



De kracht van de verpleegkundige discipline op de high en intensive care

Vermindering van dwang en drang; herstelondersteunende zorg; hogere maatschappelijke verwachtingen ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg; verregaande ambulantisering. Allerlei factoren dwongen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) tot herziening van de gesloten-opnameafdelingen. Diverse partijen zochten gezamenlijk naar een antwoord op dit dilemma en vonden dit in de ontwikkeling van high en intensive care (HIC). De belangrijkste twee doelstellingen van HIC zijn hoge kwaliteit van zorg en minimale toepassing van gedwongen interventies. Hierin speelt de verpleegkundige discipline een belangrijke rol. In dit artikel wordt beschreven wat HIC is en wat de rol van de verpleegkundige discipline binnen de HIC betekent. Hierbij wordt gebruikgemaakt van literatuur en ook van de ervaring die de afgelopen twee jaar op de HIC's van GGZ Breburg is opgedaan met de in het *Werkboek HIC*¹ beschreven standaard.

Eerst wordt ingegaan op wat HIC is en wat dit betekent voor de verpleegkundige praktijk. Vervolgens worden valkuilen en krachten van het verpleegkundig team tijdens het ontwikkelproces beschreven. Daarna komt een aantal voor de HIC onmisbare verpleegkundige interventies aan bod en wordt ingegaan op de rol van verpleegkundigen op de HIC.

NIELS BOUWHUIS, verpleegkundig specialist, GGZ Breburg, Breda en Tilburg

YVETTE VREEKER, verpleegkundig specialist, GGZ Breburg, Breda en Tilburg

TREFWOORDEN

HIC, high en intensive care, herstelondersteunende zorg, dwang en drang, 5-minuten methodiek, intensieve zorg, psychiatrische crisis, zorgafstemminggesprek, HIC-monitor, rooming-inn, crisissignaleringsplan

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kunt/weet u:

- wat high en intensive care in de GGZ inhoudt en bent u bekend met de nieuwe standaard;
- wat de rol van verpleegkundigen binnen deze standaard is;
- de belangrijkste verpleegkundige interventies noemen in deze standaard.

1 STUDIEPUNT

Op een HIC wordt intensieve klinische zorg verleend aan mensen die opgenomen zijn wegens een ernstige psychiatrische crisis. Er wordt van uitgegaan dat deze crisis zo ernstig moet zijn dat met extra hulp van naastbetrokkenen en geïntensiverde ambulante zorg de crisis in de thuissituatie niet afneemt. Op de HIC kan dan een korte effectieve behandeling plaatsvinden die gericht is op vermindering van de ernstigste crisissymptomen. Opname en behandeling op de HIC vormt een klinische module binnen het ambulante behandeltraject. Deze visie vloeit onder andere voort uit de toegenomen nadruk op ambulante hulpverlening en uit de principes van de herstelondersteunende zorg (HoZ).² HoZ richt zich vooral

op de krachten en kwaliteiten van de patiënt en op de helpende factoren en niet alleen op de problemen.² De behandeling op een HIC is gebaseerd op het medische model en op de HoZ. Het doel is dat iemand zo snel mogelijk weer regie over zijn eigen leven kan voeren en thuis verder kan herstellen. Het gevolg van de relatief hoge opnamedrempel is, dat er bij opname over het algemeen sprake is van zeer ernstige toestandsbeelden. Er zijn onder andere vaak ernstige of hardnekkige waarnemings- en denk- of stemmingstoornissen. Het komt veel voor dat patiënten op de HIC weerstand voelen tegen de opname en tegen onderdelen van de behandeling, in het bijzonder de farmaceutische behandelingen. Dit vormt een probleem, omdat medicatie op grond van veel multidisciplinaire richtlijnen een essentieel onderdeel is van de behandeling van deze ernstige psychiatrische toestandsbeelden. Door deze weerstand en het vaak verhoogde risico op diverse vormen van agressie^{3,4,5} liggen gedwongen interventies, zoals dwang-/noodmedicatie, separatie en inperkingen van de fundamentele rechten, op de loer. Patiënten ervaren deze interventies als traumatiserend.^{6,7} Op de HIC wordt met alternatieve interventies gewerkt die beter aansluiten bij de patiënt, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren en gedwongen interventies te voorkómen. Dit vraagt van de behandelstaf en van de verpleegkundige discipline op HIC's specifieke vaardigheden en deskundigheid.

ALTERNATIEVE INTERVENTIES

Naast persoonlijke deskundigheid en vaardigheden binnen het multidisciplinaire team, leveren andere factoren een bijdrage aan een goed eindresultaat van de behandelingen op de HIC. Zo is contact met naastbetrokkenen en ambulante teams in een vroeg stadium van de opname cruciaal. Met hen kan bij opname gesproken worden over de luxerende, in stand houdende, beschermende en herstelfactoren in deze crisis en eventuele risico's op agressie of suicidaliteit. Het behandelteam is hierdoor vroegtijdig goed geïnformeerd, waardoor het beter preventief met spanning en agressie kan omgaan en de behandeling effectiever kan vormgeven. Een ervaringsdeskundige en familie-ervaringsdeskundige, die meewerken in het verpleegkundig team, helpen om de minst belastende interventies te kiezen en helpen bij de afstemming met de patiënt en diens naastbetrokkenen. Het gebouw waar de HIC gevestigd is, verdient aandacht. Een slim gebouwde en ingerichte afdeling kan leiden tot een vlotter herstel en minder gedwongen interventies.^{8,9,10} Hierbij kan aan *healing environment* gedacht worden.⁸

HIC MONITOR

Voor de ontwikkeling en borging van de kwaliteit van zorg op de HIC is een modelgetrouwheidschaal

ontwikkeld die de HIC-monitor¹ wordt genoemd. De HIC-monitor bevat vijftig onderwerpen (met subonderwerpen) die gescoord kunnen worden. Dit geeft inzicht in hoeverre een afdeling voldoet aan de standaard die in het *Werkboek HIC* is beschreven. Op dit moment wordt de validiteit van de HIC-monitor onderzocht en in de toekomst zal het wetenschappelijk onderzoek zich richten op de effectiviteit van HIC.

VALKUILEN EN KRACHTEN VAN HET VERPLEEGKUNDIG TEAM TIJDENS DE ONTWIKKELING VAN HIC

De invoering van het HIC-model, zoals beschreven in het *Werkboek HIC*, levert het verpleegkundig team veel op. De sterk geprofessionaliseerde werkwijze lijkt plezier in het werk te bevorderen. Zo geeft het veel voldoening om iedere dag weer in samenwerking te blijven met de patiënt in situaties die een paar jaar geleden tot (traumatiserende) escalaties en verstoorde hulpverlenerrelaties geleid zouden hebben.

Toch zijn er ook veel valkuilen. Het is voor verpleegkundigen zeker spannend om situaties met een verhoogd risico op problemen aan te gaan, zonder de beheersing en controle waarvoor voorheen gekozen werd. Nu moeten kennis, vaardigheden en houding van HIC-verpleegkundigen een positief verschil maken, want dit lijkt risico's tot een minimum te beperken. Bovendien lijkt dit de samenwerking en het vertrouwen in de hulpverlenerrelatie te verbeteren. De ervaring leert dat het tijd kost voor verpleegkundigen beheersmaatregelen loslaten en leren vertrouwen op hun eigen vaardigheden en innerlijke kracht. Zeker bij oplopende stress en complexere situaties blijkt er in de praktijk een verhoogd risico op het teruggrijpen naar het oude vertrouwde. Op zichzelf is dit niet zo verwonderlijk, want het is voor verpleegkundigen een groeiproces waarbij persoonlijke ontwikkeling en het vergroten van kennis en vaardigheden invloed hebben op de snelheid van het invoeren van de HIC-werkwijze. Ook wordt het complete ontwikkelingsproces beïnvloed door de volgorde van het invoeren van verschillende interventies en de successen die hiermee geboekt

GEDWONGEN INTERVENTIES

Interventies die in Nederland als dwang aangemerkt worden zijn: separatie, afzondering, fixatie, medicatie, toediening van vocht en/of voedsel, als deze interventies tegen de wil van de patiënt in uitgevoerd worden. Daarnaast is er een aantal interventies die aangemerkt worden als inperking van de fundamentele rechten. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld beperking van vrijheden, van post of van telefoonverkeer.

worden. De keuze om eenvoudige interventies met een relatief groot en snel resultaat als eerste in te voeren lijkt bij verpleegkundigen het vertrouwen te geven dat er meer mogelijk en haalbaar is. Het motiveert om nieuwe alternatieve interventies te ontwikkelen en in te voeren. Een laatste aspect dat van belang bleek voor een succesvolle invoering van de HIC-werkwijze was de aanwezigheid van verschillende competenties in het team. Zo bleek in sommige delen van het ontwikkelingsproces een flinke vertegenwoordiging van innovatoren erg nuttig, terwijl verpleegkundigen die vooral de puntjes goed op de i kunnen zetten in andere delen van het proces volledig tot hun recht kwamen.

VERPLEEGKUNDIGE HIC-INTERVENTIES

Naast professionaliteit blijken contact en afstemming de sleutels om mensen in een zodanig ernstige psychiatrische crisis te verplegen en gedwongen interventies tot een minimum te beperken.

Hiertoe is een aantal jaar geleden de '5-minuten-methodiek' ontwikkeld. Dit is een werk- en omgangsstijl met een zeer proactief karakter, waarbij zorgvuldigheid van de hulpverlener in de interactie met de patiënt de kernwaarde is.^{11,12}

Er wordt van uitgegaan dat investeren in contact zichzelf terugbetaalt in de behandelmogelijkheden en in de preventie van agressie of gedwongen interventies. Andere handvatten voor bejegening en het leggen van contact in moeilijke situaties kunnen gevonden worden in onder andere narratieve gespreksvoering, de presentietheorie, oplossingsgericht werken en het concept van geweldloze communicatie. Voor de-escalatie van spanning en preventie van agressie bieden specifieke conflict-hanteringmethoden, bijvoorbeeld Conflicthantering en Persoonlijke Veiligheid (CPV), nuttige handvatten.¹² Ook het crisissignaleringsplan, een persoonlijk

SUÏCIDALITEIT

Een suïcidale vrouw werd opgenomen. Voorheen zouden haar suïcidepogingen voorkomen zijn door te separeren. In plaats daarvan kreeg zij een-op-een begeleiding op de afdeling en op haar kamer. Deze nabijheid zorgde ervoor dat zij op een veilige manier aan haar herstel kon werken met een minimale aantasting van haar autonomie. De vorm van een-op-een begeleiding werd meerdere keren per dag geëvalueerd en verminderd toen de suïcidaliteit afnam. Het resultaat was dat deze vrouw tijdens haar crisis niet alleen was en actief kon werken met haar crisissignaleringsplan. Naderhand was ze trots op de resultaten van het herstelproces die zij kon toeschrijven aan de inzet van haar eigen kracht.

ZORGAFSTEMMINGSGESPREK

Het proactieve werken komt onder andere tot uiting in een voortdurende gastvrijheid en ook bijvoorbeeld in het zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Dit is een gesprek dat binnen 24 uur na opname plaatsvindt, waarbij in principe de patiënt zelf, naastbetrokkenen, de ambulante hulpverlener en de klinische behandelaar aanwezig zijn. In dit gesprek worden gezamenlijk de verwachtingen ten aanzien van eventuele diagnostiek en de behandeling besproken, wordt afgesproken wie welke taken tijdens het klinische behandelproces op zich kan nemen en wordt een streefdatum voor ontslag vastgesteld. Dit lijkt in de praktijk te leiden tot meer samenwerking in de triade, een vlotter herstel en een kortere opnameduur.¹² In de praktijk binnen GGz Breburg blijkt een gesprek binnen 24 uur niet altijd haalbaar door praktische problemen in agenda's van behandelaren of naastbetrokkenen. Een alternatief dat dan wordt ingezet is contact met alle partijen via de telefoon of bijvoorbeeld *Facetime*.

afgestemd vroegsignaleringsplan om agressie, angst en suïcidaliteit te voorkómen, is binnen de HIC uitgegroeid tot een krachtige verpleegkundige interventie. Overigens zijn hiervoor ook algemenere instrumenten voor risicotaxatie waardevol, zeker in het begin van opname, wanneer een patiënt nog onbekend is. Het crisissignaleringsplan is echter uiteindelijk genuanceerder en meer 'op maat' gemaakt. Op HIC's werken de verpleegkundigen in principe kantoorloos. Dit leidt meestal tot een frequenter, directer en meer laagdrempelig contact met de patiënten. Hierdoor zien de verpleegkundigen de vroege signalen uit het crisissignaleringsplan eerder. Zij kunnen dan in een nog vroeger stadium preventieve interventies inzetten.

COMFORTROOM

Zo is een-op-een begeleiding ook een effectieve preventieve interventie. Dit is in verschillende gradaties toepasbaar; van structureel één keer per uur contact tot voortdurende hand-in-handbegeleiding door één of twee verpleegkundigen. Het betrekken van familie bij deze een-op-een begeleiding kan doorslaggevend zijn voor het succes van de interventie. De familie geniet vaak meer vertrouwen van de patiënt, wat ondersteuning of sturing van de patiënt beter mogelijk maakt. Hierbij kan ook rooming-in ingezet worden. Dit houdt in dat een naastbetrokkene een begeleidende taak op de afdeling krijgt voor de betreffende patiënt. Desnoods gebeurt dat ook 's nachts, waarvoor op de HIC een slaapmogelijkheid voor naastbetrokkenen is. De ervaring heeft intussen geleerd dat dit bij angstige en achterdochtige, maar



Zitkamer

ook bij agressieve patiënten een effectief middel kan zijn. Het accent van het verpleegkundig werk verschuift hierbij naar het coachen van de familieleden in de omgang met betreffende patiënt. De een-op-een begeleiding kan op verschillende plaatsen gegeven worden. In eerste instantie wordt dit afgestemd op de plaats waar de patiënt graag wil zijn. Als blijkt dat de patiënt zich ondanks deze intensieve begeleiding niet kan handhaven op de groep, dan kan de een-op-een begeleiding apart van de groep gegeven worden op de kamer van de patiënt. En als dat onvoldoende rust geeft, kan dit in een comfortroom. De comfortroom is een kamer die heel rustgevend is ingericht. Het rustgevende karakter wordt bereikt door het gebruik van comfortabele meubels, geuren, kleuren en geluid. Wanneer dit alles niet haalbaar blijkt, kan overwogen worden om op te schalen naar de intensive care unit (ICU). De ICU is een ruime kamer met zit- en slaapgelegenheid en sanitaire voorzieningen. De ICU is molestproof, maar wel vriendelijk en zacht ingericht. Wanneer een-op-een begeleiding in een ICU niet veilig uitgevoerd kan worden, zal uiteindelijk opgeschaald moeten worden naar een extra beveiligde kamer (EBK). Het betreft hier een separeerkamer die aan de nieuwste normen en waarden voldoet en maximaal is toegerust om de aanwezigheid van verpleegkundig personeel te faciliteren. Hierdoor hoeft de patiënt niet alleen gelaten te worden, wat een belangrijk uitgangspunt is binnen het HIC-gedachtegoed.

Op- en afschaling van de zorgintensiteit en van de ruimten die gebruikt worden vinden plaats in overleg

met de behandelaren, zoals psychiater, verpleegkundig specialist of psycholoog. Bij dergelijke interventies, en zeker wanneer er toch sprake is van dwang of drang, evalueert de verpleegkundige standaard met patiënt en betrokken teamleden. Deze evaluaties worden gebruikt als bijdrage aan een continu verbeterproces van het verpleegkundig werk op de HIC.

ROLLEN EN COMPETENTIES VAN DE HIC-VERPLEEGKUNDIGE

De beroepsvereniging van zorgprofessionals Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN) beschrijft de rollen van de GGZ-verpleegkundigen volgens de CanMEDS-rollen (Canadian Medical Education Directives for Specialists).¹³ GGZ-Nederland heeft

VOORBEELD: ROOMING IN

Een paranoïde psychotische man die zijn eerste psychose doormaakte, was bereid zich vrijwillig op te laten nemen. Op de afdeling aangekomen durfde hij echter niet te blijven. Vanwege zijn gevaarlijk gedrag, volgend uit zijn psychose, zouden we voorheen een inbewaringstelling (IBS) aangevraagd hebben. Nu besloten we dat zijn ouders bij hem konden blijven, die dit om de beurt deden. Bovendien nam hij van hen antipsychotica aan, wat hij bij de verpleging vanuit wantrouwen pertinent weigerde. Na twee weken was de psychose grotendeels in remissie en kon meneer, samen met zijn familie, naar huis.



Activiteitenruimte

het competentieprofiel voor GGZ-verpleegkundigen uitgebreid beschreven.¹⁴ De doelgroep en doelstelling van de HIC bepalen echter waar de accenten liggen in de rolinvulling en welke competenties hiervoor nodig zijn. Daarom wordt hier, mede aan de hand van de vorige paragraaf en de CanMEDS- rollen, vooral ingegaan op de competenties van HIC-verpleegkundigen.

In het *Werkboek HIC* wordt gesteld: 'De kernkwaliteiten van medewerkers spelen een centrale rol op de HIC en zijn een belangrijke voorwaarde om kennis op een juiste wijze te hanteren en interventies op een goede en respectvolle wijze uit te voeren.' In essentie helpen HIC-verpleegkundigen mensen die in een ernstige psychiatrische crisis worden opgenomen om de regie over hun eigen leven terug te winnen. Hierbij wordt uitgegaan van de eigen mogelijkheden en kwaliteiten van de patiënt. Om dit te bewerkstelligen gaan HIC-verpleegkundigen een intensieve hulpverlenerrelatie met de patiënt aan in zijn dagelijks leven en zien ze de patiënt veel meer dan de behandelaren. HIC-verpleegkundigen dienen goed op de hoogte te zijn van

de symptomen van psychiatrische aandoeningen en moeten ook somatische problemen goed herkennen. Temeer omdat de exacte problematiek bij opname niet altijd helemaal duidelijk is. De classificatie van het toestandsbeeld vindt dan plaats op basis van klinische kenmerken en ook de verpleegkundige interventies hangen hiervan af. Na opname start de arts meestal snel een medicamenteuze behandeling. HIC-verpleegkundigen moeten goed op de hoogte zijn van bijwerkingen van psychofarmaca hebben, zodat op eventuele bijwerkingen direct gereageerd kan worden. Dit alles gebeurt in een omgeving met een snelle doorstroom van patiënten, verschillende ziektebeelden en verschillende samenwerkingspartners. Daarom is het bewaren van overzicht en inspelen op de voortdurende dynamiek, die op allerlei manieren het therapeutisch klimaat beïnvloedt, ook een belangrijke rol van HIC-verpleegkundigen. Nog beter is het als HIC-verpleegkundigen dergelijke dynamiek vóór zijn en daarmee rust, duidelijkheid en veiligheid op de afdeling kunnen behouden. Door proactief te werken kunnen veel onrust en ongewenste dynamiek voorkomen worden. Te denken valt aan goede afstemming met crisisdienst of ambulante team over een op handen zijnde opname. Door een goede voorbereiding kan iemand immers professioneel, gastvrij, veilig en in rust ontvangen worden. Een nieuwe patiënt voelt zich dan meer welkom en dit vergroot – ook bij een gedwongen kader – de kans op een positieve start van de opname. HIC-verpleegkundigen vervullen de regiefunctie in de organisatie hiervan. Voor patiënten die al opgenomen

DOMEINEN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ

De drie domeinen van een verpleegkundig specialist GGZ zijn:

1. behandelverantwoordelijkheid;
2. innovatie en onderzoek;
3. coaching en deskundigheidsbevordering.

zijn, geldt dat HIC-verpleegkundigen structureel en voortdurend een goede risicotaxatie van agressie en suicidaliteit uitvoeren. Patiënten kunnen dan extra ondersteuning of begeleiding krijgen, voordat een crisis verder oploopt. En als het nodig is, moeten vertrouwde handelingswijzen of kaders losgelaten kunnen worden in het geval ongebruikelijke interventies effectiever zouden kunnen zijn. Hiervoor zijn heldere communicatie en overdracht en zorgvuldige onderlinge afstemming met elkaar nodig, niet alleen tijdens overdrachten maar als voortdurend proces.

D-ESCALEREN

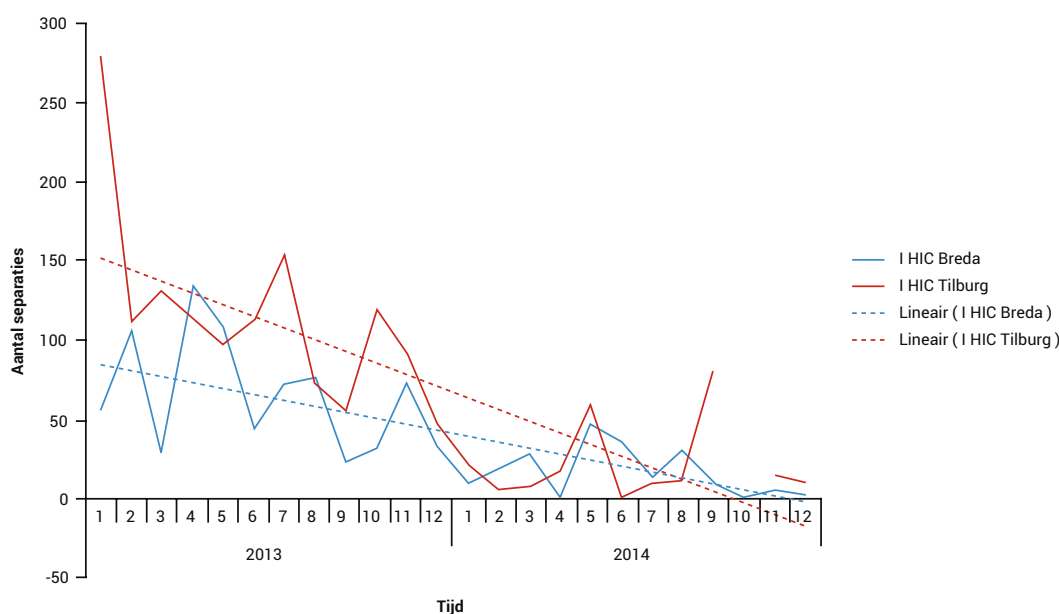
Wanneer er onverhoopt toch een crisissituatie op de afdeling ontstaat, wordt van HIC-verpleegkundigen verwacht dat zij op adequate wijze kunnen de-escaleren. Hierbij is de norm dat humaniteit, herstel van autonomie, samenwerking en wederzijds vertrouwen leidend zijn. Een goede kennis van de-escalatietechnieken, het vermogen om in de moeilijkste omstandigheden toch contact te leggen met een patiënt, authenticiteit, relativiseringsvermogen, stresshantering en besluitvaardigheid zijn hierbij noodzakelijk. Zuiver rapporteren van objectieve waarnemingen en effectiviteit van de toegepaste interventies is nodig om te komen tot nieuwe effectieve preventieve maatregelen en aanvullingen in het crisissignaleringsplan.

Van HIC-verpleegkundigen vraagt deze dynamische werkomgeving het vermogen om snel te schakelen,

RESULTATEN

In ruim twee jaar HIC volgens het *Werkboek HIC* bij GGz Breburg is op de twee HIC's veel bereikt. De opnameduur is drastisch verkort. Het aantal middelen en maatregelen, vooral separatie, is sterk verminderd. Er is een trend van laaggemiddeld ziekteverzuim.

verschillende factoren op elkaar af te stemmen en overzicht te bewaren. Plotselinge veranderingen gedurende diensten, zoals een opname, vragen grote flexibiliteit en regisserend vermogen. Onder deze appellerende werkomstandigheden moeten HIC-verpleegkundigen goed kunnen reflecteren op hun eigen emoties en gedrag, de effecten hiervan op de patiënt en de effecten hiervan op de directe samenwerking met collega's. Dit alles leidt tot een ontspannen verpleegkundige houding, waarbij HIC-verpleegkundigen creatief kunnen blijven denken en rust, gastvrijheid en veiligheid uitstralen in de nabijheid van de patiënt. Contacten met andere instanties, zoals politie en ambulancedienst, maar zeker ook met naastbetrokkenen behoren ook tot de taken van HIC-verpleegkundigen. Deze contacten hebben niet alleen een grote meerwaarde in het dagelijkse werk, maar dragen ook bij aan een sneller herstel van de patiënten. Voor een sneller herstel zijn in het bijzonder contacten met naastbetrokkenen



Figuur 1 Grafiek met trendlijnen van het absolute aantal separaties per maand op de HIC-afdelingen van GGz Breburg. Op deze HIC's vonden in 2013 en 2014 in Tilburg respectievelijk 268 en 338 opnames plaats en in Breda 401 en 432 opnames.

waardevol. Door naasten intensief te betrekken krijgen HIC-verpleegkundigen ook de rol van coach en wordt het geven van psycho-educatie aan naasten een belangrijker onderdeel van het dagelijks werk.

Naast de centrale rol die verpleegkundigen op de HIC hebben, is er een belangrijke rol weggelegd voor de verpleegkundig specialist GGZ. De drie domeinen waarop de verpleegkundig specialist zich begeeft komen volledig tot hun recht (zie kader 3).

Op behandelverantwoordelijkheid wordt voortdurend een beroep gedaan. Bij patiënten op de HIC is sprake van complexe pathologie, waarbij verschillende multidisciplinaire richtlijnen met elkaar gecombineerd worden. Er worden complexe verpleegkundige interventies geïnitieerd en toegepast en er is veel zorgcoördinatie nodig. Innovatie is bij het opzetten van een HIC, maar ook bij het doorontwikkelen ervan, voortdurend aan de orde. Hier wordt een belangrijke vertaalslag gemaakt van onderzoek en literatuur naar vakinhoudelijke praktijk en andersom. Nieuwe ideeën en methoden worden ook steeds weer getoetst aan de *state of the art*. Het derde domein, coaching en deskundigheidsbevordering loopt eveneens als een rode draad door het implementatieproces. Coaching on the job is nodig om nieuwe werkwijzen eigen te maken. Daarnaast is er, zoals al beschreven, bij toenemende complexiteit of stress voortdurend de neiging om terug te grijpen naar oude vertrouwde gewoonten. En ook hierin is coaching nodig, zodat er sprake blijft van een voortdurende professionele ontwikkeling van de individuele HIC-verpleegkundigen en de ontwikkeling van het verpleegkundig team als geheel.

SAMENVATTING

Op de HIC lijken een goede kennis van zaken, overzicht, gastvrijheid, proactiviteit, zorgvuldige regie en onderlinge afstemming voor HIC-verpleegkundigen essentieel om de dagelijkse gang van zaken goed te laten verlopen. Beheersmatig werken is grotendeels losgelaten. Er wordt een groot beroep gedaan op een verregaande samenwerkende houding en de innerlijke kracht van HIC-verpleegkundigen om patiënten zo snel mogelijk de regie in hun eigen leven weer terug te laten nemen. De verschillende CanMEDS-rollen worden naast de gebruikelijke verpleegkundige werkzaamheden vooral gekleurd door competenties die nodig zijn om complexe en acute problematiek te hanteren. Ook vraagt het specifieke competenties om te anticiperen op plotselinge en vaak moeilijk te voorspellen factoren die de werkzaamheden en groepsdynamiek op de HIC sterk en plotseling beïnvloeden. Dit alles maakt het werk van HIC-verpleegkundigen uitdagend en enerverend en biedt dagelijks de kans om positieve verschillen te maken die er daadwerkelijk toe doen in het leven van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Mierlo T van, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC: High en intensive care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- 2 Keet IPM. Beter worden doe je thuis. Tijdschrift voor Psychiatrie 2011;53(10):691-3.
- 3 Verhaeghe S, Lauwaert K, Filion N, Caillet O, Gobert M, Lagrange S, et al. Agressiemanagement in de psychiatrie. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2011). Geraadpleegd via <http://users.ugent.be/~dibeeckm/rapporten/Eindrapport%20agressiemanagement.pdf> op 3 januari 2015.
- 4 Groot F de. Risicofactoren voor agressief gedrag bij schizofrenie. Doctoraal scriptie; 2009. Geraadpleegd via <http://dare.uva.nl/cgi/arno/show.cgi?fid=131344> op 3 januari 2015.
- 5 Scheffers F. Kunnen verpleegkundigen het risico op agressie beter inschatten met behulp van de Brøset Violence Checklist? Faculty of Medicine Thesis (Master thesis) 2011. Geraadpleegd via <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/198760> op 5 januari 2015.
- 6 Frueh C, Knapp R, Grubaugh C, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, et al. Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv. oktober 2005;56(9): 1123-33.
- 7 Langelaan M, Peeters M, Kok I, Wagner C. Zorggerelateerde schade in de klinische ggz en verslavingszorg: een literatuuroverzicht. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2011;66(1-2):20-32
- 8 Schaaf PS van der, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. [Epub ahead of print January 10, 2013, doi:10.1192/bjp.bp.112.118422.]
- 9 Schaaf P. Binnenklimaat in de zorg & 'helende' impact (?). 2009. Geraadpleegd via www.knvvk.nl/downloads/schaaf2009.pdf op 3 januari 2015.
- 10 Schaaf P van der, Hoogh S de. De kwaliteit van de fysieke zorgomgeving. Stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke) mens. Utrecht: TNO; 2008.
- 11 Stringer B, Welleman R, Berkheij E, Keppel P, Kleve J. De eerste vijf minuten: het halve werk. Deventer: GGZ Ingeest; 2009.
- 12 Voskes Y, Teunissen J, Widdershoven G. Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.
- 13 Beroepsvereniging van zorgprofessionals Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Wat zijn de CanMEDS-rollen en welke activiteiten vallen eronder?
- 14 GGZ Nederland. GGz verpleegkundige beroepscompetentieprofiel HBO. Zwolle: Epos-press; 2012.