***Plan van uitvoer****Praktijkleeropdracht Crisis*

[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjXv_udxrDJAhXCeA8KHcBKC_EQjRwIBw&url=http://mandala-jim.deviantart.com/art/Mandala-hand-drawing-53-335050163&psig=AFQjCNE0H37o_Woma737tslSRsHCA1C8Xg&ust=1448711766018865) [](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjXv_udxrDJAhXCeA8KHcBKC_EQjRwIBw&url=http://mandala-jim.deviantart.com/art/Mandala-hand-drawing-53-335050163&psig=AFQjCNE0H37o_Woma737tslSRsHCA1C8Xg&ust=1448711766018865)

***Mentrum*  
*High care detox  
periode 4***

***11 januari 2016****Leerling: Shelley Roby Kruiver  
Groep: LD4GGZ-1  
  
Praktijkbegeleiding: Geerie Blankenzee  
Werkbegeleiding: Angelique Frols, Tessa Bos*

***Inhoudsopgave:***

***Pagina 2 Inhoudsopgave***

***Pagina 3 Inleiding, Voorbereiding (visie, beleid, afdeling)***

***Pagina 4 Theoretisch kader***

***Pagina 6 Plan van uitvoer***

***Pagina 8 Uitvoer***

***Pagina 11 Reflectie***

***Pagina 12 Literatuur***

***Pagina 13 Bijlage 1; HIC opname checklist***

***Pagina 14 Bijlage 2; Opname formulier HCD***

***Inleiding:***

De afgelopen jaren als leerling ben ik steeds zelfstandiger geworden in het opvangen en begeleiden van crisissituaties. Het hanteren van crisis situaties is in velen aspecten op mijn huidige afdeling terug te vinden. Niet alleen het draaien van de calamiteiten-diensten pan breed, maar ook de crisissituaties op de afdeling vallen hieronder. Op mijn huidige afdeling komen er naast de geplande detox-opnames, ook dagelijks mensen onder invloed in crisis binnen. Als verpleegkundig team hebben wij bijvoorbeeld regelmatig te maken crisissituaties in de vorm van oplopende spanningen bij cliënten, (verbale) agressie of de meer lichamelijke crisis als een delier- of onthoudingsinsulten.

Om deze crisis situaties goed op te kunnen vangen speelt preventie een belangrijke rol. De best practiced based HIC *(high intensive care)* methodiek wordt op de IC *(intensive care)* al gebruikt ter preventie van crisissituaties. Op de HCD *(high care detox)* afdeling zouden wij delen van de HIC methodiek kunnen gebruiken. Binnen deze opdracht wilde ik om de bovenstaand genoemde reden preventie een plek geven. Daarnaast kwam er uit de teamvergadering naar voren dat de wens er is om op de afdeling meer signaleringsplannen te gebruiken. Om die reden wil ik deze opdracht wijden aan het opnemen van een stukje signalering middels de HIC methodiek binnen de opname van cliënten op de HCD.

***Voorbereiding***

**Visie, beleid en afdeling:**Bij de aanmelding van een cliënt wordt er vaak een korte voorgeschiedenis en hulpvraag geschreven. Het is dan aan het *planbureau* en *triage* en zorg om dit juist te beoordelen en de juiste aanmeldingen en plaatsingen te doen. Dit wordt echter niet altijd goed ingeschat of soms is de aanmelding niet volledig. Soms komen wij er op de afdeling dan achter dat er vooraf beter wat meer informatie bekend had kunnen zijn, zodat wij daar preventief op hadden kunnen handelen. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt bekend is met agressie. Dit kost de afdeling en coördinatoren veel werk, wanneer er eigenlijk al een crisis situatie is opgetreden. Daarnaast is het voor de cliënt ook niet prettig om in een crisissituatie te komen omdat hij/zij zich onbegrepen voelt. Of door niet juiste informatie verkeerd bejegend wordt, wat voor spanning zorgt.

Daarnaast is de opname op de afdeling van groot belang. De opname is de eerste indruk van de afdeling voor een cliënt. Om die reden kan er binnen de opname al veel preventief werk gedaan worden. Momenteel wordt er een opnameformulier gebruikt, welke puur functioneel is voor de afdeling en artsen. De lichamelijke-, psychische- en sociale toestand worden uitgevraagd, naast de metingen die gedaan worden bij opname. De arts heeft na de verpleegkundige opname wel een iets uitgebreider opnamegesprek met cliënt, maar ook hierover is geen vast beleid. De ene arts doet dit uitgebreider dan de andere arts. Door de artsen wordt er een behandel- en een crisisplan gemaakt. Deze bevatten echt geen signaleringsplan. Terwijl het Arkin-breed wel verplicht is om voor iedere opgenomen cliënt een signaleringsplan te hebben. Gezien de korte opnameduur op onze afdeling wordt er genoegen genomen met het crisisplan, maar deze bevat geen signalering ter preventie van crisissituaties.

***Theoretisch kader***

**HIC methodiek:**De HIC *(high and intensive care)* methodiek is vaak kortdurend, intensief en wordt gezien als een onderbreking van een ambulante behandeling met als doel het hervinden van stabiliteit en de eigen regie in een klimaat waarbij de mogelijke schadelijke invloeden van een opname tot het minimum worden beperkt en er stappen worden gezet naar het herstel. De ernst van de symptomen en de mate van controleverlies bepalen de indicatie voor opname. Meestal gaat het om cliënten in psychose, manie, depressie, al dan niet in combinatie met middelengebruik. Hierbij is er vaak sprake van ernstig suïcidaal, zelfdestructief, manisch, agressief of ander moeilijk te hanteren gedrag. Vaak ontbreekt er adequate sociale steun of is er sprake van uitputting in de directe omgeving van de cliënt. Opname kan dan nodig zijn omdat ambulante behandeling ontoereikend bleek om crisis af te wenden *(1,2)*.

**Behandelvisie:**De behandelvisie combineert *herstel ondersteunende zorg* en het *medisch model* *(de behandeling van de psychiatrische crisis en bescherming en veiligheid).*Herstel betekend het leren omgaan met symptomen en kwetsbaarheid, het terugwinnen van zelfvertrouwen en het, ondanks blijvende klachten, weer participeren in het leven. De vier domeinen van herstel zijn het herstel van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke rollen en identiteit. Goed hulpverlenerschap binnen de herstel ondersteunende zorg is in dit verband gerelateerd aan attitude en het contact, maar ook aan aandacht en openheid voor de betekenissen van de crisis voor een cliënt. Dit kan worden samengevat in de volgende kenmerken:

* Present zijn (aandachtig aanwezig)
* Het professionele referentiekader gebruiken op terughoudende en bescheiden wijze.
* Persoonlijk reageren op gevoelens en emoties.
* Ruimte maken voor het eigen verhaal van cliënt en hierbij ondersteunen en aansluiten bij dit eigen verhaal.
* Herkennen en stimuleren van eigen kracht van de cliënt (empowerment), zowel individueel als collectief.
* Erkennen, benutten en stimuleren van ervaringsdeskundigheid van cliënt.
* Erkennen, benutten en stimuleren van ondersteuning van cliënt door belangrijke anderen.
* Gericht zijn op het verlichten van lijden en het vergroten van de eigen regie en autonomie.

Het medische model gaat meer om diagnostiek, het bestrijden van symptomen en vermindering van lijden door het toepassen van (medicamenteuze,) psychiatrische en eventueel somatische behandeling volgens de gangbare richtlijnen en het toepassen van drang en dwang indien dit noodzakelijk is. De integratie van deze twee modellen vormen de basis van de behandeling op een High intense care afdeling. De behandeling is erop gericht om de eigen regie van een cliënt zoveel mogelijk te versterken, met zo min mogelijk toepassen van drang of dwang en gebruikmaken van evidence based interventies en best practices. De behandelaar vervult dus een tijdelijke, maar zeer essentiële rol *(1)*.

**Fundamenten HIC:**Om daadwerkelijk herstel ondersteunende zorg te kunnen bieden op een HIC, moeten er aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, namelijk:

* *Investeren in contact;* een van de beste interventies hiervoor is ervoor te zorgen dat het contact bij binnenkomst zo goed mogelijk wordt gelegd. Hiervoor is de *‘eerste vijf minuten bij opname’ (Welleman e.a. 2011).* Dit model gaat uit van het belang van investeren in de eerste ontmoeting en het opbouwen van vertrouwen. Is het contact eenmaal gelegd dan bied dit een basis voor het samenwerken in de herstel ondersteunende zorg. Het model wordt vertaald in heldere afspraken over de gang van zaken. De eerste 5 minuten worden niet alleen bij opname gebruikt, maar elke keer als de hulpverlener en cliënt een interactie met elkaar aangaan.
* *Een gastvrije bejegening en attitude;* het behouden van contact is direct gekoppeld aan attitude en bejegening. Een passende attitude bestaat uit geduld, respectvolle en een gastvrije bejegening, welke expliciet opgenomen is in het personeelsbeleid.
* *Het betrekken van naasten;* de betrokkenheid van naasten bij- en tijdens opname op de HIC is belangrijk voor herstel en continuïteit van zorg.
* *Een herstel bevorderend behandelklimaat;* het behandelklimaat dient voorwaarden te scheppen waardoor de eigen regie kan worden bevorderd en het herstel ondersteund. Dit vereist een duidelijke structuur, gerichte (dag)activiteiten in combinatie met bescherming, professionaliteit en een goede multidisciplinaire samenwerking. De beperkte afdelingsregels worden met gevoel voor de situatie toegepast en de hantering van de regels is een periodiek aanhoudend terugkerend aandachtspunt. Het team verricht standaard bij elke cliënt een taxatie van de risico’s op suïcide en op gewelddadig gedrag.
* *Een supportief therapeutisch milieu:* Het supportieve model waarbij gerichtheid op het individu een van de belangrijkste kenmerken is, sluit het beste aan bij de HIC methodiek. De volgende elementen zijn hierin belangrijk: vaste structurering van tijd en ruimte, aanwezigheid op de groep, samenwerking met cliënt (flexibel en onderhandeld), in stand houden van gezonde functies, aandacht voor medicamenteuze behandeling *(1,2)*

**Opname:**Het doel van de opname is het herwinnen van de regie over het eigen functioneren- tot minimaal een niveau waarop de cliënt buiten weer verder kan – door behandeling van een ernstige crisis en het bieden van bescherming en veiligheid. Het proces van opname bestaat uit 7 stappen:

* Kennismaking
* Zorgafstemminggesprek *(ZAG)*
* Risicotaxatie en signaleringsplan
* Psychiatrisch onderzoek en hetroanamnese
* Somatisch onderzoek
* Routine Outcome Monotoring *(ROM)*
* Behandelplan *(binnen 24 uur)*

Volgens de methodiek van *de* *eerste vijf minuten* wordt er vooral in het eerste contact veel gedefinieerd door middel van non-verbale communicatie en handelingen voor verdere kwaliteit van het verdere contact. De wijze waarop de hulpverleners contact maken met cliënt wordt vaak als maatgevend ervaren voor de rest van het contact. Dit wetende kan de opname in diverse acties worden onderscheiden *(2)*:

1. De voorbereiding voor opname. Zorg ervoor dat cliënt zich welkom voelt op de afdeling. Denk hierbij aan een opgemaakt bed, een schone omgeving, goede voorzieningen. Houd wel in gedachten dat een voorspeller van agressief gedrag een voorgeschiedenis met agressief gedrag is. Informeer met die reden over de achtergrond van cliënt, maar het de opname ook een nieuwe start zijn.
2. Ontvangst van een cliënt. Stel jezelf voor en vraag hoe het is voor cliënt om hier te zijn. Zorg dat je op de hoogte bent van de reden waarom cliënt opgenomen is. Erken de gevoelens van cliënt en let op de eigen houding, dat je rust en veiligheid uitstraalt. Doe geen opname met meer dan twee personen en zorg voor een rustige en ordentelijke ontvangstruimte.
3. Introductie van cliënt. Bied aan te helpen bij het uitpakken van de spullen, controleren op contrabande met de nodige uitleg over de veiligheid voor beide partijen. Bied cliënt wat eten of drinken aan. Houd rekening met het toestandsbeeld van cliënt, waardoor deze psychisch- of lichamelijk ongemak kan ondervinden.
4. Introductie van de afdeling. Informeer cliënt, maar houdt rekening met zijn toestandsbeeld en dat informatie teveel kan zijn. Stel cliënt voor aan andere cliënten, wanneer deze op de afdeling zijn. Overhandig cliënt de afdelingsmap met informatie en kom daar op een later moment op terug.
5. Vraag naar regelzaken. Dingen in de thuissituatie waar men zich zorgen om maakt zijn hier een voorbeeld van.
6. Zorg zo snel mogelijk voor persoonlijke spullen, eventueel rookwaar en kleding. Begeleidt cliënt in het regelen van deze zaken. Laat cliënt zo veel mogelijk zelf de regie houden.
7. Introduceer de verpleegkundige die de volgende dienst de zorg overneemt.

**Theorie versus praktijk:**De behandelvisie van de HIC methodiek komt erg overeen met de behandelvisie van de HCD. Hoewel de eerste dagen op de HCD voornamelijk gericht zijn op het *medische model* door van het bieden van bescherming en veiligheid om lichamelijk weer stabiel te worden, is er veel oog voor de vier domeinen van *herstel*; herstel van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke rollen en identiteit. Als ik kijk naar de fundamenten van de HIC, doet de HCD het goed op meerdere aspecten. Het *investeren in contact* staat hoog in het vaandel bij de HCD. Om die reden wil ik binnen deze opdracht de puntjes op de i zetten, zodat er door structuur en signalering binnen de opname preventief gewerkt kan worden in crisissituaties. *De gastvrije bejegening en attitude* is terug te vinden binnen meerdere aspecten op de afdeling. Niet alleen binnen de geduldige en respectvolle bejegening van het verpleegkundig- en facilitair team maar ook door diverse trainingen als motiverende gespreksvoering en de-escalerend werken wordt de kwaliteit betreffende de bejegening en attitude gewaarborgd. Er worden *naasten betrokken* tijdens de opname, zowel contactpersonen als externe verwijzers. Een ander fundament is het *herstel bevorderende behandelklimaat.* Op de HCD zijn er modules waar de cliënten aan kunnen deelnemen. Daarnaast is er een duidelijke structuur en sprake van een goede multidisciplinaire samenwerking door het gehele pand heen, zowel tussen artsen, als verpleegkundigen en de diverse afdelingen.

Als ik specifiek naar de opname kijk valt er nog wel wat verbetering te behalen in de praktijk. De 7 stappen van de HIC methodiek klinken wellicht als tijdrovend, maar hoeven dat niet te zijn. De kennismaking, de zorgafstemming en de risicotaxatie / signaleringsplan zouden allemaal binnen het opnamegesprek volgens de *eerste vijf minuten methodiek* kunnen worden gedaan. Momenteel wordt er gewerkt met een opnameformulier waarin de metingen worden gedaan en de functionele zaken, als een contactpersoon, psychische- of lichamelijke bijzonderheden worden uitgevraagd. Ook wordt er op de afdeling gewerkt met voortgangsgesprekken gedurende de opname, maar hier wordt geen meetbaar instrument voor gebruikt, zoals bijvoorbeeld de ROM. Het psychiatrisch- en somatisch onderzoek worden uitgevoerd door de arts. Ook het behandelplan wordt door de arts gemaakt.

***Plan van uitvoer***

In deze opdracht zal ik middels de *HIC methodiek / de eerste vijf minuten* een opnameformulier ontwerpen en implementeren op de afdeling. Door een stuk signalering en risicotaxatie in dit opnameformulier mee te nemen verwacht ik dat het contact gedurende de opname kwaliteitsvoller wordt gezien er naar het perspectief van de cliënt wordt gevraagd en er passende zorg wordt geboden. Dit biedt een gevoel van veiligheid en ondersteuning vanaf het eerste moment. Daarnaast is er op deze manier voor iedere cliënt een kort signaleringsplan, zoals Arkin breed verplicht is, vanaf het moment van opname, waardoor wij vanaf opname passende preventieve interventies in kunnen zetten bij oplopende spanning om een crisissituatie te voorkomen.

***Leerdoel:*** *Ik kan bij drie cliënten mijn ontworpen opnameformulier gebruiken en deze implementeren op de afdeling zodat er van deze cliënten een kort signaleringsplan is. Dit maak ik meetbaar door middel van feedback van collegae.*  
**Huidige niveau:**

Door middel van deze opdracht verwacht ik aan de volgende competenties te werken:

*Competentiegebied 1B; De verpleegkundige verleent preventieve zorg aan individuen en groepen.  
Competentiegebied 3A; De verpleegkundige werkt effectief samen met alle betrokkene.  
Competentiegebied 4A; De verpleegkundige draagt systematisch bij aan verbetering en vernieuwing van de zorgverlening.  
Competentiegebied 6A; De verpleegkundige coördineert zorgverlening en preventieprogramma’s en waarborgt daarbij de continuïteit van de zorg.  
Competentiegebied 6B; De verpleegkundige ontwerpt kwaliteitszorg ten behoeve van de verpleegkundige zorgverlening.*Tijdens mijn tussenbeoordeling bleek dat ik wel in een uitvoerende rol met preventie bezig ben op de afdeling, maar dat ik nog meer zou kunnen ontwikkelen. Betreft het ontwerpen van preventie ben ik dus nog *in ontwikkeling.* Door preventie instrumenten voor opname te ontwikkelen draag ik bij aan het beleid en aan kwaliteitsverbetering binnen de zorg. Door het ontwikkelen en implementeren van een opname-instrument aan de hand van de eerdere genoemde best-practised theorieën verwacht ik dus aan de bovengenoemde competenties te werken. Dit wil ik doen middels de volgende interventies:

**Interventies:**

* Ik verdiep mij in de fundamenten van de HIC theorie en de eerste vijf minuten theorie
* Ik vergelijk deze met de huidige werkwijze op de afdeling.
* Ik breng mijn collegae op de hoogte van het opnameformulier dat ik aan het ontwikkelen ben.
* Ik kan uitleggen waarom ik dit formulier aan het ontwikkelen ben en op welke wijze ik hieraan bijdraag aan de preventie.
* Ik ontwerp een opnameformulier aan de hand van deze methodieken én de vergelijking die ik met de afdeling gemaakt heb.
* Ik bespreek dit formulier met mijn werkbegeleiding.
* Ik introduceer dit formulier op de afdeling aan mijn collegae en sta open voor eventuele vragen en opmerkingen.
* Ik vraag feedback aan mijn collegae na gebruik van dit formulier om nog aanpassingen door te voeren.
* Ik communiceer het opnameformulier helder door aan mijn team door middel van een mail, zodat dit later voor een ieder nog terug te vinden is.
* Ik plaats het opnameformulier op de gemeenschappelijke F-schijf en print het uit voor gebruik.
* Ik vraag feedback na gebruik van het opnameformulier, zodat ik deze nog kan aanpassen.
* Ik doe een opname middels mijn ontworpen opnameformulier.
* Binnen deze opname houd ik rekening met de 7 stappen van de HIC methodiek.
* Ik beschrijf mijn uitvoer middels de 7 stappen van de HIC.

***Persoonlijk leerdoel:*** *Ik kan binnen deze praktijkleeropdracht concreet reflecteren op de uitvoer van deze opdracht en vraag hier feedback over aan mijn praktijkbegeleiding.*

* Ik beschrijf de uitvoering concreet door belangrijke momenten uit te werken in de uitvoer aan de hand van beïnvloedende factoren en mijn handelen.
* Ik reflecteer door middel van de cirkel van Korthagen, zodat ik een structuur heb voor mijzelf.
* Ik evalueer aan de hand van mijn voorop gestelde interventies in het plan van uitvoer.
* Ik beschrijf concreet wat ik geleerd heb door mijn begin-niveau en eindniveau te benoemen in de reflectie.
* Ik benoem de gevolgen voor mijn verdere leerproces in de reflectie.
* Ik vraag feedback over mijn reflectie aan zowel mijn werkbegeleider als mijn praktijkbegeleiding.

***Uitvoer***

Ik ben begonnen met het ontwerpen van een opnameformulier. Dit heb ik gedaan door mij te verdiepen in de HIC theorie. Ik heb de juiste boeken hiervoor opgezocht en de theorie met de praktijk vergeleken binnen deze opdracht. Ik heb mijn praktijkbegeleiders en collegae op de hoogte gesteld van het formulier wat ik aan het ontwerpen was door middel van een mail. Tijdens het ontwerpen van dit formulier heb ik gebrainstormd met meerdere collegae over de criteria van een opname (formulier). Naar aanleiding van deze ideeën in combinatie met de theorie heb ik het opnameformulier ontworpen en deze eerste versie laten voorzien van feedback;

*‘Ik vind het een creatieve en slimme aanvulling op het al huidige opnameformulier. Het formulier ziet er volledig en overzichtelijk uit. Ook goed ingespeeld op de vraag van het team om meer met signaleringsplannen te gaan werken.’*

*‘Ziet er mooi geordend uit Als je het nog iets uitweid met betrekking tot schrijfbare ruimte past het mooi op twee kantjes dubbelzijdig. Scheelt weer nietjes en papier. Duurzaam en lean werken is ook een pre voor een organisatie.’*

Deze feedback heb ik verwerkt in mijn ontwerp, waarna deze klaar was voor gebruik. Vervolgens heb ik drie cliënten opgenomen volgens de eerder beschreven 7 stappen van de HIC methodiek én mijn opname formulier, welke hierbij aansluit. Ik heb twee collegae gevraagd of zij het formulier ook wilde gebruiken, zodat zij- en ikzelf konden ondervinden of het formulier in de praktijk prettig te gebruiken was.

*Uitvoer opname:*  
De eerste stap van de HIC is het voorbereiden van de opname. Dit heb ik gedaan door aan het begin van mijn dienst de opnames in te lezen. Ik heb kamers gecheckt en de vuile kamers doorgegeven aan de schoonmaker, zodat cliënt in een schone en georganiseerde omgeving komt. De eerste twee cliënten die ik opgenomen heb waren geplande opnames. De derde cliënt kwam via de crisislijst binnen, dus hier moest ik zelf de opname gegevens en kamers voorbereid naast mijn werkzaamheden.

De tweede stap is het ontvangst van de cliënt. Bij het ophalen van de cliënt heet ik deze welkom en vraag ik of het moeilijk was om de stap hierheen te zetten. Alle drie waren het cliënten die al eens eerder een opname hadden gehad binnen onze kliniek en de stap niet zo moeilijk vonden. Na het toewijzen van de kamer, doe ik het opnamegesprek middels mijn opnameformulier waardoor ik stap 3, 4, 5 en 6 van de HIC methodiek in één keer kan beschrijven *(2)*. Dit zal ik per opgenomen cliënt doen:

*Cliënt 1;*Cliënte is een 49-jarige vrouw welke komt voor een geplande detox-opname, ter alcohol en GHB ontgifting. Zij wordt door haar vriend gebracht. Wanneer ik haar ophaal is zij vriendelijk in contact. Ik zie wanneer ik haar ophaal dat zij wat GHB-ontwennende trekken vertoond als spiertrekkingen en vertraagde en verwarrende spraak. Op haar kamer leg ik uit hoe het opnamegesprek eruit gaat zien en vraag voor welk middel zij komt en wanneer haar laatste gebruik was. Vervolgens doe ik de controles, zodat ik weet hoe cliënte er lichamelijk gezien voor staat en dat ik weet hoe zinvol een compleet opnamegesprek is. Cliënte blaast nul, maar wordt gedurende het gesprek steeds wat verwarder en vertraagt in haar spraak van de GHB ontwenning. Ik besluit het gesprek later voort te zetten en haar eerst door een arts te laten zien. Aan haar vriend vraag ik om de medicatie uit de tassen te halen, zodat deze mee kunnen naar gesprek met de arts. Ik zorg dat haar spullen veilig op verpleegkundig kantoor staan, omdat deze nog niet nagekeken zijn op contrabande. Later komt de casemanager nog even, welke ik ter woord sta. Deze wil graag nog wat toevoegingen doen betreffende cliënte haar personlijkheidsproblematiek. In de middag, wanneer cliënte wat helderder en adequater in contact is, doe ik de rest van mijn opnameformulier en de afdelingsinformatie. Op dit moment zijn lichamelijke- en psychische klachten al besproken in de artsenvisite, dus blijft het signaleringsplan voor mij over om uit te vragen. In het gesprek komt eruit dat cliënte niet bekend is met agressie. Bij spanningen wordt zij emotioneel en wil zij graag een troostende schouder. Ik kijk met haar samen de tassen na en geef wat uitleg over de afdeling, waarna ik de overdracht doe aan de volgende dienst.

*Cliënt 2;*Cliënt is een 40 jarige man, welke komt voor een geplande detox-opname, voor alcohol en cannabis ontgifting. Dhr. heeft een incident op de klinische detox van de Jacob Obrecht straat gehad door zijn spanningen, waarna hij ruzie kreeg met een medewerker omtrent medicatie en vervolgens naar de High Care Detox (HCD) is overgeplaatst. Bij de aanmelding staat dat dhr. cannabis gebruikt om spanningen tegen te gaan. Een signaleringsplan lijkt een aangename aanvulling om preventiever te kunnen handelen bij het opkomen van zijn spanningen. Bij opname komt cliënt komt adequaat en vriendelijk over in contact. Wel is hij nog wat geladen over de ruzie die op de Obrechtstraat heeft plaatsgevonden. Ik bied dhr. een luisterend oor in eerste instantie. Dhr. geeft aan dat zijn spanningen hier een rol in speelden, dus ik kan daar mooi op in spelen door te vragen op welke manier hij dan rust kan vinden en wat wij daarin voor hem kunnen doen. Ik begin mijn opname formulier dus achterstevoren op dit moment, door flexibel met de situatie mee te gaan. Ik acht de controles op dit moment niet van die noodzaak dat ik die voor laat gaan. Ik rond het verdere opnameformulier af, met de lichamelijk- psychische- en sociale gebieden, de controles die geen afwijkingen vertonen en leg cliënt uit hoe de dag en verder uit gaat zien voor hem. Ook noem ik hierin dat ik een kort signaleringsplan voor hem zal maken, zodat wij spanningen zoveel mogelijk kunnen voorkomen en hem de juiste begeleiding kunnen bieden, zoals hij die wenst. Dhr. stemt hiermee in. Ik werk het signaleringsplan uit middels drie fases; ontspannen, licht gespannen en gespannen. Aan het einde van mijn dienst bespreek ik het gemaakte signaleringsplan met hem, waar hij mee instemt. Ik print deze uit, stop deze in dhr. zijn dossier en plaats een verwijzing naar dit plan op het AA formulier (overdrachtsformulier), zodat iedere dienst ervan op de hoogte is en kan begeleiden volgens dit signaleringsplan bij toenemende spanningen.

*Cliënt 3;*Cliënt is een 27-jarige man met een wat lager IQ, welke komt voor een crisisopname, voor ontgifting van alcohol en cannabis gebruik. Dhr. woont begeleid bij Cordaan en heeft daar wegens een crisissituatie een time out gehad. Dhr. heeft een vriendin en een dochtertje van 1 jaar oud, welke beide ook begeleid wonen bij Cordaan. Client en zijn vriendin wonen apart van elkaar, ter preventie om crisissituaties te voorkomen. Bij opname komt cliënt emotioneel binnen. Hij heeft een envelop van Cordaan mee, met medicatielijsten en een (verouderd) signaleringsplan. De medewerker van Cordaan moet gelijk weer terug, dus ik doe het opnamegesprek met cliënt. Ik doe de controles, waarna cliënt een BAC van 2.95 heeft. Hij is behoorlijk onder invloed van alcohol en cannabis en erg verdrietig. Omdat hij insult- en delier gevoelig is vind ik het belangrijker dat hij eerst een arts ziet, zodat er een afbouwschema voor hem opgesteld kan worden. Het opnamegesprek- en het signaleringsplan staan nu even niet op de voorgrond. Na ieder uur gecontroleerd te hebben, is de BAC gezakt naar 1.02 en geef ik dhr. zijn Lorazepam om insulten te voorkomen. Dit geeft hem na een uur enige rust en ik ga opnieuw het gesprek met hem aan. Hij is nog steeds enigszins verdrietig om de situatie, maar kan zich beter verwoorden nu hij minder onder invloed is. We nemen samen het opnameformulier én het signaleringsplan door van Cordaan. Client heeft nog wat aanpassingen gezien dit plan verouderd en gericht op zijn Cordaan-woonplek is. We spreken af dat ik dit aanpas en dat we het plan dan kunnen gebruiken op de afdeling. Ik pas het plan gelijk aan. Ik verander de lay-out naar een stoplicht-signaleringsplan. Een plan wat veel bij zwakbegaafdere cliënten wordt gebruikt, gezien de duidelijkheid van de groen-oranje-rood fases. Na goedkeuring van cliënt doe ik het in het dossier van cliënt doe en een verwijzing maak op het AA formulier (overdrachtsformulier) naar dit plan.

**Feedback:**Mijn collegae hebben het opnameformulier ook gebruikt bij diverse opnamen. Daarnaast heb ik feedback gevraagd over de opname aan de cliënten die ik heb opgenomen. Dit heb ik gedaan tijdens het voortgangsgesprek wat ik met hen heb gevoerd.

***Feedback collegae;*** *Het nieuwe opnameformulier is overzichtelijker en duidelijker ingedeeld in de verschillende gebieden (lichamelijk, psychisch en sociaal). Het vraagt echter ook naar een verdieping in de informatie door te vragen hoe het met een cliënt is. Zowel ontspannen als gespannen, aan welk gedrag dit zichtbaar is en wat de cliënt zelf en wij als verpleegkundige team kunnen doen om te ondersteunen. Dit doet het contact en de eerste indruk voor de cliënt ten goede. Echter laat het toestandsbeeld van cliënt, of de drukte op de afdeling dit bij opname niet altijd toe. Enige flexibiliteit met dit opnameformulier is dus wel gewenst, maar in principe blijft dit hetzelfde als bij het vorige opnameformulier. Daar werd de uitleg betreft de afdeling ook later gedaan wanneer het toestandsbeeld dit wel toe liet. Een andere kanttekening is dat een compleet signaleringsplan niet bij alle cliënten nodig is. Wel is het natuurlijk goed om er naar te vragen, zodat cliënten zich gehoord voelen door de interesse en veiligheid die hierdoor geboden wordt.*

*De signaleringsplannen die Shelley schreef waren helder geformuleerd en duidelijk terug te vinden in het dossier. Zij hield rekening met de cliënt, maakte deze plannen ook samen met de cliënt waardoor het plan actueel was. Tijdens de opnamen die zij heeft gedaan is zij empathisch, straalt zij rust en kundigheid uit naar de cliënten, waardoor cliënten zich veilig voelen en dit doet de spanning zichtbaar afnemen. Zij bood een luisterend oor en werkte nauwkeurig en hierdoor wekt zij vertrouwen op bij de cliënten. Bij toenemende spanningen, hanteerde zij het signaleringsplan en ondernam zij de interventies volgens dit plan, welke zichtbaar werkten bij cliënt. Door hem even apart te nemen en het gesprek aan te gaan, kalmeerde hij en liep de situatie niet uit de hand.****Feedback cliënten;*** *Het opname gesprek was uitgebreid en volledig. Ik voelde mij welkom en ik werd op mijn gemak gesteld. De verpleegkundige was begripvol en ik voelde mij veilig en welkom. Ik heb hier op de HCD het gevoel dat er naar mij geluisterd wordt en dat de verpleegkundige hun uiterste best doen om het zo prettig mogelijk te maken op de afdeling. Het is een drukke afdeling, maar als ik gespannen ben en om tijd en aandacht vraag, dan is die er. Omdat er altijd iemand is die kan luisteren en probeert te begrijpen en helpen, lopen mijn spanningen niet zo hoog op. En wanneer er wel spanningen zijn wordt er samen naar manieren gezocht om mij weer iets prettiger te doen voelen.*

***Reflectie***

**Reflectiecirkel van Korthagen:**

1. *Handelen/ ervaren:*Na aanleiding van de wens uit het team om met signaleringsplannen te gaan werken en mijn wens om preventie te ontwerpen betreffende crisisinterventies heb ik mij verdiept in de interventies van de HIC (high intensive care) theorie. Vervolgens heb ik een opnameformulier ontwikkeld en de haalbaarheid van dit formulier getoetst aan de afdeling door deze te bespreken met mijn collegae en uit te proberen binnen drie opname die ik gedaan heb. Mijn uitgebreide, concrete handelen staat uitvoerig in de bovenstaande uitvoer beschreven. Het resultaat van mijn uitgevoerde interventies is dat ik twee signaleringsplannen gemaakt heb voor cliënten die last hadden van spanningen bij ontwenning. Deze signaleringsplannen zijn behulpzaam geweest bij oplopende spanningen gedurende de opname. Ook is er gebleken dat niet alle cliënten daadwerkelijk een signaleringsplan nodig hebben, maar dat de vraag ernaar wel als prettig en kwaliteitsvol wordt ervaren door cliënten. Dit geven de cliënten aan in de feedback die ik tijdens het voortgangsgesprek heb gevraagd.
2. *Terugblikken:*De HIC theorie ligt qua bejegening voor mij vrij dichtbij mijn natuurlijke wijze van bejegenen, met rust en empathisch vermogen. Tijdens het doen van de opname voelde ik mij dus ook niet geforceerd in mijn doen- en laten qua bejegening. De flexibiliteit die nodig was gezien het toestandsbeeld van de cliënten, waarbij ik het opnamegesprek later moest doen heb ik niet als vervelend ervaren. Op de afdeling is het continue flexibel zijn gezien het een crisisafdeling is en ik continue aan het klinisch redeneren ben, wat meer prioriteit heeft. Wat ik wel moeilijk vond is het opgejaagde gevoel wat ik had op het moment dat er meerdere opnames tegelijkertijd binnen komen en ik wel een kwalitatief en rustig opnamegesprek wil doen, gezien dit de eerste indruk is voor cliënt. In sommige gevallen was het dan niet mogelijk om bijvoorbeeld de ontvangst ruimte helemaal netjes te hebben, of soms was er nog een kamer niet klaar voor ontvangst. Dan voelt het alsof je moet roeien met de riemen die je hebt en achter de feiten aanloopt, wat ik een onprettig gevoel vind. Aan het einde van de middag is er een uur geroosterd voor een opnamegesprek/afdelingsregels bespreken met de nieuwe cliënten, dus dit uur heb ik gebruikt voor de informatie waar ik nog niet aan toe was gekomen, zoals de signaleringsplannen bespreken/maken. Hierdoor heb ik alsnog mijn taken kunnen afronden binnen mijn dienst, met een klein beetje overwerken. Ik vind het fijn om compleet over te kunnen dragen naar de volgende dienst in plaats van half werk achter te laten.
3. *Bewustwording:*Binnen mijn handelen liep ik dus niet tegen problemen in het bejegenen- of ontwerpen en volgen van het opnameformulieraan, maar tegen de tijd die er is op de afdeling voor een opname. Dit kwam door een minimale bezetting van het personeel, waardoor er per persoon meer opnames gedaan moesten worden. Maar ook omdat de cliënten die met ontslag gingen pas laat weggingen, waardoor er een overlapping ontstaat met de ontslagen/ en nieuwe cliënten, waardoor het erg druk en hectisch wordt op de afdeling. Het probleem is dus dat er soms te weinig tijd is om een opnamegesprek volgens HIC waarden te doen en dat de afdeling op deze momenten soms niet volgens HIC normen is *(2)*.
4. *Alternatieven:*Wanneer er meer personeel zou zijn dan zou het opnamegesprek, indien het toestandsbeeld van cliënt het toelaat, in zijn geheel gelijk gedaan kunnen worden. Een ander alternatief is een betere voorbereiding, zodat de afdeling volgens HIC normen is. Wanneer de oude cliënten al van de afdeling af zijn, dan is er meer rust op de afdeling en kunnen de kamers eerder klaar gemaakt worden voor opname. Dan komen de cliënten al in een rustigere omgeving binnen. Ook zou het opnameformulier in tweeën gesplitst kunnen worden. De hoognodige dingen bij opname en het signaleringsplan en eventuele andere regelzaken en verdiepingen laten voor het contact wat er in de middag geroosterd staat. De avonddienst heeft vaak iets meer tijd, dus dit zou een alternatief kunnen zijn. Voor mij persoonlijk zou ik de volgende keer meer om hulp kunnen vragen en mijn grenzen beter bewaken. Nu ben ik zelf aan het overwerken om alles af te ronden, terwijl ik dit ook aan mijn collegae kan vragen.
5. *Uitproberen:*Voor de volgende keer wil ik proberen om meer om hulp te vragen van mijn collegae omtrent het doen van de opname, zodat ik deze volledig in rust, volgens opname formulier kan doen. Indien deze collegae er niet zijn, dan wil ik mijn grenzen aangeven door voor mijzelf op te komen bij de rondvraag aan het einde van de dag en te benoemen dat ik het niet prettig vind om zo een opname dag te hebben en hierin ook te beargumenteren dat ik denk dat hierdoor de kwaliteit van het opnamegesprek achteruit gaat. Ook neem ik mij voor een volgende keer voor om niet meer over te werken om mijn werk volledig af te ronden. Ik wil meer delegeren naar de volgende dienst, wanneer ik er niet aan toe kom. Zo zou ik bijvoorbeeld het uitvragen van de signaleringsplannen kunnen overdragen naar de avonddienst, gezien zij vaak meer tijd hebben.

**Oordeel van de competenties:**Naar aanleiding van de behoefte vanuit het team om meer met signaleringsplannen te werken, heb ik initiatief genomen om zelfstandig de zorgverlening te verbeteren middels een gestructureerd opnameformulier, met een heldere visie en bijbehorende interventies *(zie theoretisch kader).* Door het bespreken in het team, het vragen om feedback en het samenwerken tijdens opnamedagen heb ik gewerkt aan *competentiegebied* *3A, 4A en 6A;* het effectief samenwerken, systematisch bijdragen aan de kwaliteit en verbetering van de zorgverlening en het coördineren van deze ontworpen preventieprogramma’s. Zoals te lezen is in de uitvoer en bovenstaande reflectie heb ik dit zelfstandig uitgevoerd en zou ik deze competenties schalen op F4 niveau.

Door het ontwerpen van het opnameformulier, het uitproberen en vervolgens aanpassen na ervaring en feedback heb ik gewerkt aan *competentiegebied 1B en 6B;* het verlenen van preventieve zorg en het ontwerpen van kwaliteitszorg. Het opnameformulier werd als positief en zinvol ervaren in zowel de feedback van collegae als van cliënten, waardoor ik deze competentie op F4-niveau zou inschalen.

***Literatuur***

**1:**  Mierlo van T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N. Werkboek HIC, high en intensive care in de psychiatrie. De Tijdstroom uitgeverij; 2013.

**2:** De eerste vijf minuten; <http://www.zorgvisie.nl/PageFiles/69440/003_RBIAdam-download-ZVS6078D01.pdf> (geraadpleegd op 14 december 2015).

***Bijlage 1,*** *Best Practice Eerste vijf minuten bij opname, Checklist*

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt:

Naam verpleegkundige/begeleider:

***Voorbereiding voor opname:***

Kon je je inlezen in IRIS-dossier/info opvragen bij verwijzer

(GCBK)?

Is de cliënt begeleid door familie/naasten naar de afdeling?

Is de kamer schoon?

Is het bed opgemaakt?

Is er een prullenbak?

Zijn er gordijnen zonder brandgaten?

Is er een douchegordijn?

Is er een kamersleutel?

Ligt er een informatiemap op de tafel?

Liggen er schone handdoeken op tafel?

***Bij ontvangst:***

Heb je de cliënt in een gespreksruimte kunnen ontvangen?

Was de ruimte waarin jullie elkaar ontmoetten rustig en opgeruimd?

Was je houding gericht op het uitstralen van rust, empathie en

veiligheid?

Heb je jezelf voorgesteld (functie genoemd?)?

Heb je gevraagd hoe het voor cliënt was om hier te zijn (rapporteer

in IRIS, opnameverslag)?

Wist je de reden van opname?

Heb je cliënt welkom geheten? Ondanks eventueel gedwongen

opname?

Heb je gevraagd of je direct iets voor de cliënt kon betekenen?

Heb je dit kunnen realiseren?

Heb je een inschatting van agressie gemaakt?

Heb je cliënt gevraagd naar signalen van oplopende spanning?

Kon je afspraken maken met cliënt over oplopende spanning?

Heb je het belang benadrukt van de wederzijdse verantwoordelijkheid

voor de veiligheid op de afdeling?

***Introductie van cliënt:***

Heb je cliënt aangeboden samen uit te pakken?

Heb je daarbij gelet op contrabande? Heb je dit ook uitgelegd?

Heb je eten/drinken/rookwaar aangeboden (’s nachts geen koffie)?

Heeft cliënt de mogelijkheid gehad tot douchen?

Heeft cliënt gelegenheid gehad tot bellen?

***Introductie van cliënt op de afdeling:***

Heeft cliënt een rondleiding over de afdeling gehad?

Heeft cliënt de geldende rookregels begrepen?

Heeft de cliënt een sleutel van zijn kamer ontvangen?

Heb je de cliënt informatie verstrekt over de afdeling?

Heb je aangeboden op de informatie terug te komen bij vragen

hierover?

Heb je cliënt voorgesteld aan andere cliënten?

***Regelzaken:***

Wil cliënt dat familie ingelicht wordt?

Heeft cliënt zaken in thuissituatie om zich zorgen over te maken

(huisdieren, eten in koelkast, post?)?

Hebben jullie afgesproken hoe de benodigde spullen van cliënt

op de afdeling komen?

Heb je een eventueel dieet/allergieën uitgevraagd?

Heb je de cliënt na afloop van je dienst geïntroduceerd bij zijn

‘nieuwe’ begeleider?

Heeft de cliënt binnen een dagdeel een behandelaar gesproken?

***Bijlage 2,*** *Opnameformulier HCD, gemaakt door S.R. Kruiver*

**Opname formulier HCD**

Naam cliënt:  
Geboortedatum:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Tijd | Temp | RR | Pols | Bldsk | BAC | Transp | Tremor | CIWA | Gewicht | UC | Insult of delier gevoelig |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Opname:**

Hulpvraag:

Opname historie:

Middel(len):

Hoeveelheid gemiddeld gebruik:

Voor het laatst gebruikt:

Voor het laatst gegeten:

**Lichamelijk:**

Lichamelijke klachten:

Huidige medicatie:

**Psychisch:**

Psychische klachten:

Hoe ben je als je ontspannen bent?

* Wat kun je zelf doen?
* Wat kunnen wij doen?

Waar raak je gespannen van?

* Hoe merken wij dit aan jou?
* Wat kun je zelf doen?
* Wat wil je dat wij dan voor jou doen op zo een moment?

**Sociaal:**

Woonsituatie:

Relatie:

Financiële hulp nodig (CSD):

Contactpersoon:

**To do:**

Tassencontrole

Uitreiken opname documenten:

Tek Tekenen behandelovereenkomst

Rondleiding afdeling

Kamersleutel overhandigd