.
- De signalen en interventies in de oranje en rode fase van het KSP zijn belangrijk: een goede beschrijving hier kan (agressie) incidenten voorkomen.

ALTRECHT

28

- Geef de patiënt een geprinte versie van het opgestelde KSP. Dit kan helpend zijn tijdens de opname.
- De nachtdienst kan informatie en interventies vanuit de rapportages verwerken in het gepersonaliseerde KSP als hier overdag geen tijd voor geweest is.
- Kies een vast moment in de week (bijvoorbeeld zaterdagochtend) om te kijken wie er nog geen gepersonaliseerd KSP heeft.
- Kijk na een incident opnieuw naar het KSP; staat er al voldoende input in de oranje/rode fase, welke interventies waren effectief en vul het KSP aan waar nodig.
- Bespreek het KSP bij een overplaatsing, draag het KSP over en laat weten in welke fase de patiënt op het moment van overplaatsing zit.
- Gebruik het opgestelde KSP ook in de praktijk, bijvoorbeeld als een patiënt gespannen is.
- Laat de patiënt niet alleen/zelfstandig een KSP opstellen, doe dit altijd samen.

ALTRECHT

29

- Het KSP is gericht op de klinische behandeling, bij een CPAP ligt de nadruk op de ambulante behandeling. Een patiënt kan in zijn CPAP in de rode fase zitten, maar in zijn KSP in de groene of gele fase.
- In enkele gevallen sluiten de standaard KSP's onvoldoende aan op de complexe problematiek van de patiënt, bijvoorbeeld suïcidaliteit bij persoonlijkheidsproblematiek of bij dubbel-diagnoses. Probeer dan zo snel mogelijk te starten met het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. De thema's en het thema-overzicht kunnen dan gebruikt worden om een zo compleet mogelijk KSP op te stellen.

ALTRECHT

30

Presentatie voor aandachtsfunctionarissen

Bekijk eerst de presentatie voor de 24 uren medewerkers



ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

HOGESCHOOL
UTRECHT

31

31

Tips voor aandachtsfunctionarissen

- Betrek de behandelaren (bijv. bij meedenken medicatie en verplichte zorg in KSP)
- Betrek ervaringsdeskundigen (bijv. door het doen van dwang en drang nabesprekingen en items hieruit te verwerken in het KSP)
- Benoem het belang van het betrekken van naasten en familie
- Zorg ervoor dat er ruimte is voor uitleg over het werken met KSP's tijdens werkoverleggen, en, indien gewenst, voor een medewerker om persoonlijke uitleg te krijgen en samen met een aandachtsfunctionaris te oefenen
- Zorg dat het KSP op meerdere momenten tijdens de opname terug komt, bijvoorbeeld tijdens het ZAG, tijdens het ochtendoverleg, of bij het bespreken van medicatie.

ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

Presentatie voor aandachtsfunctionarissen 32

32

- "Laat het KSP leven!" Hang de papieren standaardversies van het KSP op (op kantoor) zodat zichtbaar wordt waar je mee bezig gaat. Breng het KSP ook veel onder de aandacht
- Benadruk dat niet ieder gepersonaliseerd plan even groot moet zijn als het standaard KSP; een paar zinnen per fase is ook goed
- Scores van de BVC alsmede de Kennedy zijn onduidelijk voor de patiënten. Deze zijn primair voor het behandelteam ontwikkeld, zodat risico-signalen tijdig herkend kunnen worden
- Het kan helpen medewerkers per mail te motiveren voor/ herinneren aan het werken met de KSP's of om extra uitleg te geven

ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

Presentatie voor aandachtsfunctionarissen 33

33

Presentatie voor behandelaren

Zie tevens de presentatie Klinisch redeneren: signaleringsplannen



ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

HOGESCHOOL
UTRECHT

34

34

Waar is het begonnen:

- HIC Altrecht: eerdere **implementatiepogingen voor het werken met KSP's** zijn niet gelukt, maar het werken ermee is wel **verplicht** en een onderdeel van de **HIC-monitor**.
- De **meerwaarde** is **aangevoeld** en wordt ook gezien; bijvoorbeeld doordat hulpverleners **beter aan kunnen sluiten bij de patiënt**
- Signaleringsplannen kunnen **escalatie en dwangmaatregelen voorkomen of verminderen**
- Tijdens Post-hbo opleiding HIC psychiatrie hebben Robert Eijpe en Marlies van der Pas (regieverpleegkundigen HIC Altrecht) een **verbeter- en implementatieplan** opgesteld
- Na de opleiding heeft de **HU voorgesteld om samen te werken**
- Een **subsidie** is aangevraagd en verkregen bij **ZonMw** om hier een groter project van te kunnen maken. Hierover meer bij de **doelstelling**.

ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

Presentatie voor behandelaren 35

35

Doelstelling

Het **doel van het project** is het **beschikbaar stellen** van materialen voor alle **geïnteresseerde HIC's in Nederland**. Dit zal onder andere bestaan uit:

- (1) **Interventiebundel**
 - **Standaard KSP's**
 - **Format gepersonaliseerd KSP**
- (2) **Implementatiebundel**
 - **Werkwijze**
 - **Tips en adviezen**
 - **Thema-overzicht**
- (3) **Scholingsmateriaal**
- (4) **Literatuurstudie**

Met deze materialen zou elke HIC voldoende basis moeten krijgen om zelf aan de slag kunnen gaan met de implementatie van de KSP's en het **gebruik maken van de 7 stappen methodiek**.

ALTRECHT Hogeschool van Utrecht

Presentatie voor behandelaren 36

36

7 stappen methodiek

Doel:

Het doel van de 7 stappen methodiek is om van een standaard Klinisch Signaleringsplan (KSP) naar een gepersonaliseerd KSP te komen. In de eerste vijf dagen van opname wordt een standaard KSP gebruikt om crisissignalen te herkennen en om te buigen. Tevens kan het standaard KSP in de eerste vijf dagen dienen als gesprekshulpmiddel; hieruit kunnen relevante onderdelen gekozen of aangevuld worden door de patiënt.

In de eerste vijf dagen van opname ontstaat een beeld van de patiënt en welke interventies effectief en relevant kunnen zijn, deze gegevens horen, naast de input van patiënt, ambulant en naasten, opgenomen te worden in het gepersonaliseerde KSP.

ALTRECHT

37

Stap 1

Werkwijze:

1. Ga het opnamedoel na, bekijk welke crisissignalen op de voorgrond staan en kies een standaard KSP:

Kies bij opname (in overleg met de opnemend arts) het standaard KSP dat het best passend is bij het opnamedoel. Indien er al een gepersonaliseerd KSP aanwezig is kunnen stap 1 t/m 4 overgeslagen worden. De volgende zes standaard KSP's zijn beschikbaar:

- Agressie
- Angst
- Ontremming
- Sombereheid
- Suïcidaliteit
- Wanen & Hallucinaties

ALTRECHT

38

Stap 2 t/m 4

2. Ga na welke interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen en selecteer deze:

Bekijk de eerste vijf dagen van opname welke signalen en interventies uit het standaard KSP aansluiten op de crisissignalen van de patiënt en verwerk deze in het gepersonaliseerde KSP. Bespreek, indien mogelijk, met de patiënt het opstellen van een gepersonaliseerd KSP. Gebruik het gekozen standaard KSP, het thema-overzicht en eventueel een voorbeeld gepersonaliseerd KSP als hulpmiddel hierbij.

3. Beschrijf herstelondersteunende en de-escalerende interventies die succesvol kunnen zijn d.m.v. herstelgerichte taal (door ervaringsdeskundigen):

De ervaringsdeskundige (of andere collega's) gaat in gesprek over herstelondersteunende en de-escalerende interventies en doet nabesprekingen van vormen van verplichte zorg. Hieruit kunnen signalen en interventies meegenomen worden als input voor het gepersonaliseerde KSP.

4. Heb aandacht voor perspectieven van naasten en ambulant:

Vraag ambulant en naasten of zij input hebben voor het gepersonaliseerde KSP. Een aanwezig ambulant Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) kan ook gebruikt worden voor extra informatie of input.

ALTRECHT

39

Stap 5 t/m 7

5. Houdt de voortgang bij, check de volledigheid van het KSP en werk deze bij waar nodig:

Met de stappen 2 t/m 4 is er een concept gepersonaliseerd KSP tot stand gekomen. Dit KSP kan gedurende de gehele opname (en evt. volgende opnames) aangepast en bijgewerkt worden. Ga bij het ochtendoverleg na of patiënten een KSP hebben en maak hier afspraken over (wie, wat, wanneer). Bespreek bij het ZAG het KSP of attender hier men erop.

6. Personaliserende KSP – beschrijf observaties en effectief ingezette interventies:

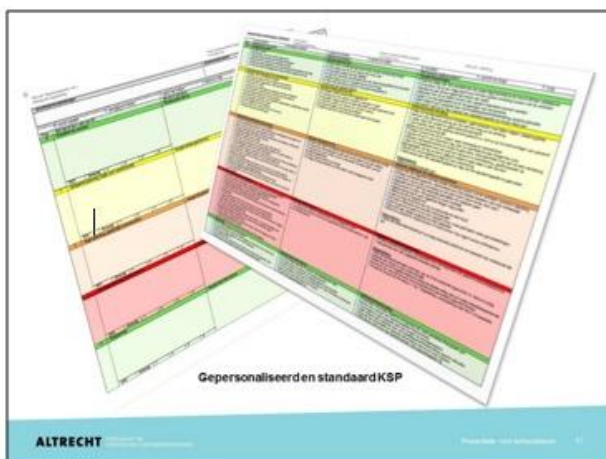
Wees creatief met interventies en durf "out-of-the-box" te denken. Benoem in het KSP ook wat niet werkt. Probeer rekening te houden met communicatievallen en eventuele weerstand van de patiënt. Behandelaren leveren input voor het KSP. Bespreek het KSP met collega's en kijk of het team op een lijn staat wat betreft interventies. Neem de scores vanuit de crisismonitor (BVC, Kennedy) op in het KSP.

7. Draag het gepersonaliseerde KSP over aan ambulant of een vervolgafdeling:

Biedt de patiënt en naasten een geprinte versie aan van het gepersonaliseerde KSP. Attender betrokken bij het ontslag-ZAG of een overplaatsing op het opgestelde KSP.

ALTRECHT

40



ALTRECHT

41

Pilot HIC Altrecht

Binnen de HIC van Altrecht (3 High Care afdelingen met 16 bedden en 1 IIC afdeling met 5 bedden) heeft een pilot plaatsgevonden m.b.t. het werken met de Klinische signaleringsplannen. Bij meer dan 40% van de medewerkers is een interview afgenomen hoe zij het werken met de KSP's ervaren. De uitkomsten van deze evaluatie zijn gebruikt om de werkwijze en producten te verbeteren. Daarnaast zijn er tips & tricks uitgekomen die later in deze presentatie aan bod komen. Hieronder staan wat quotes uit de interviews:

"Een patiënt dacht dat hij weinig zelf ondernam, maar bij het opstellen van het KSP bleek dat hij toch al veel zelf deed"

"Het is niet zomaar iets administratiefs erbij; het kan levensreddend zijn voor de patiënt"

"Het opstellen van de KSP's is niet altijd even makkelijk. Dat ligt soms ook aan de patiënt zelf; hoe leuk die het vindt en hoe de patiënt wel of niet meewerkt."

"Het zorgt voor meer gepersonaliseerde zorg en voor meer inspraak van de patiënt"

"Het is leuk, ik leer de patiënten wat beter kennen"

ALTRECHT

42

Tips voor behandelaren

- Attendeer tijdens het ochtendoverleg en het ZAG op het maken van een gepersonaliseerd KSP samen met de patiënt (en naasten/ambulant). Maak hier afspraken over (wie, wat, wanneer).
- Neem samen met de 24-uursmedewerker de opgestelde KSP's door. Eventuele inbreng kan toegevoegd worden en dan ben je gelijk op de hoogte van de inhoud van het KSP.
- Lever input voor het KSP, vooral ook gericht op de behandeling, medicatie en vormen van verplichte zorg.
- Zorg dat het behandelplan/beleid en het KSP op één lijn met elkaar zitten.

ALTRECHT

43

Klinisch redeneren: crisis signaleringsplannen

Suzanne Verschuieren, april 2021

44

Definitie crisissignaleringsplan

Een signaleringsplan is een document dat patiënt en professional samen opstellen, waarin beschreven staat in welke fasen de patiënt kan verkeren en welke interventies patiënt en professionals kunnen toepassen om decompensatie te voorkomen en terug te keren naar een fase van lagere opwindingsstoestand.

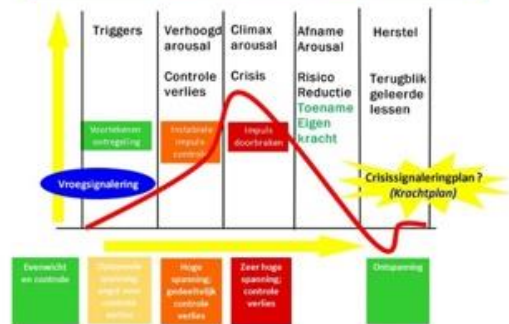
19 oktober 2021

Klinisch redeneren: Crisissignaleringsplannen

45

Fases crisissignaleringsplan

Gebaseerd op de theorie van affectieve overgang (Kaplan & Miller, 1981)



19 oktober 2021

Klinisch redeneren: Crisissignaleringsplannen

46

Juridisch kader crisissignaleringsplannen

- Klinisch signaleringsplannen zijn onderdeel van het wettelijk toetsingskader, zo stelt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dat een KSP aantoonbaar gebruikt moeten worden teneinde dwangmaatregelen toe te kunnen passen.
- De Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGZ) stelt dat dwangmaatregelen pas toegepast mogen worden als de patiënt een 'plan van aanpak' heeft (een Klinisch Signaleringsplan kan onderdeel uitmaken van een plan van aanpak).

19 oktober 2021

Klinisch redeneren: Crisissignaleringsplannen

47

Beoogde doelstellingen crisissignaleringsplannen

- Minder dwangtoepassing
- Minder gedwongen opnames
- Inspraak, autonomie en regie over behandeling voor patiënten

19 oktober 2021

Klinisch redeneren: Crisissignaleringsplannen

48



Wetenschappelijke onderbouwing crissignaleringsplannen

18 oktober 2021

Klinisch redeneren:
Crissignaleringsplannen

49



Veel variatie in wetenschappelijke literatuur

Verschillen in:

- Onderzoekspopulatie (studenten/ klinisch/ ambulant)
- Opzet van de studie (aan/ afwezigheid randomisatie; verschillende outcomes, attrition bias, veel missing data)
- Tot stand komen van signaleringsplannen: met alleen ervaringsdeskundige, wel/ niet betrekken familie, wel/ geen behandelaars
- Implementatie signaleringsplannen; wel/ geen training, wel/ geen interventie, wel/ geen evaluatie



50



Waarschijnlijk geen verschil met 'normale zorg' op (gedwongen) opnames

Articles

Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial

Authors: Thomas D. Brown, Pauline J. Taylor, Susan E. Arnold, Mike Woodhead, William H. Murray, David R. Dixon, Rebecca B. Smith, Jonathan D. Marshall

Background: The CRISPON (Crisis Plan to Reduce Inpatient Outpatient and Necessity) study is an individual-level, randomised controlled trial that compared the effectiveness of Joint Crisis Plans (JCPs) with treatment as usual for people with severe mental illness. The JCP is a negotiated agreement by a patient, carer, and clinician to develop a crisis plan, which is then used to manage the patient's care. We assessed whether the additional use of JCPs improved patient outcomes compared with treatment as usual.

Methods: Patients were eligible if they had a history of compulsory admission to the previous 5 years and were in the England and Wales region. Patients were randomised to the JCP group or the control group. The JCP group received a JCP, which was developed with the patient, carer, and clinician. The control group received treatment as usual. The primary outcome was the rate of compulsory admission to hospital. Secondary outcomes included hospital length of stay, hospital costs, patient satisfaction, and clinician satisfaction. We used a per-protocol analysis to compare the two groups.

Results: 100 participants were randomised to the JCP group and 100 to the control group. The JCP group had a significantly lower rate of compulsory admission to hospital (10.0%) compared to the control group (15.0%). There was no significant difference in hospital length of stay, hospital costs, patient satisfaction, or clinician satisfaction between the two groups.

Conclusion: The use of JCPs significantly reduced the rate of compulsory admission to hospital for people with severe mental illness. There was no significant difference in other outcomes. This study supports the use of JCPs as a means of reducing compulsory admission to hospital.

51



Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions A Systematic Review and Meta-analysis

Original Investigation | META-ANALYSIS

Mark H. de Jong, MD; Astrid M. Kamperman, PhD; Margreet Oorschot, PhD; Stefan Priebe, FRCPsych; Wilco H. J. van der Ende, PhD; Roland van de Sande, PhD; Arthur R. Van Gool, PhD; Cornelis L. Mulder, PhD

IMPORTANCE: Compulsory admissions, defined as admissions against the will of the patient (according to local judicial procedures), have a strong effect on psychiatric patients. In several Western countries, the rate of such admissions is tending to rise. Its reduction is urgently needed.

OBJECTIVE: To establish which interventions effectively reduce compulsory admissions in adult psychiatric patients in outpatient settings.

DATA SOURCES: A systematic computerized literature search was performed using EMBASE, MEDLINE, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, PubMed (not yet indexed for MEDLINE), Cochrane Central, and ClinicalTrials.gov. Studies that focused on the reduction of compulsory admissions were included.

Waarschijnlijk wel een verschil met 'normale zorg' op (gedwongen) opnames

52



Onderzoek naar signaleringsplannen in de langdurige klinische ggz: gecompliceerder dan gedacht

Effectiviteit van crissignaleringsplannen ook lastig te meten omdat veel plannen niet (of niet correct) worden ingevuld

J. FOCKENS, C.M. BOUTWIL, D. POSTHUMUS

ALTERNATIEF: Het is belangrijk om te weten dat de ggz wereld niet alleen bestaat uit klinische ggz, maar ook uit andere vormen van ggz, zoals bijvoorbeeld de ggz voor kinderen en jongeren.

ALTERNATIEF: Het is belangrijk om te weten dat de ggz wereld niet alleen bestaat uit klinische ggz, maar ook uit andere vormen van ggz, zoals bijvoorbeeld de ggz voor kinderen en jongeren.

ALTERNATIEF: Het is belangrijk om te weten dat de ggz wereld niet alleen bestaat uit klinische ggz, maar ook uit andere vormen van ggz, zoals bijvoorbeeld de ggz voor kinderen en jongeren.

ALTERNATIEF: Het is belangrijk om te weten dat de ggz wereld niet alleen bestaat uit klinische ggz, maar ook uit andere vormen van ggz, zoals bijvoorbeeld de ggz voor kinderen en jongeren.

53



Wetenschappelijke opbrengst crissignalering plannen

- Evidence crissignaleringsplannen tegenstrijdig, soms wel effectief, soms niet.
- Meest effectief om dwangopnames af te wenden of minder grimmig beloop vergeleken met geen crissignaleringsplan volgens een SR
- Na het samen opstellen van een signaleringsplan is er meer 'therapeutisch engagement'.

54

Belemmeringen crisissignaleringsplannen voor patiënten

- Wisselende bereidheid patiënten om te werken aan vroegsignalering door fluctuerend ziekte-inzicht of traumatische ervaringen of gebrek aan vertrouwen in de professional
- Niet alle patiënten vertrouwen erop dat wat in het crisisplan komt te staan ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd
- Niet alle patiënten zijn in staat hun wensen/ behoeften en verlangens onder woorden te brengen

10 January 2021

Hans-Joachim Lauthner: *Chancen und Risiken* 11

55

Belemmeringen crisissignaleringsplannen voor professionals

- Geen duidelijke beschrijving van de inhoud van het crisissignaleringsplan of de implementatie van een crisissignaleringsplan
- Professionals denken dat ze al aan vroegsignalering doen, het beschrijven in een plan voelt dan als een extra inspanning
- Een crisis signaleringsplan heeft geen meerwaarde als het gebruikt wordt als een 'statisch' document

15 JANUARY 2014

© 2003 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 253: 101–107

56

Drijfveren voor het opstellen van een signaleringplan

Is er een beter alternatief?

57

Kansen en bedreigingen signaleringsplannen!

100

58

Kansen vs Bedreigingen

- Voegsignalering vanuit verschillende perspectieven om erger te voorkomen
- Gepersonificeerde acties bij dreigende escalaties
- Naasten actief betrekken bij herkenning waarschuwingssignalen van naderende escalatie
- Dynamisch kunnen bijstellen wat wel en niet heeft gewerkt
- Toename relevante wetenschappelijke evaluaties
- Veel conceptuele verwarring over soort crisis / signaleringsplannen
- Sommige patiënten vinden werken aan dit soort plannen erg confronterend
- Plichtmatig aanmaken van plannen zonder updates
- Wisselende bereidheid tot samenwerking patiënt en/of naasten

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 105–112

59

Literatuur

- [illegible]

60