

Veiligheid in de ggz?

Michiel Broeksma

Introductie

Beveiliging en (extra) veiligheidsmaatregelen zijn anno nu niet meer weg te denken binnen het facilitaire werkveld van branches zoals onderwijs, overheid, transport en de gezondheidszorg. Niemand schrikt meer op van een beveiliging bij de ingang van een overheidsgebouw of van toegangscontrole bij een onderwijsinstelling of metrostation.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vraagt beveiliging bijzondere aandacht gezien het dikwijls onvoorspelbare karakter van de patiëntengroep en de verschillende (ernstige) incidenten die zich in de afgelopen jaren hebben voorgedaan. Daarnaast zien we binnen de ggz nog een ontwikkeling, namelijk dat facilitaire taken en zorgtaken steeds nauwer naar elkaar toe groeien en zien we samenwerking en zelfs samensmelting van taken ontstaan op het grensgebied tussen zorg en facilitaire diensten.

In dit artikel worden de ontwikkelingen beschreven binnen de beveiliging van de ggz.

Veiligheid in de ggz?

Een brandweerman draagt brandwerende kleding als hij een brandend pand ingaat, een bouwvakker draagt een helm op de bouw en een tandarts bindt een monddoekje voor wanneer hij een patiënt behandelt. Zomaar een greep uit een aantal beroepsgroepen waar vooraf risico's bepaald zijn op basis waarvan passende persoonlijke beschermingsmaatregelen worden getroffen. We vinden het niet meer dan normaal dat we ons beschermen tegen risico's die verbonden zijn aan onze baan. Hoe zit dit binnen de wereld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz)?

Leren van incidenten

Ongevallen en incidenten op de werkvloer kunnen altijd gebeuren. Hoe goed we ons ook beschermen en hoe gedegen we ook opgeleid of ingewerkt zijn, nooit zal het voor 100% uit te sluiten zijn dat er iets gebeurt. Zolang we echter de eerlijkheid en moed hebben om van ongevallen en incidenten te leren en fouten te onderkennen, zal dat leiden tot een verhoogde mate van veiligheid. Een van de meest aansprekende voorbeelden hiervan is de grote ramp van het olieproductieplatform Piper Alpha waarbij op 6 juli 1988 167 mensen door een brand en explosie het leven lieten. Dat het aanvankelijk kleine incident kon escaleren tot een ramp van dergelijke omvang was te wijten aan een aaneenschakeling van verkeerde of betwistbare beslissingen en acties, die grotendeels voortvloeiden uit de organisatiestructuur en -cultuur. Uit het

grootschalige onderzoek, geleid door de Schotse rechter Lord Cullen, blijkt van voorkeur voor productiviteit boven veiligheid, fouten in het management van het personeel op het platform, onvolkomenheden in het systeem van werkvergunningen en nalatigheden bij inspectie en onderhoud. Het onderzoek bracht niet alleen de oorzaken van de ramp naar boven, maar gaf ook een groot aantal belangrijke aanbevelingen om de veiligheid van offshore-installaties te verhogen. Wereldwijd zijn deze opgepakt en doorgevoerd. Heden ten dage geldt de offshorebranche als een van de veiligste. Niet vanwege de risico's, want die zijn er nog steeds, maar vanwege de verankering van het begrip veiligheid in de bedrijfscultuur.

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Waarom hier een voorbeeld uit de petrochemie aanhalen als in dit artikel de ggz centraal staat? De 'lessons learned' uit de ramp met de Piper Alpha hebben niet alleen in de oliewereld geleid tot een significante verandering van veiligheidsbeleving, maar hebben ook hun weerslag gehad op andere branches. In 2004 onderzocht Rein Willems, toen nog president-directeur Shell Nederland, in opdracht van minister Hoogervorst van VWS, hoe de veiligheid in de zorg vergroot kon worden. Ook de zorgsector had immers te kampen met een zorgwekkend aantal incidenten. Geschatte cijfers over het aantal personen dat binnen ziekenhuizen overleed als gevolg van voorkombare incidenten liepen uiteen van 1500 tot 6000 per jaar. Het onderzoeksrapport van Willems, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', kan uiteindelijk worden beschouwd als opmaat naar talloze ontwikkelingen binnen de zorgsector, allemaal met één doel, namelijk een verhoogde mate van veiligheid. Dit artikel beoogt niet om al deze ontwikkelingen uitgebreid te beschrijven. Bottom line komt het erop neer dat – conform de adviezen van Willems – zorginstellingen zich massaal hebben ingespannen om een zogenaamd veiligheidsmanagement-systeem (VMS) in te voeren (zie www.ggz nederland.nl/themas/patientenveiligheid). Daarnaast zijn er vanuit de overheid diverse initiatieven en programma's opgestart, zoals 'Veilige zorg, ieders zorg'. In dit programma worden aan de ggz diverse handreikingen gedaan zoals:

- VZIZ Handreiking Veiligheidscultuur
- VZIZ Handreiking Veilig incidenten melden
- VZIZ Handreiking veilig fysiek ingrijpen
- VZIZ Handreiking risicomanagement in de ggz
- VZIZ Handreiking Patiëntveiligheid vanuit cliënten- en familieperspectief
- VZIZ Handreiking Analyseren agressie-incidenten

Veiligheid is bij zorginstellingen en overheid een speerpunt van beleid geworden. Raden van bestuur en management dragen nadrukkelijk verantwoordelijkheid bij het invoeren van een pakket aan veiligheidsmaatregelen én het naleven door medewerkers hiervan. Incidenten worden beter en eerder gemeld en daadkrachtig geëvalueerd. Kortom, de zorg heeft geleerd van de petrochemie. Een voor de hand liggende vraag is dan natuurlijk: wat hebben al deze inspanningen opgeleverd en hoe staat het anno 2017 met de veiligheid binnen de geestelijke gezondheidszorg?

Agressie binnen de psychiatrie

Over de toename in de laatste jaren van agressie-incidenten in de psychiatrie wordt veel gesproken en geschreven. In februari 2017 is een medewerker van een forensisch psychiatrisch centrum dodelijk verwond door een patiënt. In juni van dat jaar dreigde een patiënte van een verslavingskliniek in Utrecht medewerkers met een steekwapen terwijl zij zichzelf aan het steken was. In een ggz-instelling in Castricum is in september een patiënt door de politie neergeschoten nadat hij een medewerker van die kliniek gestoken had. In Middelburg stak een patiënt van een psychiatrische kliniek een andere patiënt neer waardoor deze kwam te overlijden. Zomaar enkele tragische incidenten waar de media over hebben bericht. De meeste incidenten halen de krant of televisie niet maar zijn daarmee niet minder ernstig. Onderzoekster Joke Harte van de Vrije Universiteit stelt in een vraaggesprek met *de Volkskrant* ('Geweld in psychiatrie blijft vaak ongestraft: slachtoffers vrezen represailles') dat van alle medewerkers in de ggz tussen de 30 en 40% te maken heeft met fysieke agressie van patiënten. In het geval van verbale agressie is dit zelfs 80%. Alle inspanningen van zorginstellingen en overheid ten spijt lijkt veiligheid eens te meer een onderwerp dat schreeuwt om maatregelen. Doen zorginstellingen nog niet voldoende? Faalt de overheid? De vraag is bovenal welke extra of andere maatregelen kunnen worden getroffen om ggz-medewerkers veilig hun goede maar zware werk te kunnen laten doen. Het stellen van de vraag is simpel, het geven van het antwoord is dat geenszins.

Wat als eerste opvalt is dat het gros van de handreikingen dat gegeven wordt in het programma 'Veilige zorg, ieders zorg' zich primair op patiëntveiligheid richt en in mindere mate op medewerkersveiligheid. Dat is verklaarbaar aangezien de aanleiding het grote aantal incidenten was waar patiënten bij betrokken waren. Bijvoorbeeld een brand in een operatiekamer van een ziekenhuis waarbij een patiënt levensgevaarlijk gewond raakte of een patiënt waarbij abusievelijk een dubbele dosis bij een chemotherapie werd toegediend, waardoor de patiënt kwam te overlijden. Duidelijke voorbeelden van incidenten die voorkomen hadden kunnen worden indien medewerkers anders hadden gehandeld. De invoer van een VMS heeft geleid tot een betere incidentenmelding en -evaluatie. Procedures zijn ingevoerd waarin het gebruik van checklists verplicht wordt gesteld. Ook in de ggz zijn maatregelen getroffen. Denk hier bijvoorbeeld aan betere procedures op het gebied van medicatieverstrekking. Maar ook hier geldt weer dat deze voornamelijk zijn gericht op de veiligheid van de patiënt en in mindere mate op die van de zorgmedewerker.

Een andere verklaring dient nadrukkelijk te worden gezocht in de personeelsbezetting bij psychiatrische instellingen. Niet alleen kwantitatief maar zeker ook kwalitatief. Instellingen hebben te kampen met een bijna structureel tekort aan (zorg)personeel. Nieuwe medewerkers, vooral verplegend en verzorgend personeel, blijken amper te vinden en als ze al gevonden worden dan haakt een groot deel vaak al snel weer af door de hoge werkdruk. Het ziekteverzuim in de ggz is bovengemiddeld hoog. Er zijn afdelingen bekend waar de

personeelsbezetting nog maar voor 30% uit vaste medewerkers bestaat en waar de rest wordt ingehuurd bij uitzendorganisaties of detacheringsbureaus. Eind 2016 stonden er in de ggz ruim 5000 vacatures open. De stabiliteit van afdelingen komt hierdoor in gevaar. Patiënten die steeds moeten wennen aan nieuwe, ingehuurde, medewerkers die op hun beurt vaak niet bekend zijn met de organisatie waar ze worden ingezet en in nog mindere mate met de daar heersende veiligheidsprocedures. Vaak zijn ze niet BHV opgeleid en ook niet getraind in agressiehantering. Al met al een verre van ideale situatie.

Inzet van beveiliging

Bij veel zorginstellingen waaronder ook de – vaak wat grotere – ggz-instellingen is bedrijfsbeveiliging aanwezig. Meestal in loondienst, georganiseerd vanuit de eigen facilitaire dienst. Beveiligers binnen de zorg voeren taken uit variërend van het gastvrij ontvangen van bezoekers en patiënten bij de receptie tot fysiek ingrijpen bij gevaarlijke situaties op afdelingen zoals bij agressie-incidenten. Zij lopen controlerondes, houden toezicht en worden vaak ingezet in de BHV-organisatie. In de volksmond worden zij vaak zorgbeveiligers genoemd.

De afgelopen jaren is er veel in de zorg veranderd. Uit oogpunt van kostenreductie wordt onder druk van de politiek de zorg voor patiënten steeds meer ambulante georganiseerd. Het aantal bedden in klinieken is de afgelopen jaren met ruim een derde afgenomen (zie www.zorgwelzijn.nl/thema/verwarde-personen/#read-more). Dit betekent ook een verminderde behoefte aan ondersteunende voorzieningen. Bedrijfskeukens en -restaurants worden gesloten, de linnendienst, groenvoorziening en schoonmaak worden uitbesteed, allemaal met als doel om de stijging van zorgkosten zo veel mogelijk te drukken. Ook beveiliging blijkt hier niet aan te ontkomen. Steeds meer organisaties maken de stap om dure, eigen beveiligers uit de vaste formatie te schrappen en deze op een flexibele basis (lees: zo min mogelijk) in te huren bij beveiligingsorganisaties.

Personeelstekort, werkdruk, bezuinigingen, het zijn ontwikkelingen waar naar verwachting op korte termijn geen direct antwoord op gevonden wordt. Betekent dit dat we het hoofd in de schoot werpen en de situatie accepteren zoals die is? Niet noodzakelijkerwijs, maar het dwingt de ggz wel om traditionele gedachten over bijvoorbeeld de formatiesamenstelling in het primaire zorgproces los te laten en bereid te zijn om over de eigen schaduw heen te stappen.

Van zorgbeveiliging naar zorgondersteuning

Net als in het bedrijfsleven is het voor ggz-instellingen van groot belang om de financiële huishouding op orde te hebben. In dit kader is het noodzakelijk om het begrip diagnose-behandelcombinatie (dbc) te introduceren: een dbc omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbc vormt de basis voor de

declaratie van deze geleverde zorg. De aard van het verblijf waar ggz-patiënten onder worden gebracht voor hun behandeling in combinatie met de formatie van verzorgend personeel wordt ook uitgebreid beschreven in de dbc. In de dbc wordt gesproken over zogenaamd VOV-personeel. VOV staat voor Verzorgend, Opvoedkundig en Verplegend. Er wordt voor verblijf en formatie een gradatie gemaakt van patiënten met een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld naar patiënten met een zeer intensieve verstoring van het ziektebeeld. Het is dus opdracht voor ggz-instellingen om de huisvesting en afdelingsformatie goed af te stemmen op de dbc's van patiënten. Hun budget hangt hier immers vanaf. Maar tegelijkertijd liggen hier ook de mogelijkheden om een oplossing te vinden voor het eerder beschreven personeelstekort. Voor hun VOV-personeelsbestand zetten ggz-instellingen van oudsher verpleegkundigen in. Verpleegkundigen hebben een gedegen opleiding gehad, zijn BIG-geregistreerd en zijn bevoegd om bijvoorbeeld medicatie te verstrekken en om rapportages te maken in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De vraag is hoeveel tijd een verpleegkundige van een afdeling met BIG-vereiste taken bezig is en hoeveel tijd met taken waar helemaal geen BIG-registratie voor vereist is. Een groot deel van een willekeurige dienst op een afdeling bestaat immers uit het runnen van de huishouding en het toezien op rust, regelmaat en structuur op de afdeling. Denk hierbij aan boodschappen halen, koken, tafel dekken, afwassen en keuken opruimen, bezoek voor een patiënt ontvangen, patiënten naar hun therapie begeleiden, een spelletje kaart spelen met elkaar, samen televisie kijken, de rookruimte opruimen, toezien op het naleven van huishoudelijke en afdelingsregels door patiënten, enzovoort. Kortom, allerlei taken die door een ander dan een verpleegkundige uitgevoerd kunnen worden. Waarom zouden er dan op één afdeling per se twee verpleegkundigen aanwezig moeten zijn als de inhoud van de werkzaamheden dat niet vereist? Is dit niet anders in te regelen? Kunnen de werkzaamheden niet zodanig georganiseerd worden dat volstaan kan worden met één verpleegkundige, die terzijde wordt gestaan door een professionele zorgondersteuner aan wie dan natuurlijk wel de nodige profieisen worden gesteld? De praktijk wijst uit dat dit wel degelijk mogelijk is.

Een grote ggz-instelling in de provincie Utrecht is hiermee ruim een jaar geleden begonnen. Geconfronteerd met eigen personeelstekort werd noodgedwongen een zorgbeveiliger van een externe dienstverlener aan een afdeling toegevoegd. De verpleging maakte met de zorgbeveiliger, in burger gekleed, afspraken over de taakverdeling en wonderwel bleek dit zeer goed uit te pakken. De zorgbeveiliger verbleef voornamelijk op de afdeling en zag toe op een rustig dienstverloop. Hierdoor kon de verpleegkundige op kantoor zich bezighouden met medicatieverstrekking, het invullen van de rapportages en andere administratieve verplichtingen. Verpleegkundige en zorgbeveiliger bleven tijdens de dienst nauw met elkaar in contact, zodat in geval van escalatie zij elkaar direct zouden kunnen bijstaan. Vooraf was duidelijk afgesproken dat de zorgbeveiliger ondersteunend was aan de verpleegkundige en zich niet zou bezighouden met het inhoudelijke zorgproces. De zorgbeveiliger was al opgeleid in BHV en agressiebeheersing en had een cursus psychopathologie gevolgd. Opvallend hierbij was dat de zorgbeveiliger een goed oog had voor de sfeer op de afdeling, of deze gespannen

was of rustig, en daar heel proactief mee om kon gaan. Heel duidelijk kwam zijn beveiligingsachtergrond naar voren, met name in het ogenschijnlijke gemak waarmee hij zijn handhavingstaken van bijvoorbeeld huisregels uitvoerde. Dit opgeteld bij zijn affiniteit voor psychiatrie en zijn dienstverlenende karakter maakte dat de verpleegkundige zich ook veiliger voelde en daardoor prettiger kon functioneren. Zorgondersteuner en verpleegkundige bleken een prima combinatie te vormen. Aanvankelijke scepsis bij de vaste medewerkers van de zorg maakte al snel plaats voor vertrouwen. Dit werd nog eens extra versterkt toen de patiënten de zorgbeveiliger beter leerden kennen.

Na deze goede ervaring is bij de ggz-instelling het experiment uitgebreid naar meerdere afdelingen en ook daar bleek het – zonder uitzondering – goed te functioneren. Op dit moment worden beveiligers ingezet op nagenoeg alle afdelingen van de instelling: psychiatrie & verslaving, forensische afdelingen, high intensive care, long stay, kortom het begrip zorgondersteuning is inmiddels ingebed in de organisatie.

Profiel van een zorgondersteuner

Niet iedere beveiligers is een zorgondersteuner. Om volwaardig te kunnen functioneren worden er eisen aan persoonlijk profiel, opleiding en ervaring gesteld. Zorgondersteuners zijn van nature rustige, objectieve, evenwichtige en empathische persoonlijkheden. Zij plaatsen zichzelf niet op de voorgrond, hooguit als de situatie dat vereist. Ze hebben een dienstverlenende instelling, realiseren zich dat zij ondersteunend zijn aan het zorgproces én aan de verpleegkundige. Ze hebben enige levenservaring opgedaan, zijn mentaal en fysiek weerbaar en vanzelfsprekend hebben zij een grote affiniteit met het vakgebied van de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn zij geschoold in de beginselen van psychopathologie, zijn BHV opgeleid en kunnen goed overweg met een AED.

Ten slotte

In dit artikel staat de veiligheid binnen de ggz centraal. Veiligheid – of juist het gebrek eraan – wordt meestal bepaald door een combinatie van factoren. Een aantal van deze factoren, zoals werkdruk en personeelstekort, zijn belicht. Hiervoor is als mogelijke oplossing aangedragen de inzet van zorgondersteuners. Zorgondersteuners dragen concreet bij aan het veiligheidsgevoel van patiënten en medewerkers. Restrisico's zullen er echter altijd blijven. Gedrag van personen is niet altijd voorspelbaar, en al helemaal niet in een psychiatrische setting. Incidenten zijn daarom nooit helemaal uit te sluiten. Om deze toch tot een minimum te beperken is het van groot belang dat veiligheid hoog op de agenda blijft staan van overheid én ggz-instellingen. En dan niet alleen patiëntveiligheid maar ook medewerkers-veiligheid. Patiënten hebben recht op veiligheid, evenals de medewerkers die onder grote druk hun dankbare maar zware werk moeten uitvoeren.

Over de auteur

Michiel Broeksma is directeur-bestuurder WA Security Services BV.

Literatuur

- ‘Geweld in psychiatrie blijft vaak ongestraft: slachtoffers vrezen represailles’, *de Volkskrant*, 8 november 2017, www.volkskrant.nl/wetenschap/geweld-tegen-medewerkers-psychiatrie-vaak-ongestraft~a4534108/.
- GGZ Nederland, www.ggz nederland.nl.
- ‘Verwarde personen’, *Zorg+Welzijn*, www.zorgwelzijn.nl/thema/verwarde-personen/#read-more.
- R. Willems, ‘Hier werk je veilig, of je werkt hier niet’. Sneller Beter – De veiligheid in de zorg. Eindrapportage Shell Nederland. Den Haag: Shell Nederland 2004, <http://docplayer.nl/54627-Hier-werk-je-veilig-of-je-werkt-hier-niet-sneller-beter-de-veiligheid-in-de-zorg.html>.