

Kwaliteit en veiligheid in de nachtelijke GGz-zorg

Leiden open deuren **tot meer incidenten?**

Na jaren van nachtelijke insluiting van patiënten zijn in drie gesloten klinieken voor forensische en intensieve GGz de kamerdeuren niet meer op slot. Dit heeft geleid tot nieuw beleid, gebaseerd op de BOPZ-wetgeving en passend bij de visie van de organisatie. In dit artikel beschrijven de auteurs die beleidswijziging en onderzoeken zij de effecten daarvan door te kijken naar patiënt-gerelateerde incidenten in de nacht in een periode van een jaar voorafgaand en twee jaar na de invoering.

P. Schaftenaar en M. Ruiter

Met ingang van februari 2013 veranderden, na een voorbereiding van twee jaar, de klinieken hun werkwijze in de zorg 's nachts. Het betreft hier de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), de Langdurig Intensieve Zorg (LIZ) en de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK). Waar eerst alle patiënten ingesloten waren, bleven de deuren van patiëntenkamers na 1 februari 2013 in principe open, tenzij er redenen waren (gebaseerd op de BOPZ-criteria van gevaar) om dit niet te doen. De nachtelijke situatie toen patiënten nog ingesloten waren, was dat er een team van vier medewerkers, plus twee van de beveiliging/receptie, aan het werk waren (op één locatie, 118 bedden). Zij brachten de nacht samen door in een van de teamkantoren, van waaruit de intercoms van alle cliëntenkamers bediend konden worden. Indien nodig kwamen twee medewerkers naar de betreffende patiënt om zorg te verlenen. Voor de 36 bedden op de andere locatie waren 4 nachtdiensten beschikbaar, die werkten volgens hetzelfde principe.

Nieuw beleid

Het dwingende kader van de wetgeving noopte de instelling om haar beleid te veranderen.

Nachtelijk insluiten was vanuit artikel 40 (BOPZ) niet langer toegestaan. Beperking van de bewegingsvrijheid zonder gevaarscriterium werd (en wordt) gezien als inperking van vrijheid. Dit gaf de instelling de gelegenheid goed na te denken over nieuw beleid, dat zich moest richten op het uitvoeren van de gewenste visie op zorg. Deze visie is gestoeld op optimale zorg vanuit de zorgrelatie en een goed leefklimaat met minimale dwang en insluiting (Van Outheusden & Schaftenaar, 2013; Ruiter, 2013). Daarbij moest het beleid voldoen aan alle veiligheidscriteria behorend bij deze doelgroep, waarbij zorg en een bepaalde mate van beveiliging samen gaan. Hiertoe werd een projectgroep samengesteld, bestaande uit verpleegkundigen en agogisch geschoolde medewerkers, management en een projectleider. De projectgroep moest nieuw beleid voor de nachtelijke zorg ontwikkelen en implementeren. De groep is allereerst inhoudelijk aan de slag gegaan met de vraag 'hoe vinden wij dat de zorg 's nachts moet zijn?'.

Visie op nachtelijke zorg

Dat leidde tot de ontwikkeling van het volgende kader voor nachtelijke zorg: Een cliënt krijgt zoveel verantwoordelijkheid, vertrouwen en dus vrijheid als hij aan kan. Hierdoor kan hij zoveel mogelijk zijn wie hij is en het leefritme kiezen wat bij hem past. Hoewel dit principe ook geldt voor de nacht, zijn de nachtelijke uren bedoeld voor rust. De zorg die geboden wordt tijdens de nachtelijke uren, is dan ook van een andere orde dan die van overdag. In de nacht is er een minimale aanwezigheid van begeleiding/verpleging. Deze heeft als focus: het bewaken en bewaren van de rust op de afdeling op een veilige wijze en het bieden van



noodzakelijke zorg. Noodzakelijke nachtelijke zorg bieden betekent inspelen op urgente behoeftes van de cliënt, en gaat over zorg die niet uitgesteld kan worden tot de volgende dag. Voorbeelden zijn: een cliënt geruststellen, op de-escalerende wijze spanning ombuigen en daarvoor een kort praatje hebben. Om optimale (de-escalerende) nachtzorg te kunnen bieden, is het belangrijk dat de nachtdienstmedewerker de cliënt zoveel mogelijk kent. Vanuit het principe dat de nachtzorg zo dichtbij en bekend mogelijk is, zijn alle medewerkers optimaal verspreid en werken zij dus vanaf de eigen afdeling (of een nabijgelegen afdeling), waar zij de patiënten kennen.

De implementatie

De volgende vraag was, wat nodig was om dit te organiseren. Daarbij moest rekening gehouden worden met weerstand bij een groep medewerkers die zelf ook in de nacht werkten (alle medewerkers werken bij toerbeurt in de nacht). Medewerkers waren onzeker over de nieuwe situatie en 'hun veiligheid'. Ze verwachtten incidenten en maakten bezwaar tegen het niet meer samen op één afdeling zitten, maar juist verspreid door de kliniek en alleen.

Dichtbij zorg organiseren betekende als eerste een verhoging van de inzet van medewerkers in de nachtdienst: de verpleegkundige/agogische nachtdienstbezetting nam toe van acht naar vijftien medewerkers (in totaal voor de drie klinieken). Daarnaast werd op alle deuren een signaleringssysteem aangesloten. Bij het openen van een deur komt er daardoor een signaal op de 'pieper' van de nachtdienstmedewerker. Het bestaande intercomsysteem bleef gehandhaafd. Cliënten die niet kunnen slapen en op de afdeling iets te drinken of eten willen pakken, melden dit voorafgaand aan de nachtdienstmedewerker. En dus zien de nachten in de klinieken er heel anders uit. Van stilte, geen verplaatsingen en belletjes met verzoeken als 'ik kan niet slapen, mag ik medicatie', naar een andere sfeer, waarin mensen die niet kunnen slapen even bewegen, wat te drinken pakken en een bemoedigend woord meekrijgen van hun begeleider: 'Hee man, kan je niet slapen? Hopelijk lukt het nu. Trusten'. Dat oogt een stuk zorgzamer.

De angst van medewerkers was desondanks dat dit beleid zou leiden tot meer onrust en incidenten 's nachts. Is dat ook zo?

Geen nachtelijke insluitingen meer bij forensische en intensieve GGz.

Nachtelijke zorg en incidenten

Om te onderzoeken wat de concrete effecten zijn van de open deuren 's nachts, hebben we onderzoek gedaan naar de incidenten in de nacht voor en na de invoering van het beleid. Gekeken is naar de tijdsperiode een jaar voorafgaand en 23 maanden¹ na invoering van het beleid. Het onderzoek beslaat daarmee drie periodes:

Periode I: 1.2.2012 – 31.1.2013 (12 maanden, gesloten deuren)

Periode II: 1.2.2013 – 31.1.2014 (12 maanden, open deuren)

Periode III: 1.2.2014 – 31.12.2014 (11 maanden, open deuren).

Dataverzameling

Incidenten worden gemeld in het digitale Incidenten Meldingssysteem (IMS). De incidenten die in dit onderzoek betrokken zijn, betreffen incidenten die patiënt-gerelateerd zijn, feitelijk in de nacht hebben plaatsgevonden en problemen of handelingen opleverden die er in het kader van het nachtelijke beleid toe deden. De volgende items zijn als gevolg van deze criteria niet meegenomen:

- Meldingen van fouten van medewerkers (medicatie verkeerd gedeeld, medewerkers die zich verslapen hebben of niet komen opdagen);
- Meldingen ongeoorloofd alcohol- en druggebruik die niet tot direct handelen van de nachtdienst hebben geleid (bijvoorbeeld meldingen van positieve urinecontroles. De

aanname is dat deze meldingen niet 's nachts binnenkomen);

- Meldingen 'anders' (die geen directe patiëntenzorg betreffen);
- Meldingen 'afnemende veiligheid' zonder gevolg voor het handelen van de nachtdienst (bijvoorbeeld een deur die niet op slot kon, maar patiënt heeft de hele nacht geslapen).

Daarmee zijn de volgende hoofdgroepen van IMS-meldingen geïncludeerd:

- Brandstichting;
- Fysieke agressie;
- Bedreiging en/of belediging;
- Vernieling;
- Drank- en druggebruik (met gevolgen voor de nacht);
- 'Niet tijdige terugkeer'².

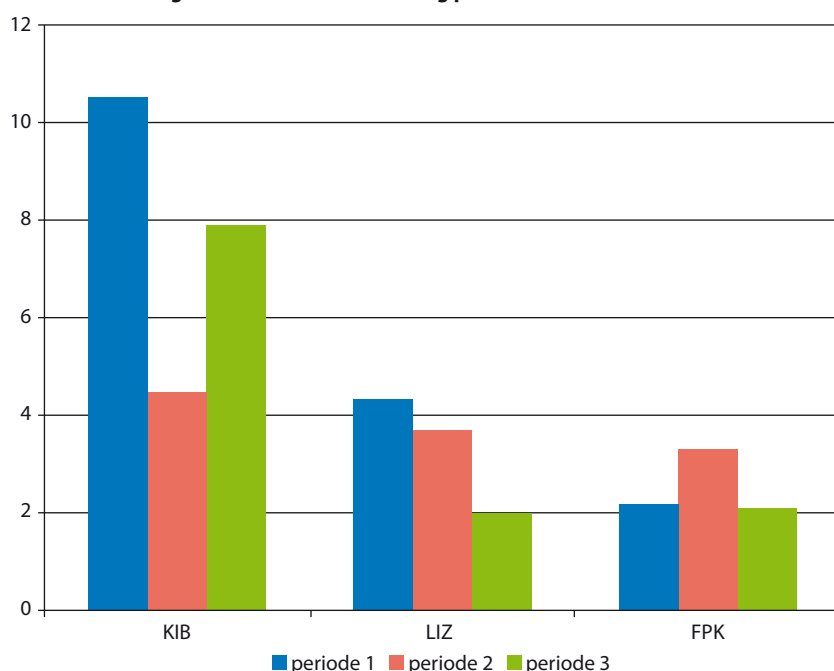
Overwegingen bij de betrouwbaarheid

De IMS-meldingen zijn een weergave van de werkelijkheid die door de professionals in het systeem gezet zijn. Aangenomen moet worden dat er meer incidenten hebben plaatsgevonden dan gemeld zijn. Wat de ene medewerker beschouwt als een incident, kan de andere medewerker beleven als 'hoort bij het werk'. Vooral voor incidenten die minder ernstig van aard zijn, is sprake van onderrapportage (Dickens, Picchioni & Long, 2013).

Al jaren wordt in de ggz gewerkt aan een betere 'meldcultuur' (GGZ-Nederland, 2012). Een mogelijke toename van incidenten kan dus deels verklaard worden uit feitelijk meer incidenten, maar kan ook verklaard worden als een toegenomen meldingsbereidheid. Wat we weten is dat de incidenten hebben plaatsgevonden. Wat we niet weten is of er bij minder gemelde incidenten, ook feitelijk minder incidenten waren. Aanvullend hierop weten we ook niet of de meldingsbereidheid 's nachts hoger of lager is dan overdag en of die meldingsbereidheid positief of negatief beïnvloed is door het open deurenbeleid.

Uit de omschrijvingen in het IMS-systeem wordt niet altijd duidelijk wat er in werkelijkheid gebeurd is. Ter illustratie het volgende voorbeeld. De melding betreft de hoofdgroep 'fysieke agressie'. In de toelichting staat de volgende tekst: "bij sluiten deur (op rood) kon niet gezien worden aan rode lampje of deur dicht zat". Of er, en zo ja welke, fysieke agressie heeft plaatsgevonden, blijkt niet uit deze melding. Daarvoor zou verdiepend dossieronderzoek nodig zijn. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd. Een ander probleem is dat de tijds-aanduidingen van de meldingen niet altijd

Tabel 1: Percentage incidenten nacht t.o.v. dag per kliniek



overtuigend overeenstemmen met het moment waarop het incident plaats heeft gevonden. Zo worden er meldingen 's nachts gedaan, die een incident overdag betroffen. Daar waar dit duidelijk uit de gegevens te halen was, is het conform de inclusiecriteria verwerkt in dit onderzoek. Daar waar het niet geheel duidelijk was, is het door de melder aangegeven tijdstip op de melding aangehouden.

Resultaten

In periode I (1 februari 2012 tot 31 januari 2013), een periode van 12 maanden met gesloten deuren, waren er in de drie klinieken in totaal 15 incidenten die voldeden aan de eerder genoemde criteria. Die betroffen dus de directe patiëntenzorg 's nachts. In periode II (1 februari 2013 tot 31 januari 2014), een periode van 12 maanden met open deuren, waren er in de drie klinieken in totaal 27 incidenten die voldeden aan de eerder genoemde criteria. Periode III betreft een periode van elf maanden: van 1 februari 2014 tot en met 31 december 2014. In deze periode zijn 30 meldingen gevonden die aan de criteria voldoen.

Er is in periode II en III dus sprake van een toename van het aantal incidenten in de nachten opzichte van periode I. Daarmee is het interessant te onderzoeken welk percentage de nachtelijke incidenten innemen ten opzichte van het totale aantal gemelde incidenten. In periode I vonden we 15 incidenten 's nachts (die voldoen aan de eerder genoemde criteria) van in totaal 309 gemelde incidenten. Daarmee zijn de incidenten in de nacht 4,8% van het totaal.

In periode II betreft dit 27 van in totaal 681 incidenten. Dat is 3,9%. De 30 incidenten in 11 maanden van 2014 zijn 4,1% van het totale aantal van 719 meldingen over deze periode. Per kliniek geven de percentages het beeld dat is terug te vinden in tabel 1.

Alhoewel er in absolute zin een stijging te zien is van het aantal nachtelijke incidenten, is dit niet zo als we ze relateren aan het totaal aantal gemelde incidenten. Dan zien we eerder een wisselend beeld (tabel 1). Zowel de KIB als de LIZ hadden verhoudingsgewijs de meeste nachtelijke incidenten in periode I (respectievelijk 10,5% en 4,3%), toen de deuren dicht waren. In periode II en III zien we op de KIB een wisselend beeld (4,5% in periode II en 7,9% in periode III). Bij de LIZ is een duidelijke daling zichtbaar. In periode II is 3,7% van de incidenten een incident in de nacht, in periode III is dit 2%. De FPK heeft in periode II verhoudingsgewijs de periode met de meeste nachtelijk incidenten. Toen was 3,3% van het totaal aantal

incidenten in de nacht (versus 2,2% en 2,1% in periode I en III).

Conclusie

Er zijn op basis van dit onderzoek geen eenduidige conclusies te trekken over toe- of afname van incidenten per kliniek. Voor de drie klinieken samen geldt een afname van het percentage incidenten in de nacht als onderdeel van het totaal aan gemelde incidenten. Er is in ieder geval geen grote toename van inci-

Het betekende een verhoging van de inzet van medewerkers in de nachtdienst

denten zichtbaar nadat de kamerdeuren 's nachts open bleven. Met zekerheid is te stellen dat er meer incidenten zijn gemeld in het systeem. Het beleid van de instelling aangaande veiligheidsmanagement -(systemen) is hier ook op gericht geweest. Zichtbaar is dat de aandacht voor meldingscultuur haar vruchten afgevoerd heeft.

Noten

1. Vanwege een wijziging in het registratiesysteem waren geen 2 vergelijkbare jaren beschikbaar en is gekozen voor 23 maanden.
2. Niet tijdig terugkeren is bijvoorbeeld in plaats van volgens afspraak om 22.00 uur terugkomen van verlof, midden in de nacht arriveren. Deze categorie bleek geen meldingen op te leveren die betrekking hadden op de feitelijk gegeven nachtelijke patiëntenzorg (de gevallen in dit onderzoek betroffen patiënten die de hele nacht niet (meer) terugkwamen).

Literatuur

Dickens, G., Picchioni, M. & C. Long. Aggression in specialist secure and forensic inpatient mental health care: incidence across care pathways. *The Journal of Forensic Practice*. (2013) 15(3), pp.206 - 217

GGZ-Nederland. *Handreiking VIM. Veilig incidenten melden en analyseren*. Amersfoort, 2012.

Outheusden, I. van, & P. Schaftenaar. Behandeling en behandelbaarheid in de forensische psychiatrie. In: Van der Helm, P., Kröger, U., Schaftenaar, P. en J. van Vliet. *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. SWP, Amsterdam 2013, 210-218.

Ruiter, M. Dwang en drang in de (forensische) zorg: van controle naar contact. In: Van der Helm, P., Kröger, U., Schaftenaar, P. en J. van Vliet. *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. SWP, Amsterdam 2013, 116-131.

Informatie over de auteurs

Petra Schaftenaar (MSc) is werkzaam als zorginnovator en onderzoeker bij Inforsa (onderdeel van Arkin, Amsterdam).

Minco Ruiter (BA) is coördinator dwangzorg bij Inforsa. Samen ontwikkelen en onderzoeken zij nieuwe werkwijzen en interventies die gericht zijn op het beperken van dwang en het verbeteren van de zorgrelatie tussen cliënten en professionals.