Je zal d'r maar zitten…

Zorgethisch kwalitatief onderzoek naar het aanleren van goede separeerzorg

Petra de Leede

S270583

Universiteit van Tilburg

Eerste Lezer: Prof. Dr. A.J. Baart

Tweede Lezer: Prof. Dr. F.J.H. Vosman

02-08-2012

INHOUDSOPGAVE

Inleiding: De GGZ zonder separeer?		4
Aanleiding: De GGz zonder separeer?!		6
1.	Verantwoord separeren	8
1.1.	Historisch overzicht: dwang in de GGZ	8
1.2.	Juridisch kader	11
1.2.1.	Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis	11
1.2.2.	Under Construction “Wet verplichte GGZ”	12
1.3.	Beleid & politiek	15
1.3.1.	Dwang en Drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies	15
1.3.2.	De eerste vijf minuten: Het halve werk	20
1.3.3.	Kamervragen separeren	21
1.4.	Protocollen en richtlijnen	22
1.4.1.	Richtlijn fysieke inperking – GGZ Nederland	23
1.4.2.	Protocollen Altrecht	24
1.4.3.	Protocol separeren - Reinier van Arkelgroep	27
1.5.	Onderwijs & literatuur	28
1.6.	Ervaringsverhalen	29
2.	Goede zorg - enkele zorgethische principes	32
2.1.	Het mensbeeld in de zorgethiek	34
2.1.1.	Over de relatie	34
2.1.2.	Erkenning in de relatie	36
2.1.3.	Erkenning van de asymmetrie	37
2.1.4.	Erkenning van de kwetsbaarheid van de ander	38
2.2.	Wat zich aandient: over aandacht	39
2.2.1.	Over afstemming en aansluiting: exposure	41
2.2.2.	Over afstemming en aansluiting: oog voor de uniciteit	42
2.3.	Over de intrinsieke waarde van zorg	43
2.3.1.	Handelingen en praktijken	44
2.3.2.	Uitdrukkingshandeling	45
2.3.3.	Presentie & interventionisme	46
2.4.	Over systemen en instituties	48
2.5.	Over Praktische wijsheid, Prudentie en Phronèsis	49
3.	Model goede zorg	51
3.1.	Model voor separeerzorg	52
4.	Onderzoek naar Leren Separeren	54
4.1.	Het onderzoek	54
4.1.1.	Onderzoekssetting	54
4.1.2.	Doelstelling	56
4.1.3.	Vraagstelling	56
4.1.4.	Objectdefinitie	57
4.2.	Theoretische benadering	57
4.2.1.	Sensitizing concepts	57
4.3.	De methode	58
4.3.1.	Fasering	58
4.3.2.	Dataverzameling	59
4.3.3.	Analyse	61
5.	Uitkomst analyses en de conclusies	63
5.1.	Uitkomst van de analyse van de interviews	63
5.1.1.	Analyse van de coderingen	63
5.1.2.	Analyse op meta-niveau	65

5.1.3. Analyse op leren van separeerzorg 67
5.1.4. Opmaat naar de focusgroep 68
5.1.5. Voorlopige conclusie van model voor goede separeerzorg 68
5.2. Uitkomst van de analyse van de focusgroep 69
5.2.1. Analyse van de coderingen 69
5.2.2. Analyse op metaniveau 71
5.2.3. Analyse op het leren van separeerzorg 73
5.2.4. Uiteindelijke conclusie van model voor goede separeerzorg 73
5.3. Conclusie 76
5.4. Aanbevelingen 79
5.5. Discussie 79
5.5.1. Betrouwbaarheid 79
5.5.2. Validiteit 80
5.5.3. Generaliseerbaarheid 81
5.5.4. Ethische overwegingen 82
6. Slotwoord 84
Bijlage 1 Voorbeeld separeerprogramma 86
Bijlage 2: Mailwisseling met leerling Roosenburg 88
Bijlage 3a Mail aan medewerkers Wier+ 90
Bijlage 3b Informed consent interviews observaties 92
Bijlage 3c Informed consent familielid 95
Bijlage 3d Informed consent focusgroep 98
Bijlage 3e Conclusie onderzoek naar ervaringen separeren door patiënten 101
Bijlage 3f Eigen ervaring onderzoeker uitgewerkt 104
Bijlage 4a Uitgeschreven observaties 108
Bijlage 4b Interview Hans 115
Bijlage 4c Interview Nienke 132
Bijlage 5a Interviewopzet familielid 145
Bijlage 5b Interview familielid 147
Bijlage 6a Casus ten behoeve van de focusgroep 157
Bijlage 6b Uitwerking focusgroep 158
Literatuurlijst 178

Inleiding: De GGZ zonder separeer?

Wanneer ik mensen vertel over mijn ideeën voor een afstudeerthesis, wanneer ik hun vertel over separeren, zie ik hun ogen groot worden: *Opgesloten worden omdat je ziek bent? In Nederland?* Toch is het de praktijk van iedere dag. Iedere dag worden in Nederland mensen ingesloten in een kale ruimte, zonder persoonlijke eigendommen, zonder normale kleding en zonder de basale benodigdheden: naar de WC kunnen gaan als je moet, eten wanneer je honger hebt, de vrijheid om te lopen waar je wilt. Het ongeloof bij anderen herken ik van mijzelf bij de overstap van de verslavingszorg zonder separeer naar de GGZ met separeer. Het is dezelfde verontwaardiging die we collectief zagen in het debat in de Tweede Kamer op 19 januari 2011 naar aanleiding van de 18-jarige Brandon die al 3 jaar opgesloten had gezeten in een tuigje[1]. Toch is separeren soms onvermijdelijk, een noodzakelijk kwaad, zoals Joost Jan Stolker e.a., het noemen en bovenal: nooit helend[2]. Soms ontkomen de professionals er echter niet aan om de regie van de patiënt over te nemen, hem of haar te separeren van de hektiek en prikkels van de unit. Indicatiecriteria zijn dan dat de patiënt een gevaar voor zichzelf of anderen is en niet op een andere manier te begeleiden.
We kunnen lastig in de verre toekomst kijken, maar de kans dat separeren *helemaal* uitgebannen wordt, acht ik op korte termijn nihil. Er zijn gelukkig veel initiatieven vanuit politiek en het werkveld om het separeren terug te dringen of zelf uit te bannen. Voorbeelden van deze initiatieven worden behandeld in de literatuurstudie van de thesis, zoals de lopende wetswijziging van de Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis in de Wet verplichte GGZ, die doordrongen is van de idee dat Dwang en Drang zoveel als mogelijk uitgebannen moeten worden. De kennis over psychiatrie, het menselijk brein en de werking van anti-psychotica is echter nog te weinig ontwikkeld om separeren helemaal uit te bannen. Daarnaast maken wij in Nederland keuzes die leiden tot minder personeel in de GGZ. Dit zijn niet per definitie foute keuzes, we beslissen alleen nu eenmaal anders om te gaan met die ene pot belastinggeld. Dit maakt dat 1-op-1 begeleiding, of zelf 1-6 begeleiding zoals dat in Scandinavië gebruikelijk is[3], niet haalbaar is. De aanname dat een separeerloze GGZ op korte termijn niet haalbaar is, is de grond voor deze masterthesis.

De aanname dat separeren op korte termijn onderdeel uit zal blijven maken van de zorgpraktijk in de GGZ, maakt dat de vraag naar *goede* separeerzorg zich opdringt. Veel aandacht is er in media en politiek voor het terugdringen van het aantal separaties en de duur van de separatie, maar minder aandacht is er voor hoe de separaties vorm te geven. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de Wet BOPZ die geen eisen stelt aan de kwaliteit van de zorg bij gedwongen opname en aan de kwaliteit van de

[1] http://www.nu.nl/binnenland/2425717/gehandicapte-jongen-al-drie-jaar-vastgebonden.html , geraadpleegd 17-10-2011
[2] Stolker, J.J. e.a., *"Separatie: een noodzakelijk kwaad?"*, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 59*, 2004, pp. 193-204
[3] http://www.psy.nl/fileadmin/files/psyarchief/Files_2009/Dossier_dwang_en_drang.pdf, geraadpleegd 17-10-2011

behandeling bij gedwongen toepassing ervan. Ook is er meldingsplicht van dwangtoepassingen in een centraal register, maar hier wordt ook niet gevraagd naar kwaliteit van de toepassingen van dwang.[4] Deze aandacht voor terugdringen boven inhoudelijk verbeteren blijkt ook uit de doelstelling van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: de cijfers van Argus (het meetsysteem van Dwang en Drang) moeten aantonen dat binnen de GGZ de insluitingfrequentie en –duur met 10% per jaar verminderd[5]. Naar kwaliteit wordt de komende jaren wel meer onderzoek gedaan, zo blijkt uit de subsidiecriteria van de projectgroep Dwang & Drang, de debatten en prestatie-indicatoren gaan echter vooral over kwantiteit. Hoogste tijd naar meer onderzoek naar de praktijk van separeerzorg. Verantwoorde zorg is van belang, het is van belang dat de patiënt en de medewerker veilig zijn en dat de patiënt professioneel en volgens de laatste wetenschappelijke inzichten behandeld wordt. Toch wil ik in deze thesis nadrukkelijk op zoek naar *goede* separeerzorg, welke ik meer acht dan verantwoorde separeerzorg, zoals u lezen zult in hoofdstuk 3. Het onderzoek naar wat goede separeerzorg is, neemt daarom een groot gedeelte in van de thesis en de interviews.

Een vraag die volgt op het antwoord naar kwalitatieve separeerzorg is dan *"Wat is goede separeerzorg en hoe kan men die in de GGZ aanleren aan professionals".* We zullen lezen in 1.4. dat separeren een risicovolle handeling wordt genoemd. Binnen de gezondheidszorg wordt gesproken over voorbehouden en risicovolle handelingen (verder V&R handelingen): voorbehouden handelingen zijn handelingen waar een opleiding aan vooraf gaat, risicovolle handelingen niet, deze vereisen geen opleiding, maar wel nadrukkelijke aandacht. Het aanleren van V&R handelingen is echter soms ingewikkeld. Injecteren kun je leren in een opleiding of bijscholing, het fysieke ingrijpen om een patiënt naar de separeerruimte te brengen kan ook worden aangeleerd in een training van een dag, en reanimeren leren veel mensen zelfs op de plaatselijke voetbalvereniging. Het begeleiden van suïcidale patiënten en het geven van separeerzorg aan een patiënt die in de separeerruimte verblijft daarentegen zijn handelingen die veel lastiger aan te leren zijn: er zit immers niet altijd een patiënt in de separeer op het moment dat de proeftijd van een medewerker of leerling toevallig loopt. Ook binnen de opleiding Verpleegkunde en Sociaal Pedagogische Hulpverlening (hofleveranciers van de GGZ) wordt er weinig tot geen aandacht geschonken aan deze vaardigheid, zo zullen we lezen. Het aanleren van goede separeerzorg is dus ingewikkeld, het is echter ook van groot belang. Juist in de periode van opsluiting is de zorgontvanger erg kwetsbaar en staat het zorgproces onder grote druk. Daarom is het van belang om te onderzoeken hoe mensen

[4] Abma T., Widdershoven G. & Lendemeijer B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, p. 39
[5] http://www.veiligezorgiederszorg.nl/index.php?p=486242 , geraadpleegd 24-10-2011

separeerzorg aanleren en welke ervaringen en opleidingssituaties daarin van belang zijn, om hier vervolgens lering uit te trekken over hoe goede separeerzorg te implementeren.

Kortom..

Het separeren kunnen we op korte termijn niet uitbannen, de GGZ zal helaas binnen afzienbare tijd niet zonder separeer kunnen. Het is goed om separeren zoveel mogelijk te voorkomen en wanneer het niet te voorkomen is zo kort mogelijk te laten plaatsvinden. Maar het is ook van groot belang om daar waar separeerzorg wordt gegeven, goede separeerzorg te geven. Zo kan ook separeerzorg wellicht goed zijn in zichzelf, maar even belangrijk is mijn sterke vermoeden dat goede separeerzorg tevens bij kan dragen aan het verminderen van de separaties en separatieduur. Ook moet men stellen dat waar separeerzorg niet goed is, zij schade kan toebrengen aan patiënten, zelfs leed kan verergeren.

Wat goede separeerzorg is, is niet gestandaardiseerd. Dit heeft wellicht in sterke mate samenhang met het gegeven dat alle aandacht uitgaat naar het voorkomen en er daarom ook weinig aandacht is voor separeerzorg in de beroepsopleidingen.

Dit onderzoek wil antwoord geven op de vragen wat goede separeerzorg is en hoe deze zorg aangeleerd kan worden aan professionals. Zo kan de praktijk van separeerzorg verlenen verbeterd worden naar de standaard van zorgethisch goede separeerzorg.

Aanleiding: De GGz zonder separeer?!

De aanleiding voor het onderzoek is drieledig. Ik begin met mijn persoonlijke aanleiding. Zoals beschreven in de inleiding was de ontsteltenis over separeren *an sich* ooit ook bij mij erg groot. Hoe is het in hemelsnaam mogelijk dat we zo onmachtig zijn dat we iemand niet kunnen helpen, sterker: dat we hem niet eens nabij kunnen zijn! Het beeld van de Mohammed, want zo heette mijn eerste gesepareerde patiënt, zo angstig en alleen in die kale ruimte: dat beeld zal me niet loslaten. Voor hem en voor die velen met hem moet goede separeerzorg worden ontwikkeld.

De tweede aanleiding is het onderzoek dat ik eerder in de opleiding deed naar goede separeerzorg door de ogen van de patiënt. Na enkele interviews concludeerden we daar het volgende:

> *De ervaringsdeskundige patiënt noemt goede separeerzorg het geheel van zorgvuldigheid, zorgzaamheid, verzorgdheid en bezorgdheid, zoals benoemd in het model voor goede zorg van Prof. Dr. Andries Baart[6]. Het accent verschuift echter wel per separeerepisode. In de eerste episode zijn verzorgdheid en zorgvuldigheid van groot belang, gedurende de periode van gesepareerd zijn verschuift het naar verzorgdheid, zorgzaamheid en bezorgdheid.*

[6] Baart A. & M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van Presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 199

Gedurende de nazorg blijken wederom verzorgdheid en zorgvuldigheid van belang te zijn. Tevens blijkt de behoefte aan nazorg gering.
Van groot belang is of de verpleegkundige openstaat voor de nood die zich aandient. De respondenten geven allen aan behoefte te hebben om erkend te worden in hun verlangens en noden. Door de patiënt te volgen, is separeerzorg per definitie per patiënt verschillend. Aansluiting op de leefwereld van de patiënt is noodzakelijk, de patiënt voelt zich door de aandachtigheid van de verpleegkundige erkend in zijn nood en daarmee gerespecteerd, normaal.

De vraag die naar aanleiding van dit onderzoek en de uitslagen zich opdringt aan de onderzoeker is óf, en zo ja hoe, goede separeerzorg aan te leren is.
Een derde aanleiding is dat de onderzoeker zich zorgen maakt over de toekomst van de GGZ in deze financieel onzekere tijden. Er wordt gesneden in de gezondheidszorg en de tijd van de kaasschaaf is voorbij. Insluiten van psychiatrische patiënten is, zo wil ik stellen, de GGZ-equivalent van de pyjamadag in verpleeghuizen: hoe meer er bezuinigd wordt, hoe minder personeel en des te eerder er gegrepen wordt naar maatregelen om de 'situatie beheersbaar te houden'. Ik ben dan ook bevreesd dat er in de (nabije) toekomst weer meer gesepareerd zal gaan worden. Dan zal het nog belangrijker zijn een ontwikkelde visie op goede separeerzorg te hebben en kennis over hoe dit aan te leren. Waarbij ik overigens met klem wil zeggen dat niet separeren altijd nog beter is dan goed separeren. Een advies of richtlijn over goede separeerzorg mag daarom nooit een vrijbrief zijn voor separatie!

Hier begint de thesis. Eerst zal in hoofdstuk 1 verantwoorde separeerzorg worden omschreven. In hoofdstuk 2 vindt u enkele zorg-ethische kanttekeningen bij zorg in het algemeen en goede separeerzorg in het bijzonder. Deze twee invalshoeken leiden tot een model van goede separeerzorg, in hoofdstuk 3. Na dit literatuurgedeelte verplaatsen we ons naar het kwalitatieve onderzoek. Vanuit vijf verschillende hoeken heb ik gekeken naar het onderwerp goede separeerzorg, met steeds als vraag: hoe kan goede separeerzorg aangeleerd worden aan verpleegkundigen[7]. Naar aanleiding van dit empirische gedeelte van het onderzoek zal ik terugkeren naar het model voor goede separeerzorg, waarna het antwoord klinkt op de vraag naar hoe goede separeerzorg aan te leren aan verpleegkundigen.

Utrecht, 31 juli 2012

[7] Binnen Roosenburg wordt onder anderen gewerkt met begeleiders (SPH, MWD, SPW, basispsychologen) en met verpleegkundigen niveau 4 en 5). Deze groep wordt in zijn geheel de 24uurszorg genoemd en dit is de groep die de separeerverpleging voor haar rekening neemt. In deze thesis wordt gesproken over verpleegkundigen, waarbij ik de hele groep 24uurszorg bedoel.

1. Verantwoord separereren

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste werken op het gebied van separeerzorg. Separeren is een thema dat veel aandacht krijgt in de politiek en in de media, de samenvatting in deze scriptie kan daarom ook niet uitputtend zijn. Wel is geprobeerd om de belangrijkste werken op het gebied van separeerzorg aan bod te laten komen. De 'geschiedenis' van separeren wordt hier als eerste geschetst, van daaruit worden verschillende bronnen naast elkaar benoemd: juridische, beleidsmatige, politieke, onderwijsmatige stukken, richtlijnen, protocollen en ervaringsverhalen. De centrale vraag is steeds welke accenten gelegd worden in de bronnen: welke elementen voor verantwoorde en voor goede zorg worden genoemd. Vanuit de kennis over verantwoorde separeerzorg gaan we in hoofdstuk 2 verder met de zorgethiek, om ten slotte in hoofdstuk 3 een instrument te ontwikkelen om goede zorg in de separeer te omschrijven. In deze twee hoofdstukken vindt aan het einde van de (sub) paragrafen aan de rechterzijde stukken tekst over wat goede separeerzorg is. Deze aantekeningen zijn korte samenvattingen van de paragrafen, die uiteindelijk in hoofdstuk 3 het model voor goede separeerzorg vormen. De tekstvakken komen later in de thesis dus terug.

1.1. Historisch overzicht: dwang in de GGZ

Vrijheidsbeperkende middelen komt men in alle verschillende vormen tegen in de psychiatrie (en andere vormen van zorg als verstandelijk beperkten zorg en ouderenzorg). Deze middelen kunnen van heel licht tot heel zwaar voorkomen. Een vorm van lichte dwang is een patiënt pas vrijheden geven nadat hij zich gedoucht heeft. Iets zwaardere dwang is een kamerprogramma: de patiënt dient bepaalde gedeelten van de dag op zijn kamer te verblijven, is andere gedeelten van de dag wel aanwezig op de groep. Een nog zwaardere vorm van dwang is het toedienen van medicatie, vocht en voedsel of het separeren van een patiënt. In dit literatuurgedeelte zullen we het met name hebben over deze laatste zwaardere categorie.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn zo oud als de psychiatrie zelf[8]. De psychiatrie in zijn huidige vorm kwam op in de tweede helft van de 19e eeuw en de behandeling was eigenlijk altijd gedwongen. In de Krankzinnigenwet (1883, de eerste wetgeving rondom psychiatrie) wordt er gesproken van een kleine afdeling die speciaal aangewezen was voor vrijwillige patiënten, hetgeen impliceert dat het grootste deel onder dwang was opgenomen. Ook was het gebruik van dwangmiddelen als isoleren en metalen boeien en kluisters geen uitzondering. Toch kent men in de eerste helft van de 19e eeuw in Nederland al een beweging die dwangmiddelen in de psychiatrie tot

[8] Abma T., Widdershoven G. & Lendemeijer B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, p. 37

het minimum wil beperken, zo niet uit wil bannen, aldus Vijselaar[9]. Om dit te bereiken richtte men geneeskundige gestichten op, die zich kenmerkten door "Menschlievendheid" en eerdergenoemde kleinere gemeenschappen waarbinnen de zedenkundige behandeling tot ontwikkeling kon komen. Het terugdringen van dwang stond hoog in het vaandel: niet langer werden de oude metalen boeien en kluisters gebruikt, maar de dwangbuis en –stoel maken hun entree. In 1855 gaat het proces nog verder: het gesticht Meerenberg voert in navolging van de Engelsman John Conolly als eerste in Nederland het non-restraint-principe in: een radicale afschaffing van alle mechanische lijfsdwang binnen de psychiatrie door preventie van agressie veel aandacht te geven. Zij werden voor gek versleten: psychiatrie zonder dwang was (a) ondenkbaar en (b) niet wenselijk omdat het ook 'verdierlijking' van de patiënt kon bewerkstelligen: de patiënt verbleef immers alleen in een ruimte zonder gefixeerd te worden en van goede zeden kon dan geen sprake zijn. In 1883 wordt de Krankzinnigenwet ingevoerd en daarin wordt het gebruik van alle lijfelijke dwangmiddelen afgeschaft. Tevens wordt al in 1884 een verplicht registratiesysteem voor dwangmiddelen ingevoerd. De beginselen van het non-restraint-principe zijn dat de isoleer boven lijfelijke dwangmiddelen wordt gekozen. Vijselaar ziet hierin de grond voor het Nederlandse standpunt in de discussie over dwangmedicatie. Dwangmedicatie wordt door veel psychiaters de chemische dwangbuis genoemd, daarom wordt in die discussie separatie verkozen boven sedatie. Deze ideeën rondom dwangmedicatie zijn gebleven en domineren ook vandaag de dag nog de discussie. Vijselaar: *"Kortom, ik heb de stellige indruk dat de Nederlandse voorkeur voor het separeren voortbouwt op een lange traditie die in oorsprong terug gaat op een authentiek streven naar humanisering."*[10] Die humanisering is in dit verband dat het separeren als veel humaner werd gezien dat het toedienen van medicatie onder dwang. Hierin ligt wellicht ook de verklaring voor de hoge separatiecijfers van Nederland ten opzicht van andere landen. In Nederland is de kans dat je, wanneer je opgenomen bent in de psychiatrie, wordt gesepareerd 30,5%, in andere Europese landen is dit 6,6 tot 11,6 %[11]. Stolker vindt hiervoor in een onderzoek naar de mogelijke beïnvloeding van separatie door het gebruik van anti-psychotica de volgende twee redenen: in Nederland betekent een gedwongen opname niet per definitie dat een patiënt een (medicamenteuze) behandeling moet accepteren. Een andere belangrijke factor is volgens hem het tekort aan personeel op acute opnameafdelingen, waardoor intensieve hand-in-handbegeleiding niet als alternatief geboden kan worden. Dit onderzoek toonde aan dat psychotische mensen zonder het onmiddellijke gebruik van anti-psychotica binnen 2,5 dag werden gesepareerd, mensen met anti-psychotica werden pas na 7 dagen: separatie kon dus langer afgewend worden. Het gebruik van een anti-psychoticum voorkwam ook

[9] Vijselaar, J. (2009). Isoleren: een historisch dilemma. *Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij,* 16(61), pp. 16-17.
[10] Vijselaar, J. (2009). Isoleren: een historisch dilemma. *Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij, 16(61)*, pp. 16-17.
[11] Leijendekker, M.: Andere landen laten patiënten minder alleen, *NRC Handelsblad,* 1 februari 2011

vaak een separatie, dit bleek echter geen significante uitkomst op te leveren[12]. Dit onderzoek ondersteunt mijns inziens de hypothese dat medicatie wellicht veel kan betekenen in het terugdringen van Dwang & Drang.

Ondertussen worden in de 19e en 20e eeuw steeds meer mensen wel vrijwillig opgenomen waardoor we in de jaren '60 van de vorige eeuw 10% verplichte opnames in de GGZ kennen. Wat vrijwilligheid in die jaren inhoudt, kan men zich overigens afvragen: van privacy en autonomie blijkt weinig sprake te zijn[13]. De trend dat steeds meer mensen zich vrijwillig op laten nemen resulteert in de Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (wet BOPZ), waar dwang en drang alleen nog in uitzonderlijke gevallen toegepast mogen worden. Dwang wordt in deze wet helemaal losgekoppeld van de behandeling, hetgeen verklaarbaar is vanuit het denken van de jaren '60 en '70. Men was namelijk uitermate positief over de maakbaarheid van de behandeling van psychiatrische deviaties: in de behandelrelatie die op samenwerking was gebaseerd was alles mogelijk. Dwang en drang hoorden daarom nadrukkelijk niet thuis in de behandeling. In het huidige landelijke Dwang&Drang-project zien we een tegenovergestelde beweging, namelijk dat Dwang&Drang juist als onderdeel van de praktijk van de psychiatrie wordt benoemd bij kwaliteitscriterium 1 (zie 1.3.1). De wet BOPZ regelt gedetailleerd wanneer dwangtoepassingen mogen worden gebruikt. Momenteel wordt er gewerkt aan nieuwe wetgeving rondom vrijheidsbeperkende middelen in de GGZ, deze zal ook besproken worden.

Door de jaren heen heeft het terugdringen, zo niet uitbannen van separeren, altijd nadrukkelijke aandacht gehad in Nederland. Vijselaar noemt daar enkele voorbeelden van, waaruit ook blijkt dat in de jaren '20 van de vorige eeuw de oplossing voor separeren in de pedagogische aanpak werd gezocht. Veel initiatieven, zo concludeert hij, hebben zin gehad en drongen de dwangcijfers terug. Echter, door beperkt beschikbare (financiële) middelen lukte het nooit om die dalende trend vast te houden.

Een belangrijk moment in de meer nabije geschiedenis van Dwang en Drang was de situatie van zwakzinnige Jolanda Venema. In november 1988 verschijnt er een foto van haar in de Leeuwardense Courant waarin zij naakt vastgebonden is in een kale kamer. Deze fixatie is ook een zwaardere vorm van Dwang en Drang waarover de wet BOPZ spreekt. Nadat de foto's verder gepubliceerd worden, volgen Kamervragen en wordt er een commissie ingesteld naar de misstanden in de situatie van de verstandelijk gehandicapte Jolanda. Naar aanleiding van die gebeurtenis worden er consultatieteams voor ingewikkelde cases op het gebied van Dwang & Drang in het leven geroepen.[14]

[12] Stolker, J.J., Hugenholtz, G.W.K.: *Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak,* Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:pp. 557-61

[13] Abma T., Widdershoven G. & Lendemeijer B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, p. 38

[14] http://cce.nl/hoofdmenu/Veelgestelde_vragen/Hoe_is_het_CCE_ontstaan?se=vene, geraadpleegd 2 november 2011

In 2004 laait de discussie rondom dwang en drang wederom op door een aantal voorgenomen wijzigingen rond de wet BOPZ, voorstellen voor verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling en –medicatie. Het debat dat volgt laat nogmaals zien hoe gecompliceerd de discussie rondom dwangmedicatie is in Nederland, hetgeen goed te verklaren is vanuit onze geschiedenis aangaande dwang en drang. 2004 is ook het jaar waarin GGZ Nederland in haar visiedocument *'De Krachten Gebundeld'* haar ambitie uitspreekt het aantal separaties jaarlijks met 10% te verminderen. Een belangrijk aantal instellingen heeft zich in 2006 verenigd rond deze ambitie: een landelijk project rondom de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitscriteria werd in het leven geroepen. Aanleiding hiervoor was tevens de buitenlandse kritiek dat de zorg inhumaan zou zijn.[15] Onder 1.3. wordt dit project uitgebreid toegelicht.

1.2. Juridisch kader

Middelen en maatregelen, waaronder separeren, dienen altijd juridisch te onderbouwen te zijn. Deze paragraaf besteedt aandacht aan de juridische kaders. Eerst wordt de Wet bijzondere opname Psychiatrisch Ziekenhuis besproken, de wet die sinds 1994 geldig waar het Middelen & Maatregelen betreft. Op dit moment is de toekomstige wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg rondom Middelen & Maatregelen in fase 2, wat betekent dat deze is ingediend bij de Tweede Kamer voor schriftelijke behandeling. Toch wil ik deze hier alvast bespreken, aangezien deze wet binnenkort de realiteit is waarbinnen gewerkt moet worden.

1.2.1. Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis

De Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) is in principe de wet die de rechten van de patiënt en de verhouding tussen de patiënt en de hulpverlener vastlegt. Deze wet gaat uit van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Er zijn echter situaties waarin er van vrijwillige instemming met de opname geen sprake (meer) is. Voor die gevallen is er een wettelijke basis nodig om de behandeling toch in te zetten. In de Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (wet BOPZ) wordt beschreven onder welke voorwaarden de rechten van de patiënt, zoals vastgelegd in de Grondwet en de WGBO, mogen worden beperkt. Patiënten vallen alleen onder de Wet BOPZ wanneer zij beschikken over een In Bewaring Stelling (IBS) of een Rechterlijke Machtiging (RM). Dat iemand opgenomen is onder een BOPZ-maatregel betekent overigens niet dat iemand per definitie wilsonbekwaam is.

Separatie valt in de categorie Middelen & Maatregelen, tezamen met fixatie, afzondering, medicatie en vocht & voeding. Artikelen 38 en 39 van de BOPZ zijn interessant voor het onderwerp separatie en

[15] Abma T., Widdershoven G. & Lendemeijer B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, p. 16

dus voor deze thesis. Daarnaast regelt de wet BOPZ heel gedetailleerd aan welke (veiligheids-) eisen separatie en separeerzorg moeten voldoen, deze elementen uit de wet BOPZ komen onder 1.4.2. verder terug, aangezien ze in het protocol van Altrecht zijn verwerkt.
In artikel 38b, onderdeel b wordt gesproken over toestemming van de patiënt voor behandeling (of eventuele toestemming van de vertegenwoordiger) en in onderdeel c over verzet. Wanneer er toestemming is van de patiënt en er is geen verzet kan de behandeling ingezet worden, conform onderdeel b van artikel 38. Artikel 38c gaat pas gelden wanneer die niet goed verloopt. Daar wordt geregeld dat sommige, in het behandelplan voorgestelde behandelingen, toch doorgezet kunnen worden, terwijl de patiënt zich hier tegen verzet. Soms wordt separatie (of het voorkomen daarvan) opgenomen in een behandelplan. Dit kan wanneer een patiënt heel erg getraumatiseerd is geraakt door eerdere separatie of wanneer separatie soms de enige manier is om de afdeling veilig te houden. Dan kan separatie soms als uiterste (on)mogelijkheid vastgelegd zijn in het behandelplan. Volgens art. 38c van Wet BOPZ kan een separatie dus uitgevoerd worden, ook als de patiënt zich verzet. Dit kan alleen:

a. "voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, of
b. voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden."

Over bovenstaande geaccepteerde aanleidingen voor separatie zullen we onder 1.3.1. verder spreken wanneer het gaat over straffen. In artikel 39 (Middelen of maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie) is vastgelegd dat middelen en maatregelen ook toegepast kunnen worden wanneer deze **niet** in het behandelplan zijn vastgelegd, voor maximaal 7 dagen aaneen en alleen wanneer het strikt noodzakelijk is. Mocht het langer duren dan 7 dagen tegen de wil van de patiënt, dan dient een dwangbehandeling aangevraagd te worden en dient dit vastgelegd te worden in een behandelplan.

Separeerzorg = Juiste juridische grond & straf- of civielrechterlijke titel.

1.2.2. Under Construction "Wet verplichte GGZ"

Momenteel ligt er in de Tweede Kamer een wetsvoorstel ter schriftelijke behandeling. Deze wet Verplichte GGZ wil ik hier kort bespreken, zonder de uiteindelijke vraag van de thesis, te weten naar goede separeerzorg, uit het oog te verliezen.

De wet verplichte GGZ verschilt op de volgende punten fundamenteel van de BOPZ. Het eerste artikel in de nieuwe wet (na de begripsbepalingen) is veelzeggend: *"De zorgaanbieder en de geneesheer-directeur bieden voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen."*(art. 2:1) Daarmee is de sfeer die de wet uitademt duidelijk: dwang en drang dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden en de zorgaanbieder is hiervoor verantwoordelijk. In de wet BOPZ is zulk een bepaling niet zo nadrukkelijk benoemd. Een tweede verschil is dat volgens de wet BOPZ verplichte zorg aan de volgende drie waarden moest worden getoetst: subsidiariteit (er is geen minder ingrijpend alternatief mogelijk), proportionaliteit (de ingrijpendheid van de dwangmaatregel staat in verhouding tot de ernst van het gevaar) en doelmatigheid (het gekozen middel is doelmatig om het gevaar af te wenden). De nieuwe wet voegt hier een vierde aan toe in artikel 2.3.: veiligheid. Mijns inziens dient dit geïnterpreteerd te worden als één van de invloeden van de huidige tijdsgeest: we willen graag dat risico's zoveel mogelijk zijn uitgesloten en noemen veiligheid een groot goed: zo heette ook de minster van justitie sinds oktober 2010 minister van veiligheid & justitie. De Wet Verplichte GGZ stelt dat *"de patiënt altijd wordt gevolgd in zijn wensen en voorkeuren voor wat betreft de zorg aan hem verleend, tenzij betrokkene niet tot een redelijke waardering in staat is of deze in strijd zijn met de zorg van een goed hulpverlener, als bedoeld in artikel 453 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek."*(Art.2:1, lid 6) Verplichte zorg kan op vier gronden worden verleend (art. 3:1): "*(1) een zorgmachtiging, (2) een crisismaatregel, (3) een beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel als bedoeld in artikel 7:4 of (4) een beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie als bedoeld in de artikelen 8:9 tot en met 8:11".* We zien hier dat de namen zijn veranderd: dwangbehandeling heet *een zorgmachtiging,* In Bewaring Stelling is nu een *crisismaatregel.* In de taal van de wet Verplichte GGZ zien we dus ook de wens tot behoud van autonomie terugkomen: het discours is geheel anders.

Als redenen voor verplichte zorg noemt de wet Verplichte GGZ:

- *"Dat er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid zijn;*
- *Dat er voor betrokkene geen minder bezwarende alternatieven met het beoogde effect zijn;*
- *Dat het verlenen van verplichte zorg, gelet op het beoogde doel evenredig is; en*
- *Dat er redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is."*

Deze redenen verschillen van de BOPZ in die zin dat de patiënt, en veel minder de gevaren, centraal staat. Het gaat in de wet Verplichte GGZ dus veel meer om het welzijn van de patiënt: is hij/zij erbij gebaat? Dit betekent overigens niet dat de nieuwe wet zich helemaal niet uitlaat over de eventuele gevaarscriteria. In artikel 3:4 lezen we dat verplichte zorg geleverd kan worden om:

- *"een crisissituatie af te wenden;*

- *een aanzienlijk risico op ernstige schade af te wenden;*
- *een zorgplan op te stellen;*
- *de geestelijke gezondheid van betrokkene te stabiliseren;*
- *de geestelijke gezondheid van betrokkene dusdanig te herstellen dat hij zijn autonomie zo veel mogelijk herwint."*

In de artikel 7 wordt dan uiteindelijk gesproken over een crisismaatregel, waar separatie vaak ondervalt. Opvallend is dat de maximale duur van een crisismaatregel is teruggebracht van 7 tot 3 dagen. Dan dient er een zorgmachtiging (voorheen dwangbehandeling) aangevraagd te worden.
In hoofdstuk 8 van de wet verplichte GGZ wordt gesproken over de rechten en plichten bij het ten uitvoer leggen van de zorgmachtiging en de crisismaatregel. Er dient een richtlijn te worden opgesteld, zo stelt de wet. Deze is gericht op het voorkomen van verplichte zorg, het voorkomen van nadelige effecten op lange termijn voor betrokkene, het kiezen voor de minst bezwarende vorm van verplichte zorg, het beperken van de duur en het vergroten van de veiligheid van de betrokkenen.
De richtlijn dient in ieder geval te vermelden welke de vormen van verplichte zorg kunnen worden toegepast, welke alternatieven voor de verplichte zorg er zijn, wanneer de evaluatiemomenten zijn waarop de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid voor betrokkene van de verplichte zorg worden getoetst, de wijze waarop intern toezicht wordt vormgegeven, en de opleiding en ervaring van de personen die de verplichte zorg verlenen.
Onverwacht separeren, in de wet "tijdelijk verplichte zorg in onvoorziene situaties" genoemd mag in 4 situaties, namelijk als er sprake is van:

a. "een aanzienlijk risico op ernstige schade voor betrokkene of anderen;
b. de veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar de zorg of verplichte zorg wordt verleend;
c. de bescherming van rechten en vrijheden van anderen;
d. de voorkoming van strafbare feiten."

Andere items waar de wet aandacht aan besteedt zijn de registratie-eisen, het klachtenrecht van de patiënt, de verantwoordelijkheden van Directeur-Geneesheer, handhaving van de wet, de Inspectie voor de Volksgezondheid en wat te doen bij eventuele onttrekking aan de behandeling en vermissing van de patiënt. De wet sluit af met het noemen van de boetes en straffen wanneer er niet zorgvuldig wordt gehandeld.

Over de kwaliteit van de separeerzorg wordt in de wet Verplichte GGZ weinig gezegd. Wat we wel lezen in de wet verplichte GGZ en wat we meenemen voor het model voor goede separeerzorg, is het volgende:

Dwang en drang dienen te allen tijden voorkomen te worden. Wanneer het onvermijdelijk blijkt dient het als doel te hebben de autonomie van de patiënt uiteindelijk te vergroten of een gevaar af te wenden. Er dient een richtlijn opgesteld te worden waarin de keuze, het doel en de duur, alsmede de eventuele nadelige gevolgen worden benoemd. In deze richtlijn wordt onder meer opgenomen welke opleiding de personen die de verplichte zorg verlenen hebben genoten en welke ervaring zij dienen te hebben.

1.3. Beleid & politiek

Na een historisch overzicht en een overzicht van de juridische kaders volgt hier een overzicht van enkele belangrijke beleidsstukken die de afgelopen jaren zijn geschreven over Dwang & Drang. Ik kon kiezen uit vele beleidsdocumenten: het project Dwang & Drang heeft veel stukken geproduceerd. Ik kies er hier voor om twee belangrijke en meer omvangrijke stukken grondig door te nemen. Ik heb ervoor gekozen om in ieder geval het boek *Dwang en Drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies* te bespreken. Deze wetenschappelijke reflectie op separeerzorg heeft in 2004 als aanzet gediend voor het landelijke project Dwang en Drang, we kunnen het dus beschouwen als een van de eerste werken in het project en daarmee als een nieuw geluid. We vinden in dit boek diverse kenmerken van verantwoorde en verantwoordelijke separeerzorg. Ten tweede heb ik gekozen voor het beleidsstuk *De eerste vijf minuten.* Ik heb hiervoor gekozen omdat het een praktisch beleidsstuk is en omdat het veel aanknopingspunten geeft om uiteindelijk goede separeerzorg te omschrijven, wat toch het doel is van deze literatuurstudie. Doordat ik deze twee kies, laat ik andere stukken liggen op dit gebied. Hier ben ik me van bewust. Alles behandelen is echter niet mogelijk, daarom wil ik volstaan met twee uitgebreide beleidsdocumenten die grondig en met een brede scope naar separeerzorg kijken.

Ook wil ik een politiek stuk hier behandelen. De praktijk van de GGZ is immers afhankelijk ook van de landelijke politiek (en in zekere zin ook van de internationale politiek), daarom is het goed om ook een brief aangaande dwang en drang van onze demissionair minister Schippers te behandelen.

1.3.1. Dwang en Drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies

GGZ Nederland heeft in haar visiedocument *De krachten gebundeld* in 2004 haar ambitie uitgesproken om het aantal separaties jaarlijks met 10% te gaan verminderen. Vanuit deze ambitie is in juni 2006 GGZ Nederland gestart met het landelijke project *Dwang en Drang: Het terugdringen van*

separaties en vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ in Nederland. Één van de belangrijke interventies van de projectgroep is geweest om de volgende acht kwaliteitscriteria voor Dwang en Drang in te voeren en deze wil ik letterlijk overnemen[16]:

1. "Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door tegenstrijdige verplichtingen (bijvoorbeeld: de verantwoordelijkheid van de cliënt voor zijn eigen leven tegenover ingrijpen omdat cliënt die verantwoordelijkheid niet aan kan). Belangrijk is om verantwoording af te leggen voor gemaakte keuzen, zowel door individuele hulpverleners als in het kader van het instellingsbeleid.
2. Tegenstrijdige verplichtingen leiden tot ambivalente gevoelens en emoties, bij de cliënt en bij de familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen.
3. Beschouw dwang en drang in het kader van het proces van zorg. Ingrepen zijn alleen te rechtvaardigen in een context van betrokkenheid. Ze vereisen aandacht, verantwoordelijkheid en afstemming. Dwang- en drangtoepassingen vragen soms om juridische rechtvaardiging, maar altijd om menselijke en professionele betrokkenheid. Uitgangspunt in het proces is het overleg tussen hulpverleners, cliënt en familie.
4. Dwang en drang vereisen goede communicatie. Besteed aandacht aan bejegening, openheid, afspraken maken, contact houden. Onderhandelen en overtuigen kunnen situaties van dwang voorkomen, maar dienen tijdens de dwangtoepassing te worden vermeden. Wel moeten contact en communicatie met de cliënt zo veel mogelijk in stand blijven.
5. Reflecteer op het doel van het ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel vooral de vraag of en hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn eigen leven te behouden en te vergroten.
6. Reflecteer op de middelen. Wees je bewust van de variatie in het scala van interventies. Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig. Probeer creatief om te gaan met situaties. Wees flexibel, respectvol en tactvol.
7. Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak afspraken vooraf met cliënt en zo mogelijk met de familie. Wees transparant over het ingrijpen.
8. Streef naar adequate randvoorwaarden (deskundigheid, beschikbaarheid, bouwkundige voorzieningen, voorlichting, protocollering) en onderneem actie waar deze ontbreken."

[16] Abma T., Widdershoven G. & Lendemeijer B. (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht, p. 16

Doel van deze literatuurstudie is om een model te maken welke goede separeerzorg omschrijft. In dit model wil ik bovenstaande 8 kwaliteitscriteria allemaal opnemen, aangezien ze goede handvatten geven voor het model goede separeerzorg. Graag wil ik hieronder sommige van bovenstaande punten verder uitwerken.

De tragiek van het goede doen…

Widdershoven stelt in het boek *Dwang en drang in de psychiatrie* dat wanneer Drang en Dwang nodig zijn er sprake is van een tragische omstandigheid: er moet gehandeld worden, maar in die handeling is kwaad ingesloten[17]. Er is sprake van een situatie waarin keuzes tegenstrijdig zijn met de verplichtingen, maar er moet gekozen worden. Zo kan een verpleegkundig team in een situatie komen waarin ze een suïcidale patiënte alleen moeten achterlaten in een separeer omdat ze voorkomen willen dat zij zichzelf suïcideert, terwijl het alleen laten van een patiënt tegenstrijdig is met de situatie. De tegenstrijdigheid dringt zich nadrukkelijk aan de zorggever op. Widdershoven wijst in navolging van de Amerikaanse filosofe Nussbaum (1986) in *Dwang en drang in de psychiatrie* erop dat het kiezen van een oplossing die een tragische tegenstrijdigheid in zich heeft *an sich* niet fout is, maar wel wanneer dit zonder emoties gebeurt, zonder gevoel van twijfel of schuld. Deze emoties van machteloosheid en de ambivalentie van de handeling dienen dan onderkend te worden. Ook dienen de gevoelens bereflecteerd te worden vanuit het denken over goed & kwaad, ze dienen een morele bewerking te ondergaan.

Separeerzorg = Onderkenning van de tragiek, aandacht hebben voor deze gevoelens en deze bereflecteren vanuit het denken over goed en kwaad.

Aandacht voor elkaars gevoelens:

Zoals gezegd spelen bij dwang en drang vaak ambivalente gevoelens mee. Ethisch gezien, in de lijn van Nussbaum is dit ook goed: het ontbreken van emoties is niet juist. Emoties zetten ons immers in gang, bepalen ons bij wat er gebeurt in onze omgeving en in hoeverre dit moreel juist is. De aandacht voor deze ambivalente gevoelens is van groot belang: professioneel handelen betekent dat men open staat voor deze gevoelens en hier ook op gepaste wijze op in gaat. Widdershoven schenkt aandacht aan het openstaan voor deze gevoelens door de zorggevers onderling en door de zorggever naar de –ontvanger.[18]

Kwaliteitscriterium 2 is daarnaast ingevoegd omdat hulpverleners van oudsher hebben geleerd dat we geen gevoelens mogen tonen en altijd rationeel moeten handelen, aldus Widdershoven.[19]

[17] Idem, p. 47
[18] Idem, p. 48
[19] Idem, p. 82

Gevoelens van schaamte, schuld, verdriet, angst en machteloosheid dienen echter juist wel te worden getoond en gedeeld te worden door de betrokkenen. Ook irrationeel gedrag als machtsmisbruik en manipulatie dienen bespreekbaar te worden gemaakt om de separeerzorg te verbeteren.

=Separeerzorg = Ruimte voor (ambivalente) emoties .

Separeerzorg = Machteloosheid en irrationeel gedrag bespreekbaar maken.

Positieve vrijheid vergroten

Widdershoven maakt een belangrijk onderscheid tussen positieve en negatieve vrijheid, de landelijke projectgroep benoemt dit ook in kwaliteitscriterium 5. Vanuit juridisch oogpunt is het beperken van iemands bewegingsruimte een aantasting van diens vrijheid en staat het op gespannen voet met het zelfbeschikkingsrecht: de mens moet immers zonder inmenging kunnen bepalen wat goed is. Dit is **negatieve vrijheid**: men is vrij van inmenning. **Positieve vrijheid** daarentegen is iets anders: positieve vrijheid helpt een mens om vrij te worden voor……., de vrijheid van een mens om het eigen leven vorm te geven. "De mens is vrij in positieve zin wanneer hij zijn leven actief vorm weet te geven en daarbij inzicht toont in en grip heeft op de situatie waarin hij zich bevindt"[20]. Iemand kan namelijk in sommige situaties in alle (negatieve) vrijheid kiezen voor iets wat hem of haar lelijk in de problemen brengt, zo niet in gevaar, omdat hij niet in staat is om goed in te schatten wat de consequenties van zijn wensen zijn. Men is dan niet vrij in zijn keuze in de zin van positieve vrijheid. Binnen Dwang en Drang is positieve vrijheid nadrukkelijk aanwezig. Sterker nog: vanuit de positieve vrijheid is het niet ingrijpen in situaties van dwang en drang soms juist problematisch.

Er zijn meerdere middelen en maatregelen met betrekking tot dwang en drang. Wanneer men vanuit negatieve vrijheid naar de opties kijkt, zou men moeten kiezen voor de minst ingrijpende vorm van dwang en drang. Wanneer men echter zou kijken vanuit positieve vrijheid zal men eerder kiezen voor het middel of de maatregel welke de patiënt het meest in staat stelt om zijn leven op een goede manier vorm te geven. Vanuit ethische perspectief pleit Widdershoven ervoor om de patiënt te vragen wat voor hem het meest ingrijpend is. Hiermee gaat hij sterk uit van een redelijk, kiezend wezen dat de gevolgen kan overzien van zijn keuzes. Ik pleit er echter voor om, wanneer de patiënt niet zelf kan kiezen en de consequenties van zijn keuzen kan overzien, de negatieve vrijheid van de patiënt toch te verkleinen door in te mengen en te kiezen voor het dwangmiddel dat uiteindelijk de positieve vrijheid vergroten zal.

[20] Idem, p.49

Separeerzorg = Positieve vrijheid boven negatieve vrijheid.

Separeerzorg = patiënt vragen naar voorkeur voor middelen.

Separeerzorg= soms de negatieve vrijheid verkleinen om uiteindelijke de positieve vrijheid te vergroten.

Betrokkenheid en verantwoordelijkheid

Vertrouwen komt tijdens het inzetten van dwang en drang erg onder druk te staan. Toch dienen dwang en drang altijd in het kader van betrokkenheid en verantwoordelijkheid te staan, aldus kwaliteitscriterium 3. Widdershoven stelt hier[21] dat er in het proces van zorg, dat gekenmerkt wordt door een doel, te weten het gezamenlijke leven in stand te houden, er een wederzijdse afhankelijkheid is. Dit ligt in de lijn van de zorgethiek en derhalve wordt dit punt verder uitgewerkt in hoofdstuk 2.

Overwegingen voor Dwang & Drang

Sommige praktijken zijn al zo lang dezelfde dat het in de cultuur van de afdeling zit verweven: protocollen, verandermanagement en projecten ten spijt. In het landelijke project worden dit de verhalen van de afdeling genoemd. De traditionele verhalen over wat wel en wat niet te doen zijn vaak relatief stabiel en geven ook houvast aan verpleegkundigen. Helaas zijn traditionele verhalen ook vaak moeilijk ter discussie te stellen. Door de loop van de tijd boeten verhalen wel in aan hun zeggingskracht. Zo ook het oude verhaal van dwang en drang: verpleegkundigen lijken steeds vaker een nieuw verhaal te willen schrijven. Soms zien zij zich begrensd in dit nieuwe verhaal door financiële onmogelijkheden en personele randvoorwaarden.[22]

De projectgroep wijst op de toegevoegde waarde van het kritisch luisteren naar de oude verhalen van de afdeling omdat deze soms het herschrijven waard zijn.

Vanuit het oude verhaal kunnen we enkele aspecten van verantwoorde separeerzorg destilleren. Zo noemt de projectgroep dat de overwegingen om een dwangmiddel in te zetten zorgvuldig moet worden genomen. Onrust, regels die niet worden opgevolgd, personeelsproblemen en bejegening worden in het oude verhaal nog te vaak aangehaald als een overweging om iemand te separeren, terwijl juridisch gezien dwang alleen gerechtvaardigd is wanneer er sprake is van gevaar.

Separeerzorg = goed de overweging maken of dwang ingezet kan worden.

Separeerzorg= voorkomen dat het oneigenlijk wordt ingezet.

[21] Idem, p.52
[22] Idem, p. 80

Erkenning van het mens-zijn

De kwaliteitscriteria pleiten ook voor de erkenning van de menselijkheid van cliënten en hulpverleners, hierdoor kan een brug worden geslagen. Verpleegkundigen geven aan dat zij het idee hebben dat zij hierdoor cliënten anders zijn gaan zien en de relatie tussen zorggevers en –ontvangers gelijkwaardiger is geworden[23]. Hier lijkt de Zorgethiek zijn intrede te doen, daarom wordt ook dit punt in hoofdstuk 2 verder uitgewerkt.

Communicatie

Een volgend belangrijk punt is dat communicatie over en weer tussen patiënten en hulpverleners van groot belang is. Van oudsher is communicatie beperkt, hiervoor dient meer aandacht te komen, aldus de landelijke werkgroep. Communicatie noemen zij in drie verschillende vormen. Ten eerste noemen zij een onderzoek dat aangeeft dat een patiënt gemiddeld 35 minuten contact heeft met een hulpverlener op een dag. Redenen van dit lage aantal minuten zien zij in de hoge mate van bureaucratie.

Een tweede vorm van communicatie die de projectgroep aanraadt is onderhandelen. Zij pleiten voor een open een eerlijk overleg met de patiënt, een overleg waarbij de kaders van het onderhandelen bekend zijn en het gesprek transparant verloopt.

Contact en communicatie kunnen escalaties goed verhelpen, aldus de projectgroep.[24] Wel waarschuwt de projectgroep er ook voor dat er tijdens de separatie zelf niet wordt onderhandeld, de patiënt is er in een crisissituatie niet bij gebaat om keuzes voorgelegd te krijgen maar is dan gebaat bij duidelijkheid. Tijdens de separeerverzorging kan wel weer onderhandeld worden.

Separeerzorg = goede communicatie en op de juiste momenten onderhandelen.

Separeren geplaatst in de tijd

Kwaliteitscriterium 7 pleit ervoor om de separatie in de tijd te plaatsen en niet als een op zichzelf staan gebeuren zonder voortraject of nabespreking. Zij pleit voor een evaluatiemoment en een crisisplan. Zo wordt de separatie niet langer als een op zichzelf staande episode in de behandeling gezien, maar ingebed in de tijd en behandeling.

Separeerzorg = achteraf goed in te bedden in behandeling.

1.3.2. De eerste vijf minuten: Het halve werk

Het tweede beleidsstuk (tevens onderdeel van het landelijke project Dwang & Drang) dat ik wil bespreken is *"De eerste vijf minuten: het halve werk".* Dit is het verslag van een project waarin de

[23] Idem, p. 84
[24] Idem, p. 86

eerste 5 minuten van elk contact met de patiënt extra veel aandacht kreeg. Hypothese was dat dit de Dwang & Drang- cijfers positief zou beïnvloeden, hetgeen deels het geval bleek te zijn, de separatie werden verkort, niet verminderd.[25] Uit dit schrijven vinden we wederom goede aanknopingspunten voor ons model van goede separeerzorg. Een van de onderdelen van het onderzoek is een stuk over hoe te handelen wanneer iemand rechtstreeks in de separeer wordt opgenomen. Ik citeer[26]:

- "Zorg voor een goede voorbereiding, zorg dat de patiënt zich welkom voelt op de afdeling door in de goede voorzieningen te voorzien;
- Lees je in in het dossier van de patiënt, maar laat de patiënt zich ook aan je openbaren. De patiënt heeft waarschijnlijk al agressie achter de rug, dus het kan goed dat de climax voorbij is. Maar wees tegelijk ook op je hoede;
- Ontvang de patiënt door je voor te stellen en te vragen hoe het hier voor hem is;
- Beoordeel de separeercriteria opnieuw;
- Benadruk tegenover de patiënt dat het een eindige periode is dat hij in de separeer verblijft;
- Straal rust en veiligheid uit, dit dien je de patiënt te bieden;
- Bezoek de patiënt met zo min mogelijk mensen, laat de anderen buiten het zicht en binnen gehoorsafstand meegaan (wanneer vanuit het oogpunt van veiligheid gewenst is);
- Geef de patiënt informatie over de gang van zaken, de reden van separatie en de mogelijkheden tot beklag."

Opvallend in dit beleidsdocument is de aandacht voor de relatie en het inleven in de situatie van de patiënt. Tevens valt op dat de patiënt met een open blik wordt ontvangen en zich dus met al zijn noden mag presenteren aan de verpleegkundige. Hoewel het op het eerste oog tegenstrijdig lijkt om te letten op de goede voorzieningen, terwijl het er zo weinig zijn, is het toch een waardevolle opmerking: ook een separeerhemd kan met zorgvuldigheid gecontroleerd worden en aangeboden worden.

Separeerzorg = de patiënt mag zich aan je tonen (hierover later nog meer).

Separeerzorg = zorgvuldigheid.

Separeerzorg = Een goede eerste 5 minuten vol gastvrijheid, rust en veiligheid.

1.3.3. Kamervragen separeren

Voordat we een model ontwikkelen voor verantwoorde en goede zorg dienen we ook naar de politiek te luisteren: welke geluiden horen we daar waar het separeerzorg betreft? Een vrij recente brief van de (inmiddels demissionair) minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Drs.

[25] Stringer et al. (2009) *De eerste vijf minuten: het halve werk*. Zoetermeer, pp. 52-56
[26] Idem, pp. 10-13

E.I. Schippers aan kamerleden Bouwmeester en Wolbert geeft een aardig beeld van de politieke discussie rondom separeerzorg op dit moment[27]. De kamerleden stellen de minister een aantal vragen naar de hoge separeercijfers van Nederland in vergelijking tot andere landen, een aantal vragen naar de traumatische indruk die separeren achterlaat op patiënten, naar de beperktheid van de wet BOPZ om vroegtijdig in te grijpen en naar een beloofde multidisciplinaire richtlijn Dwang & Drang. Uit de vragen blijkt een verlangen naar menslievende zorg in de GGZ, ook in tijden van crisis, waar de patiënt niet langer alleen wordt gelaten. Uit de antwoorden van de minister blijkt het volgende:

- Het hoge aantal separaties in Nederland hangt samen met de "voorkeur" die Nederland van oudsher heeft om te separeren in plaats van te sederen;
- Het hoge aantal separaties in Nederland dient desalniettemin teruggebracht te worden;
- Dwang zal nooit helemaal uitgebannen worden uit de GGZ, niettemin dient vrijwilligheid het uitgangspunt te zijn;
- Dwang & drang worden vanuit veiligheidsperspectief ingezet;
- Als alternatieven voor isoleren noemt de minister onder andere 'één op één'- begeleiding, opschaling bij crises, intensieve care units, inzet van ervaringsdeskundigen, familieparticipatie, comfortrooms en 'De eerste vijf minuten'- methodiek;
- De wet BOPZ geeft inderdaad te weinig mogelijkheden om separatie te voorkomen, de Wet verplichte GGZ zal dit meer doen, er is dan ook een mogelijkheid om mensen ambulant te blijven begeleiden en toch dwangbehandeling in te zetten.

Over hoe separeerzorg vorm te geven, kunnen we echter niets meer terugvinden, dan wat er door de minister als alternatieven wordt genoemd. Goede of verantwoorde separeerzorg lijkt amper een onderwerp.

1.4. Protocollen en richtlijnen

Wanneer men zoekt op internet of in de bibliotheek naar protocollen en richtlijnen omtrent separeren, dan vindt men verbazingwekkend weinig. Ik noem het verbazingwekkend omdat het een zwaar beladen onderwerp is en toch zo weinig uitgewerkt in richtlijnen. Het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO, onderdeel TNO) heeft bijvoorbeeld talloze richtlijnen, echter niet één over separeerzorg. Wanneer men beseft dat separeerzorg door het Ministerie van VWS een risicovolle handeling wordt genoemd, is dit toch zeer opvallend. In de wet BIG lezen we: "Een risicovolle handeling is een handeling die onaanvaardbare risico's met zich meebrengt voor de gezondheid van

[27] Brief aan de kamer, Minister Schippers, 21-03-2011 briefkenmerk CZ - 2011Z02252

de cliënt als zij door ondeskundigen wordt uitgevoerd maar die niet aangemerkt wordt als voorbehouden handeling in het kader van de wet BIG." Verder lezen we dan in de publicatie "Onder Voorbehoud" van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport namelijk: "De wetgever heeft niet alle mogelijke risicovolle handelingen aangemerkt als voorbehouden. [……..]Ook het separeren of isoleren van een patiënt kan risicovol zijn, terwijl er geen sprake is van een voorbehouden handeling. Als een handeling in de wet niet als voorbehouden is omschreven, wil dit dus niet zeggen dat de desbetreffende handeling zonder risico is en geen deskundige en zorgvuldige uitvoering behoeft. Beroepsbeoefenaren moeten steeds de nodige zorgvuldigheidseisen in acht te nemen bij het uitvoeren van risicovolle handelingen."[28]Het is dan zeer opvallend te noemen dat er geen richtlijn over dit onderwerp is. Wellicht omdat separeerzorg zoveel dimensies heeft die zich moeilijk in richtlijn laten uitdrukken? Ik vermoed het.

De richtlijnen die we vinden willen we hieronder bespreken. Het is de richtlijn fysieke inperking van GGZ Nederland. Daarna volgt het protocol separatie van Altrecht. Ten slotte nemen we een protocol erbij van de Reinier Van Arkel groep om deze laatste twee te vergelijken.

1.4.1. Richtlijn fysieke inperking – GGZ Nederland

In december 2001 verscheen de richtlijn fysieke inperking van de hand van GGZ Nederland[29]. Deze richtlijn is geschreven voor minderjarigen, toch gebruiken we de kennis over separeerzorg die daar genoemd wordt. De richtlijn noemt twee vormen van fysieke inperking: "(a) één of meerdere hulpverleners die een kind bij de pols, arm of andere delen van het lichaam vasthouden en (b) mechanische vormen van fixatie, zoals het vastbinden van een patiënt op een bed of een stoel."[30]De richtlijn noemt de volgende uitgangspunten voor fysieke inperking:

1. "Professioneel handelen;
2. Voorzichtig en terughoudend omgaan met risicovolle interventies;
3. Vermijden van (de schijn van) strafoplegging."[31]

Eerst is er in de richtlijn veel aandacht voor de juridische beperkingen en regelgeving. Dan vervolgens voor het voorkomen. Interventies om fysieke inperking te voorkomen zijn onderhandelen en overtuigen, goede communicatie en openheid. Indicaties voor fysieke inperking zijn heftige onrust, ernstige agressie jegens anderen, ernstige impulsiviteit of vormen van (zelf)verwonding of destructief gedrag. Opvallend is dat onrust ook wordt genoemd, waar Widdershoven dit onderdeel van het oude verhaal noemt. (zie 1.3.1.)

[28] Van den Boomen I.J.H.C. & A.A.C. Vlaskamp: *Onder voorbehoud. Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen* (Rijswijk, 1996) p. 17
[29] Richtlijn Fysieke inperking, GGZ Nederland (Utrecht, 2001)
[30] Idem, p. 4
[31] Idem, p. 8

Een tweede interessant punt is dat de richtlijn aandringt op een veelvuldige bespreking van eventuele middelen of maatregelen wanneer die bij een patiënt vaker voorkomen. In behandelplannen kunnen de maatregel en eventuele alternatieven worden besproken.
Deze richtlijn heeft tevens veel aandacht voor verslaglegging en melding. Bij verslaglegging gelden de volgende vragen:

- "De aanleiding
- Aard en duur van de inperking
- Het effect van de inperking
- De betrokken medewerkers
- De wijze waarop de ouders zijn geïnformeerd
- De wijze waarop er met de ouders en het kind is nabesproken. "

De laatste twee punten hierboven genoemd zijn mijns inziens ook waardevol en kunnen (wanneer de patiënt toestemming geeft) zo overgenomen worden voor volwassenen. De contactpersoon dient geïnformeerd te worden en de separatie dient nabesproken te worden. Voor deze nabespreking geeft de richtlijn ook aanwijzingen: er dienen uitleg en toelichting op het ingrijpen te worden gegeven, hierbij staat reflectie op het doel centraal. Doel van de nabespreking, aldus de richtlijn, is dat het kind zich gehoord weet en inzicht krijgt in wat er in de toekomst van hem verwacht wordt, zodat het inperken tot het minimum beperkt kan worden[32].

Separeerzorg = bij veelvuldig separeren is voorkoming onderdeel van behandelplan.
Separeerzorg = goede verslaglegging en registratie.
Separeerzorg= waar van toepassing nabespreken van de separatie met de contactpersoon en inlichten van de contactpersoon.

1.4.2. Protocollen Altrecht

Binnen Altrecht kennen we de Procedure Separatie. Hieronder vindt u een overzicht van de belangrijkste elementen van deze richtlijn, soms extra uitgewerkt, zonder al te specifiek te worden.
De Procedure begint met de juridische randvoorwaarden te noemen. Dit betreft dan de toepassingsduur van de separeerprocedure, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de manier waarop deze zijn verdeeld. Ook wordt er uitgebreid aandacht besteed aan hoe buiten kantoortijden te handelen en wie dan verantwoordelijkheid draagt. Kort gezegd betekent dit dat de richtlijn erop gericht is zo spoedig mogelijk de separatie te beëindigen, dat de verantwoordelijkheid

[32] Richtlijn Fysieke inperking, GGZ Nederland (Utrecht, 2001), p. 14

voor het separeren bij de psychiater ligt, maar voor de separeerzorg bij de eerstverantwoordelijke verpleegkundige of begeleider.

Nadat deze juridische kaders zijn neergelegd worden de houdingsaspecten bij toepassing van separatie benoemd. Belangrijke elementen zijn[33] dat bij separatie het altijd van belang is om het doel van de separatie in het oog wordt gehouden. Dit doel mag nooit zijn dat je straf wilt geven, noch mag dit uitgedragen worden. Wanneer men vermoedt dat de patiënt het gevoel heeft gestraft te worden, dient de verpleegkundige dit bespreekbaar te maken. De verpleegkundige moet altijd voorkomen dat er een welles-nietes strijd ontstaat, de patiënt mag als persoon nooit afgekeurd worden, zo nodig mag zijn/haar gedrag wel afgekeurd worden, hiermee dien je bewust om te gaan. De Procedure geeft daarom ook aan dat er haalbare en duidelijke afspraken gemaakt moeten worden. In de Procedure Separatie wordt er aandacht besteed aan het gegeven dat separeren beangstigend kan zijn voor de patiënt: hij kan angstig worden en gedesoriënteerd raken. Tevens kan een separatie gevoelens van krenking, boosheid en verdriet teweeg brengen, het is belangrijk hier bewust mee om te gaan. De separeer dient met ten minste twee personen bezocht te worden, waarvan ten minste één verpleegkundige. Met deze collega kun je dan achteraf op je handelen terugkijken: de richtlijn schenkt aandacht aan het reflecteren op je houding en geeft aan: “je houding wil nog wel eens beïnvloed worden door spanning/emotie; overleg hierover met collegae”. De richtlijn gebiedt ook dat er achteraf met de patiënt besproken wordt hoe hij/zij de separatie heeft beleefd.

Er wordt vervolgd met gedetailleerde informatie over wat er in de separeer aanwezig dient te zijn bij aanvang. Ook wordt daar uitgebreid informatie verschaft over hoe te separeren, waarbij met name de veiligheid voorop staat. In dit proces stelt de verpleegkundige de patiënt op de hoogte van de communicatiemiddelen (intercom, belsysteem), het separeerreglement, het separeerprogramma, het eerstvolgende contactmoment. Vervolgens wordt gesproken over het separeerprogramma dat de verpleegkundige opstelt. Hierin staat minimaal het doel van de separatie, de aanvangsdatum, de bezoektijden (inclusief het moment dat de arts meekomt), de wijze van observatie (intercom, camera, direct contact),wat in de separeer aanwezig mag zijn, welke acties t.a.v. ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) ondernomen moeten worden, eventuele specifieke observatiepunten, eventuele specifieke afspraken en de evaluatiemomenten. Het separeerprogramma is een praktische uitwerking in een taal die voor de patiënt goed te begrijpen is (ook in diens hoedanigheid) en is complementair aan het behandelplan. Een voorbeeld van een separeerprogramma in opgenomen als bijlage 1.

[33] Protocol Separatie, Stichting Altrecht (Den Dolder, 2011)

Over de separeerzorg zelf wordt het volgende in de richtlijn omschreven:

- "De zorg voor de gesepareerde patiënt wordt per dienst aan een bevoegd verpleegkundige toegewezen en wordt uitgevoerd conform de afspraken in het separeerprogramma.
- De gesepareerde patiënt dient elk half uur bezocht of geobserveerd te worden of zo vaak als in het separeerprogramma is afgesproken. Over de wijze waarop bezoeken worden afgelegd of observaties worden gedaan, worden afspraken in het separeerprogramma opgenomen.
- De verpleegkundige observeert de somatische en psychische toestand van de patiënt mede aan de hand van in het separeerprogramma opgenomen observatiepunten en doet hiervan verslag in het verpleegkundig dossier.
- De verpleegkundige draagt zorg voor een zorgvuldige bejegening van de gesepareerde patiënt door minimaal de volgende aandachtspunten in acht te nemen. De verpleegkundige:
    - noemt de patiënt bij naam
    - noemt de eigen naam
    - zegt wat zij komt doen
    - draagt er zorg voor dat de patiënt weet welke dag en tijd het is
    - geeft de patiënt gelegenheid om te vertellen over zijn toestand
    - biedt zo nodig activiteiten aan
    - houdt rekening met persoonlijke voorkeur en beleving van de patiënt
    - benoemt dat zij de separeer verlaat en meldt wanneer er weer iemand komt".[34]

In de richtlijn is ook veel aandacht voor de veiligheid van de medewerker en de afdeling. Hierover lezen we onder andere het volgende: zorg dat je niet zelf ingesloten wordt, zorg dat je niet met je rug naar de patiënt toe gaat staan, zorg dat je altijd met twee bevoegde medewerkers bent, dat je gecontroleerd de separeer in- en uitgaat , dat de separeer buiten de afgesproken contactmomenten niet wordt betreden en dat je de contrabanden[35] buiten de separeer houdt.

De richtlijn geeft ook nog enkele heel gerichte observatiepunten, die hieronder worden genoemd:

Observatie op psychisch gebied	Observatie op somatisch gebied	Observatie m.b.t. sociaal contact
algemeen psychische gesteldheid; hoe reageert de cliënt op het separeren; hoe ontwikkelt het toestandsbeeld zich; bewustzijn; reacties/bijwerkingen op medicatie; reacties op het aangeboden contact; suïcidegevaar; inzicht in de eigen toestand; weerbaarheid; oriëntatie.	algemeen lichamelijke conditie; ADL en mondverzorging; gewicht (indien nodig); urine/defaecatiepatroon; tensie/temperatuur/pols/ademhaling; wondjes; gevolgen bedverpleging; bijzondere aandachtspunten als automutilatie.	omgangsvormen; reageren op (eventueel bezoek contact verpleging/behandelaars; contact medecliënten (bij mobilisatie) in staat tot maken van afspraken.

[34] Procedure Separatie, Stichting Altrecht (Den Dolder, 2011), p. 4

[35] Onder contrabanden wordt verstaan: alles wat eventueel een gevaar in de separeer kan zijn en daarom niet mee naar binnen mag. Voorbeelden zijn: bril, BH, tabak, aansteker, drugs, sieraden, schoenveters, verzorgingsmiddelen, dingen van glas of ander gevaarlijk materiaal, bestek enz. (in de bijlage bij de procedure worden meer dingen genoemd).

Separeerzorg = bespreekbaar maken dat het geen straf is.

Separeerzorg = geen strijd.

Separeerzorg = bejegenen.

Separeerzorg = betrouwbaarheid.

Separeerzorg = reflectief handelen.

Separeerzorg = transparantie naar de patiënt.

Separeerzorg = veiligheid.

Separeerzorg = observeren.

Separeerzorg = transparantie in gang van zaken door separeerprogramma.

1.4.3. Protocol Separeren - Reinier van Arkelgroep

Ik wil graag een tweede protocol bespreken, naast die van Altrecht. Ik heb gekozen voor het protocol separeren van de Reinier van Arkel groep[36]. Hiervoor gelden de volgende redenen. Ten eerste kon ik niet uit heel veel richtlijnen kiezen, er zijn er niet veel bekend op internet. Ten tweede heb ik voor dit protocol gekozen omdat de organisatie vergelijkbaar is met Altrecht. Ten derde sprak het protocol me erg aan, het verschilt op sommige punten duidelijk van het protocol van Altrecht. Het protocol is opgesteld in 2008 en geldt voor de hele organisatie. In het protocol wordt dikwijls verwezen naar de kwaliteitscriteria van de landelijke projectgroep Dwang en Drang. Enkele punten zijn interessant afwijkend van het protocol van Altecht, deze zal ik hier benoemen. Waar er overlap is, zal dat niet benoemd worden.

In de inleiding van het protocol wordt begonnen met te stellen dat protocollen hulpmiddelen zijn en niet dwingend mogen zijn. In de praktijk van alledag kan er weloverwogen afgeweken worden van het protocol, dit dient onderbouwd te worden. Vanuit zorgethische standpunt is dit interessant, kennelijk is er ruimte om professioneel lak te hebben aan de protocollen, zoals Baart dat noemt in *Verpleegkunde & Presentie*. Hiermee bedoel ik dat professionals vanuit hun praktische wijsheid mogen kiezen om af te wijken van het protocol (zie 2.5). Het protocol separeren wordt verder ingeleid door een twaalftal interventies ter voorkoming van separatie te noemen.

Als doel van separatie noemt het protocol: "Centraal staat bij elke separatie, dat een noodsituatie veranderd moet worden in een situatie die niet meer onveilig is voor de cliënt, de omgeving en de medewerkers."[37]

Voor het uitvoeren van een separatie zelf geeft de richtlijn enkele belangrijke stelregels[38]: een goede regie is van groot belang, net als communicatie onderling en met de patiënt, goed voorbespreken van de actie is van groot belang. Ook geeft zij aandacht aan de andere patiënten van de afdeling.

[36] http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496766, geraadpleegd 7 november 2011
[37] Protocol separeren, Reinier van Arkelgroep p.4
[38] Protocol separeren, Reinier van Arkelgroep

Voor het geven van separeerzorg stelt de richtlijn de volgende punten:

- "Houd rekening met eventuele traumatische ervaringen van de patiënt;
- Bekijk per keer of de patiënt in een scheurhemd of in eigen kleding in de separeer verblijft;
- **Vraag** de patiënt om zijn persoonlijke eigendommen af te geven, ook de sieraden;
- Bied zo nodig medicatie aan;
- Observeer de patiënt, psychiatrisch en somatisch;
- Vertel hem de gang van zaken in de separeer, maar niet meer dan alleen het noodzakelijke;
- Maak transparant (ook schriftelijk) wanneer de patiënt bezocht wordt."

En ook hier wordt met grote nadruk gezegd: maak alleen haalbare afspraken.

In het protocol van de Reinier van Arkelgroep wordt, nog nadrukkelijker dan in het protocol van Altrecht gesteld dat de patiënt afhankelijk is: "Het is belangrijk dat men zich aan de afspraken houdt. Let ook hierin weer op een respectvolle en professionele houding. Separatie is opsluiting, waarbij de cliënt afhankelijk is van de ander, afhankelijk in het contact en de zaken die wel of niet worden aangeboden. Laat een separatie dan ook nooit langer dan noodzakelijk gebeuren."[39]

Een volgend opvallend punt vanuit deze richtlijn is dat zij separeerzorg omschrijven als high care, waar de 'gewone' opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis intensive care wordt genoemd.

Tot slot: deze richtlijn heeft veel aandacht voor het informeren van de naasten van de familie en voor het nabespreken van de separatie. Hierbij kan het behandelplan van de patiënt verrijkt worden, maar ook in het belang van de medewerkers kan het van groot belang zijn.

Separeerzorg = per patiënt kijken naar veiligheidseisen & traumatische ervaringen.

Separeerzorg = weten hoeveel informatie je geeft.

Separeerzorg= haalbare afspraken maken.

Separeerzorg= high care.

Separeerzorg = de familie en naasten informeren.

1.5. Onderwijs & literatuur

Op mijn werk binnen Forensische Psychiatrische Afdeling Roosenburg heb ik een zestal medewerkers die een verpleegkundige opleiding doen gevraagd om mij hun schoolboeken uit te lenen waar het leerstof over separeerzorg betreft.

Van een drietal medewerkers kreeg ik een reactie. Tinus(MBO-V) stuurde een e-mail (zie bijlage 1) waarin hij eigenlijk aangeeft geen enkel onderwijs over separeerzorg te hebben gekregen. Alleen onderwijs over agressiemanagement en over de juridische afbakening ontving hij.

[39] Idem, p.8

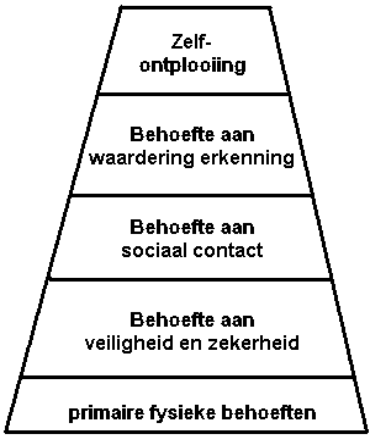
Johan en David zijn ook beide MBO-V –studenten. Zij leenden mij hun enige boek waarin over separeerzorg werd gesproken[40]. Hierin vond ik het hoofdstuk *Zorgaanbod, wetgeving en financiering.* In de tweede paragraaf vinden we de wetgeving rondom psychiatrie, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, WGBO, de Wet BIG, de wet BOPZ. Hierna wordt nog geen A4-tje gespendeerd aan middelen en maatregelen. Hier wordt beschreven (1) wat het doel kan zijn, (2) wat het middel kan zijn, (3) wie hiertoe mogen beslissen en (4) wat de randvoorwaarden zijn voor het inzetten van middelen en maatregelen. Ook wordt er een voorbeeld van een separeerreglement gegeven en twee plaatjes van een separeercel. Dat is alles. Er wordt geen aandacht besteed aan separeerzorg. Dit is dus vergelijkbaar met de ervaringen van Tinus.

1.6. Ervaringsverhalen

Er is op het internet en in de boekhandel een tal ervaringsverhalen rondom separatie te vinden. De verhalen zijn erg waardevol voor de lezer omdat ze inzicht geven in wat de patiënt als goede en slechte zorg ervaart in de separeer. Hieronder wil ik enkele ervaringsdeskundigen aan het woord laten over hun ervaringen in de separeer.

Het overgrote deel van de patiënten heeft slechte ervaringen met en in de separeer, al leest men ook een positiever verhaal. Zo schrijft John in *Op blote voeten:* "No hard feelings nogmaals, maar ook never en never again." In ditzelfde boek schrijft Evelien over een verpleegkundige die aanbiedt haar ondergepoepte kleren te wassen: "Ze was zo ontzettend lief. Ik geef het je te doen om iemand anders zijn poepkleren te wassen. Ik waste me en voelde me zo geweldig schoon…Ik voelde me herboren." Dit zijn helaas de uitzonderingen.

Centrale thema's in het boek *Op blote voeten* zijn vooral het alleen zijn en de angst voor anderen. Velen vertellen over hun psychotische waarheden en hoe zij daarom (bijvoorbeeld omdat zij het middel tegen AIDS hebben uitgevonden) worden bedreigd. Verder is opvallend dat in de separeercel mensen zich bedreigd voelen in hun bestaan en bezig zijn met de meest elementaire dingen van het leven. Wanneer men de Piramide van Maslow[41] hiernaast houdt, zien we dat de onderste lagen van de piramide met name mensen bezighoudt. Water, licht, lucht, eten,



Figuur 1: Piramide van Maslow

[40] Engeltjes A. & J. Spek: *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte 1* (Baarn, 2006) pp. 252-284
[41] De piramide van Maslow is in meerdere varianten doorontwikkeld. We nemen hier een versimpeld model met 5 lagen. In de andere modellen, met meer lagen, is ook de onderste laag de laag van de fysiologische behoeften en deze zijn dus even bruikbaar voor dit onderwerp.

poepen, plassen zijn begrippen waar we veel over lezen, de eerste laag van de piramide. Zo vertellen ze soms te angstig te zijn om te eten, bang te zijn om te weinig water bij de Lithium te krijgen. Angst, opgesloten zijn, bedreigd worden, overmeesterd worden en de angst dat de verpleegkundigen niet reageren op de bel vormen ook centrale thema's en zijn onder te brengen in de tweede laag van de piramide. Andere thema's zijn ook duidelijk aanwezig. We noemden al even Evelien, die geraakt wordt door die ene verpleegkundige die haar wast op een moment dat zij niet om aan te zien was: zij zag haar staan en sloot haar in, zoals we ook in hoofdstuk 2 verder zullen lezen. Centraal thema is ook dat alle geïnterviewden zich afvragen waar ze het aan te danken hebben dat ze daar zitten. Bijna zonder uitzondering voelen ze het gesepareerd worden als een straf.[42] Één van hen spreekt zelfs over conditioneren: je moet je gedragen zoals zij dat willen, anders kom je niet de separeer uit.
In de aflevering van *'KRO De Wandeling'* van 15-01-2010 wordt Sam Gerrits geïnterviewd, die 52 dagen in een separeer van GGZ Altrecht verbleef. Zijn boek heet *Alleen: Berichten uit de isoleercel*. Op de vraag waar deze titel vandaan komt licht hij toe dat wanneer je 'gek' bent (dat woord prefereert hij) je opgesloten bent in je psychose, je heel alleen bent. En wanneer je daarnaast ook nog in een isoleer verblijft, je nog eenzamer bent. Een ander thema in deze uitzending is (de)stigmatisering, schaamte en verlies van decorum. Zo noemt hij zijn speekselvloed traumatisch en vertelt hij dat velen als hij niet willen spreken over hun gek-zijn. In deze aflevering verblijft presentatrice Hella van der Wijst ook een nacht in de separeer en vertelt ze haar ervaringen. Naar het lijkt is zij het meest bezig met het opgesloten zijn. Want ondanks dat ze weet dat het een opname van de KRO is, stelt zij Sam, voordat de deur dichtgaat, de vraag: *"Sam, je weet wel zeker dat je me morgen komt halen hé."* En "*Ik kan toch op je rekenen?"* Wanneer zij 's nachts een paar keer wakker wordt, is het eerste dat ze denkt: *"Ik ben opgesloten."*
Sam Gerrits schreef, zoals hierboven genoemd, een boek over zijn ervaringen. In dit boek beschrijft hij hoe lang de dagen in de isoleer zijn, wanneer je niet meer gek bent. Het is een afwisseling van wachten, heen en weer lopen, wachten, heen en weer lopen. Ook vertelt hij over zijn angsten: dat het niet meer goed zal komen, dat hij het niet te boven zal komen.
Een vierde bron van ervaringsverhalen is de DVD *Je denkt dat je vergeten wordt.* Deze DVD is gefilmd door de ogen van een gesepareerde, waardoor de kijker relatief makkelijk zich in kan leven in de patiënt. Hierin komt naar voren hoe de wanhoop ook een grote rol speelt in de separeer. Het is een wanhoop die we ook bij Sam Gerrits lazen en die we ook in hoofdstuk 2 terugzien: de hoop op een betere toekomst, op een normaal bestaan zoals iedereen is verloren.

Separeren = je druk moeten maken over de onderste lagen van de piramide van Maslow

[42] L. Kramer: *Op blote voeten: Ervaringen in de isoleer* (Amsterdam, 2008) pp. 16, 23, 28, 32, 44, 45

Separéren = bang zijn gestraft te worden, niet weten wat je fout hebt gedaan…

Separéren = dubbele eenzaamheid

Separéren = wanhoop

Separéren= moeten vragen om hulp

2. Goede zorg - enkele zorgethische principes

In dit tweede hoofdstuk wil ik enkele zorgethische principes bespreken die ten grondslag liggen aan goede separeerzorg. Hoofdstuk 1 heeft een beknopt overzicht gegeven van de literatuur op het gebied van verantwoorde en verantwoordelijke separeerzorg. Het doel van dit hoofdstuk is om uiteindelijk samen met hoofdstuk 1 te leiden tot een model voor goede separeerzorg. Dit model volgt in hoofdstuk 3. Ik geloof dat goede separeerzorg meer is dan verantwoorde separeerzorg. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen lezen we: "*De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt"* (art.2). Dit is ook wat ik onder verantwoorde zorg versta, maar in de lijn van de zorgethici geloof ik dat zorg over meer gaat dan alleen doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Zorg heeft namelijk ook alles te maken met liefde, met aandacht, met een relatie aangaan met de ander en vanuit medemenselijkheid, of bekommernis, met die ander meeleven en aan hem zorg doen en van de ander zorg ontvangen. Hieronder wordt dit gedachtegoed verder uitgewerkt.

Ten grondslag aan dit hoofdstuk ligt een model voor goede zorg zoals opgesteld door Prof. Dr. A.J. Baart[43]. Dit model geeft mijns inziens een interessante andere invalshoek om naar zorg te kijken, namelijk als bekommernis voor de ander. Hieraan koppelt Baart 4 elementen:

Figuur 2: Goede Zorg volgens Baart

1. **Verzorgdheid**: er wordt gedaan wat er gedaan moet worden;
2. **zorgvuldigheid**: niet alleen het medisch nodige wordt gedaan, maar dit wordt toegespitst op de ander gedaan, dus met aandacht en toewijding voor mens tegenover je;
3. **zorgzaamheid**: zorg is geen hapsnapwerk, maar wordt volgehouden, ook wanneer het uitzichtloos is: goede zorg is trouwe zorg;
4. **bezorgdheid**: men is begaan met de mens tegenover hem en spreekt een bezorgd mededogen uit de gegeven zorg.

Men voelt direct hoeveel meer omvattend deze definitie van zorg is naast de definitie uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Verantwoorde zorg is de zorg die conform de regelgeving gedaan moet worden, waarvan de zorgverlener weet dat hij dit moet doen om niet op zijn vingers te worden

[43] Baart A. & M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van Presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 199

getikt. Baart ziet een verschuiving in de discussie over kwaliteit van zorg van (1) verantwoorde zorg, via (2) verantwoordelijke zorg naar (3) goede zorg[44]:

Verantwoorde zorg		Aan andermans eisen voldoen
Verantwoordelijke zorg		Zelf toezien en aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van de zorg
Goede zorg		Er bovendien voor instaan dat de zorg ook goed is.

Figuur 3: Model voor verantwoorde(lijke) & goede zorg

Hoofdstuk 1 ging veel over de verantwoorde zorg: Hoe vaak wordt iemand gecheckt, wat zijn de juridische kaders om iemand in te sluiten, welke somatische aandoeningen worden geobserveerd. Maar in hoofdstuk 1 lazen we ook al vaak over verantwoordelijke zorg: *'Reflecteer met je collega op de zorg die je hebt geleverd'* of *'Heb aandacht voor ambivalente gevoelens'* of *'Reflecteer op doel en middelen'*. Deze kwaliteitscriteria wijzen de professional op het gegeven dat zorg niet alleen aan de eisen van derden moet voldoen, maar ook aan je eigen eisen aan zorg. De medewerker in kwestie kan zich niet alleen beroepen op de protocollen, maar dient daar zelf ook een visie op te hebben. Dit zagen we in hoofdstuk 1 ook nadrukkelijk terug: ieder individu is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen interventies in de zorg.

In dit hoofdstuk zullen we vanuit zorgethisch perspectief verder inzoomen op goede zorg. Goede zorg gaat nog dieper dan verantwoordelijke zorg. Zorg kan namelijk verantwoord en verantwoordelijk zijn, zonder goed te zijn. Ik noem een voorbeeld uit de praktijk. Een patiënt verblijft in de separeer. Hij wordt als zeer gevaarlijk omschreven. Daarom wordt deze patiënt, conform het protocol en de geschreven en ongeschreven regels, met 6 man begeleid. Het is een zwakbegaafde man, in zijn bejegeningsplan staat dat hij gebaat is bij veel duidelijkheid en structuur. Besloten wordt hem in verband met de veiligheid door 6 man te laten begeleiden en om hem 1 aanspreekpunt te geven om het duidelijk te maken, dus 1 van de 6 begeleiders spreekt tegen hem. Dit is goed te verantwoorden aan de hand van de plannen en protocollen. De medewerker kan hierop aangesproken worden. Wanneer de patiënt dan een van de andere mensen in de separeerbegeleiding groet en deze spreekt niet terug (structuur en duidelijkheid waren immers het adagium), kan men zich toch afvragen of het hier goede zorg betreft. Wellicht is de zorg verantwoord en verantwoordelijk, maar is deze rigiditeit in afspraken niet ook kil? In hoofdstuk 3, het hoofdstuk waarin het instrument om naar separeerzorg te kijken wordt beschreven, zullen we verder ingaan op die getraptheid van verantwoorde, verantwoordelijke en goede zorg. In dit hoofdstuk zoomen we eerst in op goede zorg. Daarom terug

[44] Met dank aan dhr Baart voor de powerpoint-presentatie "Actiz Presentie en de kwaliteit van zorg - nov. 2011 verkort.pdf"

naar het model van goede zorg: goede zorg zorgt niet alleen *dat*, maar zorgt ook *voor*. Over dit laatste, zorgzaamheid en bezorgdheid, spreken we in dit hoofdstuk.

2.1. Het Mensbeeld in de zorgethiek

Voor we spreken over goede zorg en zorgethiek is het goed eerst het mensbeeld van de zorgethici te benoemen: dit is immers bepalend voor hun ethiek.

Het geldende mensbeeld is dat de mens een autonoom wezen is, wat inhoudt dat hij een gezond, volwaardig burger is, een rationeel wezen, dat keuzes kan maken en de gevolgen kan afwegen. Vrijheid is het hoogste goed dat bij dit mensbeeld hoort: vanuit paragraaf 1.3.1. noemen we dit de negatieve vrijheid: vrijheid van inmenging door de ander.

Volgens de zorgethici daarentegen is de mens een relationeel wezen en staat mens-zijn gelijk aan verbonden-zijn met anderen. Deze verbindingen hebben we nodig voor onze identiteitsontwikkeling, individu zijn we alleen door de spiegel die de ander is. Van Heijst bouwt hierin voort op de theorie van de Charles Taylor. Hij is één van de filosofen die spreekt over het begrip *dialogische identiteit*. Mensen ontwikkelen zich vanuit en door banden met de ander, alleen door zich te vereenzelvigen met én af te zetten tegen anderen krijgt hun identiteit vorm[45]. Hieraan vastgekoppeld zit erkenning: alleen doordat ik de ander erken in wie hij is, en erkend word in wie ik ben, krijgt mijn identiteit vorm. Dit duurt een leven lang, dit is een voortgaand proces. Dit staat centraal in de betrekking. Hoogste goed dat bij dit mensbeeld hoort is verantwoordelijkheid: wij nemen verantwoordelijkheid voor de relaties rondom ons, anderen rondom ons kunnen een appèl op ons doen. Dit mensbeeld verschilt fundamenteel van het veel gehoorde mensbeeld dat alle denken en doen in onze tijd beheerst.

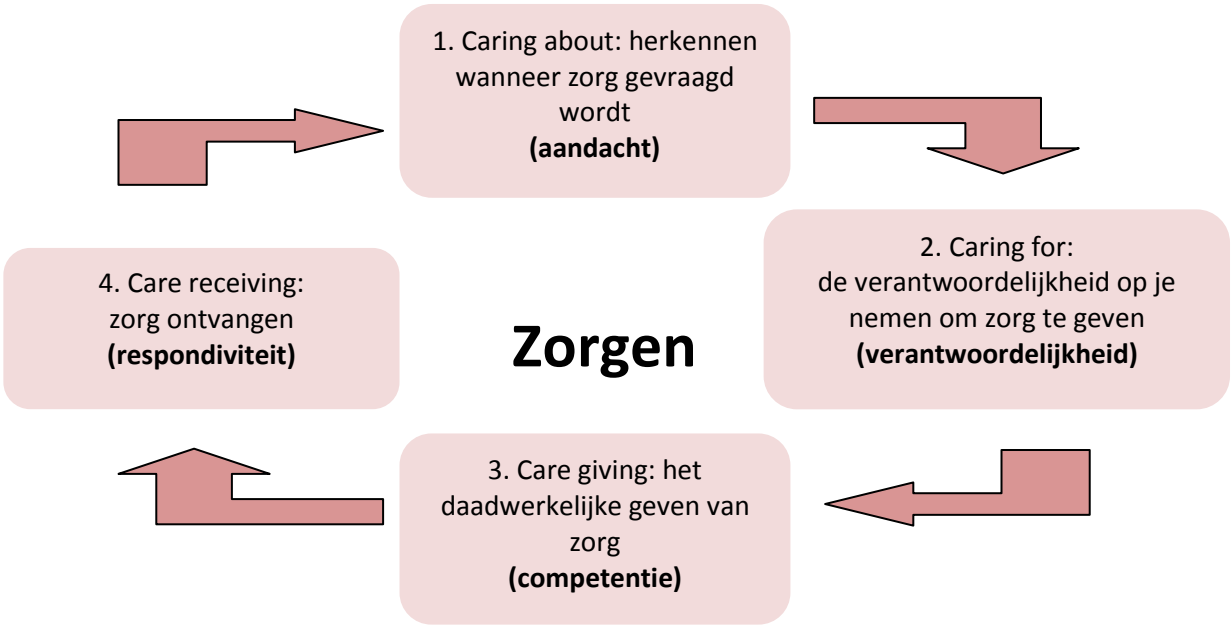
Mens-zijn = verbonden-zijn.
De ander doet een appèl op ons om voor hen te zorgen.
We nemen die verantwoordelijkheid.

2.1.1. Over de relatie

Centraal thema in de zorgethiek is dat goede zorg ontstaat in de relatie met de ander. Een relatie, aldus Baart, is: "*een hartelijke betrekking waarin de ander in tel is, erkend en gezien wordt, meer dan een zakelijke relatie en meer dan een contract.*"[46] Van Heijst stelt in dit kader dat "*zorgen geen daad is maar een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan.*"[47]

[45] Van Heijst A.: *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning* (Kampen, 2008) p. 30
[46] Baart A. & M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 91
[47] Van Heijst A.: *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen, 2005) p. 66

De zorgethiek kent zoals hierboven benoemd een relationeel mensbeeld waarin gesteld wordt dat mens-zijn gelijk staat aan verbonden-zijn met de anderen om je heen. Joan Tronto, politiek filosoof en met haar denken één van de de grondleggers van de zorgethiek, onderscheidt de 4 fases van zorgen (zie figuur 2). Deze 4 fases zijn ook te beschouwen als vier kenmerken van zorg en zijn gegrond in een relationeel mensbeeld: zorgen begint ermee dat je sensitief bent voor die ander, dat je openstaat voor de zorgbehoefte van die ander. Dit betekent dat je open moet staan voor de mens om je heen, in betrekking moet staan: pas dan kan de ander een appèl op jou doen. Hiermee stelt zij zeer nadrukkelijk de relatie centraal. Nadat men heeft gezien dat de ander zorg nodig heeft, wordt in fase 2 de verantwoordelijkheid genomen, de ander heeft dus een appèl gedaan op jou en jij neemt je verantwoordelijkheid voor de hulpvraag van die persoon. Zoals we al lazen is verantwoordelijkheid nemen een belangrijke waarde in de zorgethiek. In de derde fase wordt dan daadwerkelijk zorg verleend. Of die zorg ook als zorg wordt ervaren dient men te checken bij de ander. Dat is wat men verstaan kan onder de vierde fase/het vierde kenmerk. Dit veronderstelt dat men is afgestemd op de hulpvrager, anders kan men niet aanvoelen en inschatten of de zorg die wordt ontvangen ook als zorg wordt ervaren. Zeker in deze laatste fase zien we dat zorg wederkerig is.
Bij ieder kenmerk van zorg (of iedere fase van zorg, zoals het ook genoemd wordt) wordt een bijbehorende deugd genoemd. In deze deugden zien we de relatiegerichtheid van de zorgethiek terug. Met aandacht naar de ander kijken maakt bij uitstek dat de betrekking relationeel wordt, je verantwoordelijkheid nemen maakt dat je met de ander in een betrekking komt en checken of de zorg die je geeft ook als zorg wordt ontvangen kan alleen in een betrekking[48].



Figuur 4: Tronto: 4 fases van zorg

[48] Met dank aan Prof. Dr. A. Baart voor het schema

Goede zorg vindt plaats in de relatie tussen zorggever en zorgvrager.

Goede zorg is wederkerig.

2.1.2. Erkenning in de relatie

Van Heijst stelt in haar boek *Iemand zien staan* "erkenning" heel centraal in de relatie. De kerngedachte van haar boek verwoordt zij zelf als volgt: *"Om een leven te leiden dat de moeite waard is, is meer nodig dan succesvolle zelfhandhaving. Het is ook belangrijk om er in de ogen van de ander toe te doen, en om iemand te zijn die bepaalt of anderen ertoe doen."*[49] Dit erkennen van de ander, er toe doen voor een ander, kan alleen in de relatie tot die ander.

"Goede zorg is zorg die zo wordt gegeven dat ze zich erkend voelen."[50], zo stelt Van Heijst. In de huidige samenleving, waarin de kwaliteitsnormen steeds bedrijfsmatiger worden ingevuld, wordt dit steeds lastiger. Zij ziet een beweging in de zorg die de neiging heeft de mensen te verdingelijken, te ontpersoonlijken. De toegenomen druk is daar een van de verklaringen voor: verpleegkundigen hebben steeds minder tijd. Maar de ander zien staan hoeft niet altijd tijd te kosten, zo blijkt ook uit een voorbeeld dat Van Heijst noemt waar iemand in het ziekenhuis ondervoed binnenkomt en het dus heel koud heeft, diverse dekens krijgt, zo veel dat hij uiteindelijk de Eskimo wordt genoemd en gezien wordt.

Liefde	Miskenning van liefde	Fysiek geweld
Respect	Miskenning van respect	Uitsluiten van (gelijke) rechten
Sociale waardering	Miskenning van sociale waardering	Niet voor vol worden aangezien of compleet niet gezien worden

Erkenning komt, aldus Honneth, in drie verschijningsvormen. Hij onderscheidt liefde als de eerste vorm van erkenning: *"Liefde omschrijft Honneth als de erkenning van de noden en van de emotionele afhankelijkheid met de concrete ander."*[51] Deze vorm van erkenning is de meest onontbeerlijke: geen mens kan zonder liefde zelfvertrouwen ontwikkelen en dus is wederzijdse erkenning van groot belang voor de ontwikkeling van een mens. De tweede verschijningsvorm is respect, het gegeven dat de ander drager is van gelijke rechten. *"Honneth geeft er een strikte invulling aan, respect is bij hem geen gevoel van achting voor iemand die bijzondere verdiensten heeft, [.....] Nee, respect is er voor de ander als drager van gelijke rechten."*[52]. De derde vorm van erkenning is sociale waardering. Erkenning in de vorm van respect is erkenning voor de ander, afgezien van wat hij heeft gedaan of bereikt. Sociale waardering geven kan niet in het algemeen gebeuren, maar heeft betrekking op iets

[49] Van Heijst A.: *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning* (Kampen, 2008) p. 9
[50] Idem p.63
[51] Idem, p. 33
[52] Idem, p. 34

wat je bent of hebt gedaan, *"het vraagt om een verbijzondering voor wat die persoon kan, doet of is."*[53] Naast alle vormen van erkenning, noemt Honneth ook de drie vormen van miskenning. Deze noemen we hieronder in het overzicht.

We gaan hier voorbij aan de kritiek die Van Heijst geeft op de onderbouwing van de erkenningstheorie van Honneth, het voert te ver om deze kritiek hier helemaal te behandelen. De drie vormen van erkenning en miskenning geven ons echter wel handvatten om te kijken naar goede separeerzorg.

Goede zorg verdingelijkt niet.

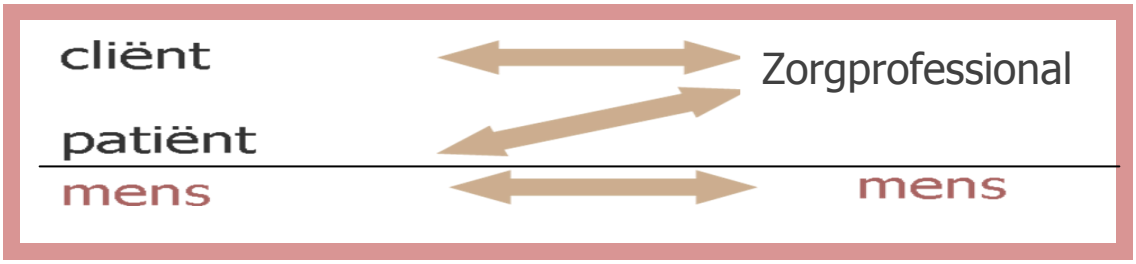
Goede zorg is zorg die zo wordt gegeven dat de zorgvrager zich erkend voelen.

Erkenning komt in drie verschijningsvormen: liefde, respect en sociale waardering.

2.1.3. Erkenning van de asymmetrie

Veel grote auteurs uit de erkenningsleer (onder wie eerdergenoemde Honneth) halen erkenning express weg uit de sfeer van behoeftigheid en nood, omdat ze van mening zijn dat de zorgverhoudingen gelijkwaardig dienen te zijn. De erkenning zou vertroebeld raken door de ongelijke verhoudingen tussen mensen[54]. Met grote nadruk zeggen zorgethici echter dat erkenning en aanvaarding van de asymmetrie onontbeerlijk zijn voor goede zorg. Wanneer asymmetrie niet nadrukkelijk benoemd en onderkend wordt ligt machtsmisbruik op de loer. Er is namelijk ongelijkheid binnen de zorgverhoudingen en het is onjuist deze weg te moffelen.

De asymmetrie ontstaat bijvoorbeeld omdat de zorgprofessional meer (toegang tot) kennis heeft dan de zorgvrager: dit is asymmetrie. Wanneer zorg in een gedwongen kader plaatsvindt is de asymmetrie nog veel duidelijker, net als bij een lichamelijke beperking. In de hedendaagse zorg wordt gesproken over cliënt en zorgprofessional, hetgeen impliceren wil dat deze twee gelijk zijn en evenveel invloed hebben op het zorgproces. Dit is echter fundamenteel niet juist, hetgeen niet wegneemt dat de twee gelijk*waardig* zijn. Maar dat is een gelijkwaardigheid op een ander niveau. Dit schema maakt dit duidelijk[55]:



Figuur 5: asymmetrie in de zorgverhoudingen

[53] Idem, p.34
[54] Idem p. 17 & 44
[55] Met dank aan Dr. C.J.W. Leget voor het overzichtelijke schema

Onder de oppervlakte van rol- en kennisverdeling zijn mensen in de kern gelijkwaardig. Ik verwijs in dit verband naar de drie verschijningsvormen van erkenning volgens Honneth: respect als verschijningsvorm van erkenning: de ander is drager van dezelfde rechten. Om nog verder te verduidelijken dat asymmetrie soms duidelijk aanwezig is in de relatie en de relatie soms op verschillende niveaus speelt, hieronder nog een voorbeeld uit mijn eigen praktijk:

> *Op mijn eerste baan keek ik op een dag in de agenda en zag dat Bart O. de volgende dag opgenomen zou worden. Dit is niet veel voorkomende naam en het kon haast niet anders dan dat het dezelfde jongen was die ooit bij mij in de brugklas zat. Ik zag het te laat en kon dus niet overleggen met mijn manager over overplaatsing naar een andere werkplek (voor mij) of kliniek (voor hem) of over een intakegesprek waar hieraan aandacht besteed kon worden: hij zou opgenomen worden zonder daarvoor een gesprek te hebben over ons gezamenlijke verleden. Ik deelde dit met een collega en met mijn leidinggevende. De volgende keer dat ik in dienst was, was hij inderdaad opgenomen. Al hoewel hij mij niet direct herkende, bracht ik het wel ter sprake. We herkenden elkaar alsnog, het was even stil en toen zei hij:* "God, wat kan het leven dan verschillend lopen." *Hetgeen ik beaamde. Ik deelde hem zijn methadon uit en we spraken er verder niet meer over.*

In één uitspraak van hem had hij mij zoveel geleerd over hoe de asymmetrie in de zorg vorm kan hebben: gelijkwaardig als mens en toch niet gelijk in de zorgbetrekking.

Goede zorg heeft oog voor de asymmetrie in zorgverhoudingen en aanvaart deze bewust. Zij ziet én de ongelijkheid in de zorgrelatie én de gelijkwaardigheid op een diepere laag. In goede zorg is dit geen taboe en is het eventueel onderwerp van gesprek.

2.1.4. Erkenning van de kwetsbaarheid van de ander

In zorg worden we iedere dag opnieuw geconfronteerd met lijden. Lichamelijk lijden en geestelijk lijden kunnen enorm zijn. Ook in de separeercel ziet men groot lijden van een mens. Het lijden van de mens is inherent aan het wezen van leven: mensen zijn kwetsbaar, lichamelijk en geestelijk. Het ontkennen van de kwetsbaarheid van de ander kan erg veel kwaad doen, sterker: het kan lijden toevoegen aan het leven. Van Heijst ziet een beweging in onze samenleving waarin wij pijnmijdend zijn. "Wanneer we ontkennen dat lijden bij de menselijke conditie hoort, en per se een pijnvrij leven nastreven, dan kan dat leiden tot onverschillige oppervlakkigheid, of verlies van moreel besef."[56] In het onderzoek naar goede separeerzorg vertelde één van de patiënten me een situatie die in zijn

[56] Idem p. 68

ogen heel vernederend was. Hij vertelde me helemaal aan de grond te zitten, in de separeer, heel erg psychotisch en hij eet niet. Ik citeer de patiënt:

> "Nee, een keertje zei iemand tegen mij ehhh en ik ga geen namen noemen, maar zei iemand tegen mij ehh: *Weet je hoe je moet eten? Dan moet je je vork pakken en dan moet je hem in je mond doen.* Zoiets zei ze tegen mij ehh. *Je weet hoe je moet eten toch? Dan moet je een hap nemen en dan in je mond doen.* Dat deed ze, ik weet niet waarom ze dat deed ehhh, dat was VERNEDEREND (patiënt verheft zijn stem). Nee, ik was wel gek, maar ik weet wel hoe ik moet eten ehhh….ja dat weet ik wel ehhhh".

Hoe goed de medewerker het wellicht ook heeft bedoeld: hier wordt lijden toegevoegd aan het lijden van de patiënt. Hij is al op het diepste punt en dan wordt zijn eigenwaarde afgenomen: er wordt aan hem uitgelegd hoe te eten, als ware hij een kind. Het lijden wordt vergroot.

Goede zorg erkent dat mensen kwetsbaar zijn, zorggever en –ontvanger. Goede zorg lacht lijden niet weg, bagatelliseert lijden niet, vergroot het lijden evenmin.

2.2. Wat zich aandient: over aandacht

Een ander centraal thema binnen de zorgethiek is aandacht. Baart schreef daarover het boek *Aandacht: etudes in presentie* waaruit ik hier een aantal lijnen bij elkaar wil brengen, voor zover ze betrekking hebben op separeerzorg[57].

Van aandacht is geen werkwoord. Aandacht is een zelfstandig naamwoord, het kan met meerdere werkwoorden samen komen, dan krijgt het lading. Aandacht is een vreemd 'iets', zo concludeert hij. Aandacht kan alle kanten op schieten. Dat is niet gewenst, aandacht moet gefocust zijn. Maar wanneer aandacht dan vervolgens langs de gebaande wegen verloopt, is het geen aandacht meer, dan is het routine. Het is dus goed om je aandacht ergens op te focussen, op te richten, zonder dat het routine wordt. Aandachtig zijn dient een heel bewust proces te zijn van de zorggever.

Waarom is aandachtig werken dan zo interessant en wat brengt het ons inzake het onderwerp separeerzorg? Baart noemt diverse eigenschappen van aandacht: het zoekt het goede, maakt persoonlijk, nadert en sluit in, het bakert de mens, erkent en respecteert de mens, ziet potenties en troost. Dit zijn allemaal prachtige eigenschappen van aandacht, zeker nadat we in paragraaf 1.6 lazen wat separeren voor de separeerde betekent. Twee eigenschappen wil ik hier uitgebreider bespreken omdat ze van extra grote waarde voor ons onderwerp zijn: aandacht nadert en sluit in en aandacht troost.

[57] Baart A.: *Aandacht: etudes in presentie* (Utrecht, 2005), pp. 17-39

Aandacht nadert en sluit in, zo stelt Baart[58]. We voelen direct de tegenstelling met ons onderwerp "separeren" (letterlijk te vertalen als "apart zetten"). Daarom bespreek ik dit hier. Aandacht die de ander opzoekt en insluit, zo stelt Baart, is aandacht die goed is in zichzelf, weldadig. Die aandacht smeedt een sociaal verband met die ene andere, zo komt de ander tot zijn recht. Dit lijkt haast onverenigbaar met het separeren en misschien is dat het ook. Het is in ieder geval een grote uitdaging. Pas wanneer mensen zichzelf bij 1 in tel voelen, kan herstel beginnen. Aandachtigheid, aldus Baart, maakt dat er ruimte komt voor de ander om tevoorschijn te komen. Pas dan kan het herstel, naar deseparatie, beginnen. Hier stel ik dus met nadruk dat goede aandachtige zorg, zorg is die herstelt. Baart stelt in *Aandacht* dat erkenning verder gaat dan respect. Erkenning noemt hij: *"een rehabilitatie, een tegen de feiten indruisende poging hen hoog en bij de mensengemeenschap te houden".*[59]Zo sluit aandacht in, daarin ligt haar kracht *'dat ze het onaanzienlijke erkent als van waarde en zo van waarde maakt'.* Zo naar die mens in de separeer kijken, is kijken met aandacht en zo de ander, die man op blote voeten, plassend en poepend op een papieren po, in een scheurhemd, in een andere (psychotische) dimensie van waarde laten zijn, net zoveel van waarde als een ander, als jezelf.

De tweede eigenschap van aandacht die ik wil bespreken is dat zij troostend is[60]. Niet wanneer zij "geklets in de ruimte" is, maar wanneer zij aandachtig is, kan aandacht troost brengen. Baart spreekt over de drievoudige vereenzaming, die mijns inziens zeker van toepassing is op de praktijk van separeren. Groot leed raakt alle levensgebieden, van slapen tot eten tot contactbereidheid. Dat is de eerste vereenzaming. De tweede vereenzaming komt voort uit de vlucht van alles wat pijn doet: de intense ervaring van pijn leidt tot een impuls van vermijding. De derde vereenzaming ten slotte is dat de mens zich dan in de eenzaamheid begeeft en weet wat zij verloren heeft. Ze weet dat haar verdriet waarheid is, ondraaglijk groot en dat het verdriet zichzelf niet kan dragen. Hoop is er niet meer, alleen verdriet. Dan kan aandacht dat verdriet ontstollen, aldus Baart, door contact te maken met de drager van het verdriet.

Wanneer mensen in de separeer verblijven kan dit zijn omdat ze bijvoorbeeld een gevaar voor zichzelf zijn (suïcidaliteit of extreme zelfdestructie) of een gevaar voor een ander (psychotische episode). Bij suïcidaliteit of extreme zelfdestructie komt er vaak veel verdriet mee de separeer in. Dan kan aandachtigheid troosten. Maar ook wanneer er sprake is van een psychotische episode is er veel verdriet, meestal weliswaar minder zichtbaar. Maar ook dan is er het besef dat het leven zich niet zo voor de persoon uittekent als hij had gehoopt, had gedroomd. Een aangrijpend voorbeeld hiervan is wat een patiënt uit het onderzoek naar separeerzorg me vertelde. Hij (begin 20) houdt

[58] Idem, pp. 56-63
[59] Idem, p.75
[60] Idem, pp. 80-85

Ramadan, waar de behandelaar het overigens niet mee eens is. Wat hij over die periode vertelt, vertelt ons over zijn diepe diepe eenzaamheid:

> "Maar ik kreeg toen wel mooie dromen van ehh dat ik mocht trouwen enzo en dat ik allemaal vrouwen mocht hebben enzo. Dus dat was wel mijn gelukkigste moment denk ik. Want ik was bang ehh ik was eerlijk gezegd bang dat ik nooit meer zou oud kunnen worden ofzo weet je. Dat dacht ik dat dacht ik. Ik dacht dat ik nooit meer oud zou kunnen worden. Dus toen droomde ik dat ik nog wel een vrouw zou kunnen krijgen enzo en toen was wel mijn gelukkigste moment ja toen ik die Ramadan had gehouden"

Goede zorg is aandachtig, gefocust, maar open, op de zorgvrager, zonder zich blind te staren. Zo kan goede zorg onder anderen insluiten en van waarde laten zijn. Ook kan aandachtigheid troost brengen in hele zwarte dagen zonder hoop, troost of uitzicht.

2.2.1. Over afstemming en aansluiting: exposure

Een belangrijk kenmerk van de presentietheorie (een theorie uit de zorgethische school) wil ik hier ook noemen, dit is exposure. Exposure is "de basale, radicale toewending (bijvoorbeeld in de buurt, fabriek, gevangenis of kliniek, het verpleeghuis of in de thuiszorg) naar degenen op wie de presentiebeoefenaar betrokken wil zijn"[61]. Exposure is zo een onderdompeling in het leven van de ander. De beoefenaar probeert om het leven van die ander te ´ervaren´, waar mogelijk. Dit lijkt in het geval van separatie nogal ingewikkeld, maar ook daar kan de verpleegkundig zich radicaal toewenden naar de zorgvrager. Dit kan door ervaringsverhalen te lezen, door films te kijken en natuurlijk ook door het gesprek aan te gaan met de gesepareerde patiënt, bijvoorbeeld na deseparatie. Ook kan de medewerker, wanneer de organisatie hierachter kan staan, zelf ingesloten worden. Het doel van exposure, aldus Baart, is tweeledig: de werker stemt zich geleidelijk af op en sluit aan bij de ander en het is tevens een oefening in *spiritualiteit als aandacht*. Met betrekking tot dit laatste legt Baart een verband met hoe in de gebeds- en aandachtsoefeningen van monniken en mystici aandacht ook verglijdend is, hoe object en subject (zorgprofessional en patiënt) langzaam naar elkaar toeschuiven[62]. Belangrijk is dat exposure een passief element kent (het andere moet zich kunnen tonen zoals het is) en een actief element (de werker-in-exposure durft zich te openen en dus een goed inzicht in zichzelf te krijgen). Hierin vindt men een belangrijk element terug dat nodig is om goede zorg te geven, aldus de presentietheorie: men is open en zonder vooroordeel of dubbele agenda. Exposure maakt niet alleen dat professionals anders gaan denken, maar ook dat zij anders

[61] Baart A. & M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 59
[62] Baart A.: *Aandacht: etudes in presentie* (Utrecht, 2005), pp. 157-159

gaan handelen. Verpleegkundigen zullen door die radicale toewending naar de ander blijvend anders naar hun handelen kijken en vanuit die ervaring beter aan kunnen sluiten bij die patiënt voor hen.

2.2.2. Over afstemming en aansluiting: oog voor de uniciteit

We noemden het hierboven al even: de patiënt mag zich ook openbaren aan de verpleegkundige. Hij of zij mag tevoorschijn komen, zo noemden we dit onder 2.2.. Centraal in de zorgethiek is het besef dat alle mensen uniek zijn. Zorg kan daarom ook geen product zijn, ze is een proces. Want niemand reageert hetzelfde op een interventie en dus wordt het proces beïnvloed en is het niet statisch als een product. Van Heijst ziet in de toename van kwaliteitsnormen een bedreiging voor deze aanpak, dit kijken naar uniciteit van de patiënt. De bedrijfsmatige aanpak werkt volgens haar de standaardisering in de hand, wat niet strookt met het kijken naar de uniciteit van de patiënt. Terecht merkt zij op dat deze standaardisering zich uiteindelijk ook kan keren tegen de bedrijfsmatige aanpak: men kan niet meer geven wat er nodig is voor de patiënt, afstemming ontbreekt[63]. Dit zal dus uiteindelijk door een teruglopende doelmatigheid van de zorg tot hogere kosten en lagere kwaliteit leiden.

Juist ook in de separeerverzorging is het van groot belang, zo geloof ik, om oog te houden voor de uniciteit van de patiënt. Ik wil een voorbeeld noemen uit het onderzoek naar goede separeerzorg onder patiënten. Een vrouw vertelt: “Ik kreeg vaak boterhammenworst op mijn brood, maar omdat ik Joodse wortels heb, wilde ik dat niet eten. Ik vroeg dan om een beetje jam op brood en kreeg dat. Dat was heel lief.”

Goede zorg is ingeleefde zorg, zo wil ik stellen. Dit betekent dat de zorggever zich in kan leven in de ander, daarin reflectief is en bijvoorbeeld zich kan voorstellen hoe het is als je voor een dichte verpleegpost-deur staat te wachten omdat de verpleegkundigen van dienst koffie zitten te drinken. Niet alleen voelt de verpleegkundige dit, hij geeft er ook gevolg aan: zijn handelen verandert doordat hij zich inleeft in die ander. Goede ingeleefde zorg vereist dat er een klimaat in een team is waarin mensen elkaar aan kunnen spreken op hun interventies en (tegen)overdracht. Waarin mensen elkaar durven te vragen: hoe zou dit voor jou zijn, als je zo behandeld zou worden.

Goede zorg is afgestemd op de ander, heeft oog voor de uniciteit
van de patiënt en standaardiseert dus niet.
Goede zorg is ingeleefde zorg.

[63] Van Heijst A.: *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning* (Kampen, 2008) p. 63

2.3. Over de intrinsieke waarde van zorg

Zorg zijn als activiteit goed in zichzelf zijn. Of de handeling goed is, hangt niet samen met de uitkomst van het proces, maar met het proces zelf. In deze paragraaf zal ik enkele (zorg-)ethici aan het woord laten die zich gebogen hebben over de vraag: Wat is handelen in de zorg? We noemen hier eerst de definitie van zorg zoals gegeven door Annelies van Heijst, deze helpt ons om naar het handelen in 'zorg' te kijken.

> "Zorgen is een manier van doen, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager zich ook afstemt op zichzelf."[64]

Zorgen is een manier van doen, een activiteit. Annelies van Heijst gaat daar in haar boek dan verder op in[65]. Zij plaatst zichzelf in de traditie van Böckle en Arendt wanneer zij fundamenteel onderscheid wil aanbrengen in handelen (*praxis*) en maken (*poièsis*). *Poièsis* staat gelijk aan 'een product vervaardigen', en *poièsis is* alleen zinvol wanneer het product dat het voortbrengt gelukt is. Denk hierbij aan het plakken van een fietsband: wanneer het uiteindelijk niet lukt, dan heeft het geen zin gehad dat je gehandeld hebt. Het is daarom bij *poièsis* goed om te trainen om het product zo goed mogelijk te maken. En men weet wanneer het goed gemaakt is, omdat het naar een model gemaakt wordt, aldus Böckle. *Praxis* daarentegen heeft geen einddoel, waarvan men zegt dat het handelen zinloos was wanneer het einddoel niet perfect gehaald wordt. "Het doel van het 'handelen' (praxis) wordt verwezenlijkt in de handeling zelf, in de menselijke interactie", aldus Van Heijst. Böckle, en Van Heijst met hem, noemt zorg een vorm van dit 'handelen', een vorm van doen die goed is in zichzelf. Doordat de arts en de patiënt samen in de zorgsituatie staan, geven zij die samen vorm. Drie elementen van Böckle herkent Van Heijst ook bij Arendt en onderschrijft zij:

1. Het ongewisse karakter van het 'handelen';
2. het op elkaar aangewezen zijn van de verschillende deelnemers in het handelen;
3. de deelnemers tonen zich aan elkaar als unieke wezens.

Deze drie elementen van handelen kenmerken 'zorgen'. Zorgen is meer dan een einddoel halen: iemand oplappen omdat je nu eenmaal geld op de plank moet hebben. Voor ons onderwerp separeerzorg stellen we principieel dat zorgen een manier van doen is die goed is in zichzelf. In de zorgbetrekking vindt handelen haar bestemming: handelen is niet statisch, de deelnemers in de separeerzorg zijn aangewezen op elkaar en zij onthullen zichzelf tegenover elkaar als unieke wezens.

Goede zorg is in zichzelf goed. Het zorgen wordt verwezenlijkt in de handeling zelf.

Zorg als handeling heeft ongewisheid in zich.

De deelnemers aan de handeling zijn aangewezen op elkaar

[64] Van Heijst A.: *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen, 2005) p. 66
[65] Idem, pp. 85-89

2.3.1. Handelingen en praktijken

Zorg is echter meer dan een verzameling handelingen. Handelingen kun je opknippen en in zorgpaden, methodieken, procedures en protocollen achter elkaar plakken: dat maakt het nog geen zorgpraktijk.[66] We noemen hier de definitie van een praktijk zoals door MacIntyre gegeven:

> "Met een praktijk bedoel ik iedere samenhangende en complexe vorm van sociaal gevestigde samenwerkingsactiviteit van mensen, waardoor goederen (Goods) worden gerealiseerd die intern zijn aan die vorm van activiteit terwijl getracht wordt de standaarden van uitmuntendheid te bereiken die passen bij en gedeeltelijk bepaald zijn voor die vorm van activiteit, met als resultaat dat de menselijke vermogens om die uitmuntendheid te bereiken en menselijke voorstellingen van de betrokken doelen en de goederen systematisch worden verrijkt."

De dubbeloratie van Vosman en Baart helpt ons deze complexe definitie te verstaan. Praktijken zijn samenhangende gehelen: er is iets dat hen samenhoudt, de praktijken horen niet zozeer bij elkaar door de consistentie, maar door de coherentie. "Het samenhangende kader (doel) van de praktijk speelt daarbij een cruciale rol: als handelingen dáárin niet meer (goed, logisch, inzichtelijk) passen, is de praktijk niet complex maar oneigenlijk samengesteld", aldus Baart[67]. Dit is ongelooflijk boeiend voor ons onderwerp: wanneer separeren op een bepaald moment onvermijdelijk is, maakt het nog wel onderdeel uit van de zorgpraktijk, zo lazen we in hoofdstuk 2. MacIntyre volgend is het dan dus cruciaal dat de handeling, de separeerverzorging, logisch in het samenhangende kader past: wanneer separeerverzorging daar niet in past, is de praktijk oneigenlijk samengesteld. Baart noemt de complexiteit van de zorgpraktijk emergent, waarmee hij wil zeggen dat "sommige handelingen, omdat zij een poging zijn om zorg te geven en dus in dat licht voltrokken worden [.....] zorghandelingen zijn", al waren zij dat in oorsprong niet[68]. Separeerzorg kan wellicht ook in dat licht gezien worden: eigenlijk is opsluiten geen zorghandeling, maar omdat zij een poging is om zorg te geven, kan zij toch als zorghandeling worden gezien en onderdeel zijn van een zorgpraktijk.
Het tweede element van de definitie van MacIntyre is de gezamenlijkheid van praktijken, ook al doet hij zijn praktijk alleen (als voorbeeld wordt vioolspelen genoemd) dan nog doet hij dit in gezamenlijkheid (de viool is door iemand gebouwd). Deze gezamenlijkheid van de praktijk "biedt de practicus een bedding van onder meer verhalen, regels, tradities en waarden, maar wijst dezelfde prakticus ook zijn plek en dringt een identiteit aan hem op."[69]

[66] Vosman F. & A. Baart: *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg* (Den Haag, 2008) p. 55
[67] Idem, p. 59
[68] Idem, p. 60
[69] Idem, p. 61

De goederen die vervaardigd worden zijn intern verbonden aan de praktijk. Hierbij wordt bedoeld dat de goederen, the goods/waarden, ons "deelachtig maken aan de manier waarop de praktijk is aangelegd"[70] in tegenstelling tot externe goederen die alleen ten goede vallen aan het individu. Als voorbeeld noemt Baart muziek maken. Het externe doel is een gouden plaat ontvangen of in de Top 3 belanden, het interne doel is deelachtig worden met de luisteraar aan de praktijk: speelvreugde, ontroering, schoonheid. Een praktijk kent ook standaarden van uitmuntendheid die bereikt dienen te worden. Wanneer ik een thesis schrijf, heb ik een idee van wat een uitmuntende thesis is, en probeer ik dat te evenaren, dit is inherent aan een praktijk, aldus MacIntyre. Het resultaat hiervan is dat ik door het bedrijven van een praktijk, bijdraag aan de collectieve verdieping en verbreding van ons collectieve streven van de staat van uitmuntendheid.
Kortom: separeerzorg is een praktijk, is meer dan een aantal handelingen. Dit betekent dat de handelingen die bij separeerzorg horen een samenhangend geheel moeten vormen. In het geven van separeerzorg wordt een "staat van uitmuntendheid" geprobeerd te behalen door de zorg te geven. Dit is een collectief gebeuren: separeerzorg heeft dus ook in zich dat er gewerkt wordt naar uitmuntende zorg.

Separeerzorg is meer dan alleen een aantal handelingen, het is een zorgpraktijk. Dit houdt in dat de handelingen door het gemeenschappelijke doel een samenhangend geheel zijn, waarin onderlinge afhankelijkheid een rol speelt, en de praktijk streeft naar uitmuntendheid, waardoor zij voor het collectief deze staat van uitmuntendheid dichterbij haalt. Het is een activiteit waarmee interne doelen worden verwezenlijkt.

2.3.2. Uitdrukkingshandeling

Mijns inziens kunnen we in een hoofdstuk over goede zorg, een hoofdstuk dat leiden zal tot een standaard voor goede separeerzorg niet om de uitdrukkingshandeling van Rudolf Ginters heen.[71] Soms doen we dingen in het zorgproces die wellicht geen nut hebben, maar wel betekenis. Zo hoorde ik laatst een verpleegkundige zeggen hoe mooi het was om die ene mevrouw nog mooi aan te kleden in haar favoriete jurk voordat zij werd begraven. Het aankleden van een overledene heeft uiteraard wel nut, maar dat het haar favoriete jurk moest zijn, dient niet direct een doel. Toch heeft het betekenis. Ginters maakt onderscheid tussen de makende handeling en de expressieve handeling. De eerste is een instrumentele waardeverwerkelijkende handeling, de tweede de verwerkelijking van een deelwaarde. Een derde handeling die hij noemt is de uitdrukkingshandeling, deze handeling is waardevol op zichzelf, doel in zichzelf, ongeacht de uitkomst: deze handelingen hebben geen extern doel, er is geen sprake van functionaliteit. Ginters noemt twee waarden die in

[70] Idem, p. 63
[71] Van Heijst A.: *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen, 2005) pp. 80-85

de uitdrukkingshandeling aan ons verschijnen: (1) de verbondenheid en gehechtheid aan een ander en (2) die kostbaar is voor de betrokkenen. De centrale vragen bij de uitdrukkingshandeling is dus: Wie mag de zorgvrager voor mij zijn en wie wil ik in wederkerigheid voor hem zijn?
Een uitdrukkingshandeling is gerechtvaardigd als invloed uitoefenen op de situatie principieel of daadwerkelijk onmogelijk is. Bij separeerzorg is dit dikwijls het geval, er is niets (medisch-technisch) aan de situatie te doen. Soms is het echter wel degelijk mogelijk om invloed uit te oefenen op de situatie en ook dan kan een uitdrukkingshandeling worden toegevoegd, aldus Ginters. Van Heijst constateert dat "de heersende opvatting is dat zorg dragen een waardeverwerkelijkende handeling is en niets anders dan dat: doelmatig invloed uitoefenen zodat er iets verholpen of verbeterd wordt"[72]. Zij pleit ervoor om zorg dragen als uitdrukkingshandeling te gaan zien en geeft daarbij het voorbeeld van een chirurg die zijn personeel voor de operatie even door een kort moment van bezinning bepaalt bij de patiënt en de taak die op hen rust. Ik denk op mijn beurt aan mijn collega-student die in zijn afdeling voor palliatieve zorg iedere overdracht begint met het aansteken van 3 kaarsen. Voor ons onderwerp, goede separeerzorg, geeft het idee van de uitdrukkingshandeling handvatten.

Separeerzorg is een vorm van zorg waarin men dikwijls wordt geconfronteerd met onverhelpbaar leed. Daarom kan separeerzorg een vorm van zorg zijn waarin de uitdrukkingshandeling, de handeling die geen nut heeft,maar wel betekenis, een rol spelen in de separeerzorg. De uitdrukkingshandeling geeft antwoord op de vraag: Wie mag ik voor jou zijn en wie mag jij voor mij zijn?

2.3.3. Presentie & interventionisme

Geheel ten onrechte denkt men soms dat zorgethiek en presentietheorie niet meer zijn dan naast de ander te gaan staan, zonder dat er ook maar iets gebeurt. Niets is minder waar.
We dienen hier een onderscheid te maken tussen interventionisme en het doen van interventies. De zorg is niets zonder interventies: waar een kwaal is, wordt een behandeling uitgezet, op een afdeling Spoedeisende Hulp wordt vanzelfsprekend gehandeld. Daar zet de presentiebenadering zich ook niet tegen af. Sterker nog: juist waar de zorggever present is, doet hij wat er gedaan moet worden, dat is de essentie van presentiebeoefening, aldus Baart[73]. Dit kan ook betekenen dat de presentiebeoefenaar daadkrachtig. Juist in het samengaan van presentie en interventie ligt de kracht, maar ook de moeilijkheid. Want er is geen algemeen bepaalde verhouding tussen presentie en interventie, dit dient bij iedere werksoort wederom bepaald te worden.

[72] Idem, p. 84
[73] BaartA.& M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 69

De presentiebenadering zet zich dus weliswaar niet af tegen interventies, zij zet zich af tegen interventionisme. “Modern interventionisme is zo bevangen van zichzelf dat het een vorm van absenteïsme is: tegenover presentie (er zijn) staat dus niet alleen ‘er niet zijn’ of ‘weg zijn’ maar nog veel meer ‘er wel zijn maar er met je kop niet bij zijn’, opgesloten zitten in jezelf, in je eigen logica, in je eigen doeleinden (‘zelfreferentieel’ opereren).”[74]

Van Heijst zegt twee belangrijke dingen over de verhouding presentie-interventie. Wanneer interventie alleen het uitrichten van een handeling is, is zij verschraald en geen goede zorg. Zo noemt zij een voorbeeld dat zij erg ziek is (misselijk, pijn, overgeven), zeven professionals in het ziekenhuis tegenkomt, maar niemand aan haar vraag ‘of het wel een beetje gaat..’ We spreken dan van interventionisme . Interventionisme , zo stelt Baart, “wendt zich innerlijk van hen (hulpzoekenden) af, vaart op eigen kompas, legt methodisch en qua tijd de ander zijn wil op en wil uiteindelijk met de onoplosbaarheid en het lijden weinig of niets van doen hebben.”[75] Interventionisme wil alleen ingrijpen, maar wil niet dat de zieke teveel ingrijpt in zijn agenda.

Ten tweede zegt Van Heijst over de verhouding presentie-interventie dat het niet juist is als alleen interventie als zorgaanbod geldt. Zij toont aan dat als er alleen geïntervenieerd wordt en er niet presentie wordt beoefend het geheel zoek kan raken: de patiënt wordt dan nog altijd niet als geheel gezien en dus niet geholpen.

Present-zijn kan soms, aldus Baart & Grypdonck, niet gewenst zijn door de patiënt. Het is dan in lijn met de presentietheorie deze niet te geven, maar waarlijk aan te sluiten bij de patiënt die niet in de relatie met de zorggever wil staan.

Presentie en interventie staan dus niet los van elkaar. Presentie is niet gelijk aan passiviteit, alleen maar bij iemand zijn. Wel is het niet-doen soms een groot goed in de verpleegkunde. Baart noemt dit de latende modus. Even niets doen en zo zich afstemmen op de ander zodat deze zich echt aan de zorggever kan openbaren.[76]

Separeerzorg = interventie & presentie

Separeerzorg ≠ interventionisme

Separeerzorg = soms overschakelen op de latende modus

[74] Baart A. & M. Grypdonck: *Verpleegkunde & Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van Presentie voor verpleegkundige zorg* (Den Haag, 2008) p. 67
[75] Idem, p. 47
[76] Idem, pp. 84-85

2.4. Over systemen en instituties

Nog een punt uit de zorgethiek moet ik hier aandragen en dat is de warsheid van het opdelen van de zorgpraktijk in afzonderlijke gedeelten. De gezondheidszorg is een institutie, zoals Vosman zegt, "een verband van activiteiten en van vormen van met elkaar verkeren die gericht zijn op het verwezenlijken van doelen en het bevorderen van waarden, en wel die verbanden die de samenleving mee in stand houden en opbouwen en voor de maatschappelijke ordening gewenst zijn."[77] Voorbeelden hiervan zijn het huwelijk, de school, de rechtspraak en dus ook de gezondheidszorg. In deze definitie van instituties raakt de zinsnede *vormen van met elkaar verkeren* ons: in gezondheidszorg gaat het om *met elkaar verkeren.*

Instituties worden in de zorg steeds meer verdrongen door systemen. Een systeem is "een samenstel van elementen die elkaar wederzijds beïnvloeden, gericht op het bewerkstelligen van bepaalde gewenste gevolgen, door op de bewerkende oorzaken van die gevolgen in te grijpen"[78]. Systemen zijn demonteerbaar, het is een samenstel van elementen en dus kan men er een element tussenuit halen, systemen zijn nooit niet werkzaam, er gebeurt altijd wat en systemen willen altijd iets bereiken. Dit is niet hoe zorg werkt: zorg kun je niet opdelen in blokjes zodat je een stukje aan kunt pakken, zorg is niet demontabel, zorg is soms ook **niet** interveniëren, zo lazen we onder 2.3.3., en zorg is goed in zichzelf en niet om de uitkomst, zo lazen we in 2.3..

Systemen zijn echter interessant voor de zorg omdat ze te maken hebben met planning en financiële beheersbaarheid, met overzichten, met accountability, efficiëntie en effectiviteit. Maar de praktijk van zorg is weerbarstiger en niet te plannen, niet in een overzicht te plaatsen en niet te demonteren. Betekent dit dat zorg niet in een zorgpad vervat mag worden? Mijns inziens ontkomen we daar niet aan. Zorgpaden maken inzichtelijk wat we doen en dus welke therapieën effectief zijn. Er zit echter een groot gevaar aan systemen: zij hebben de eigenschap zichzelf in leven te houden en er gaat een als-dan-werking van hen uit. Alle systemen werken op zich en zijn zelfhandhavend. Dit kan betekenen dat ieder zich voor een heel klein gedeelte verantwoordelijk voelt en ook verantwoordelijk is door de regelsystemen en de mens, de zorgvrager, niet meer gezien wordt, toevallig omdat hij/zij even tussen twee (of meer) systemen invalt. Instituties daarentegen willen een verband van activiteiten zijn, gericht op het verwezenlijken van doelen en het bevorderen van waarden en zo de maatschappelijke orde bevorderen. Wanneer men dus zorg in systemen vatten wil, dient men heel alert te zijn dat de zorgprofessional zicht voor het grote geheel verantwoordelijk voelt en systemen niet zichzelf in leven blijven houden.

Wat vertelt dit ons voor ons onderwerp? Het is niet ondenkbaar dat separeerzorg tot een systeem wordt, zodat men de zorg zeer planmatig en efficiënt vorm kan geven. Men kan er bijvoorbeeld voor

[77] *Vosman F.:* College hand-out Zorgethiek: een inleiding (Tilburg, 8-maart-2010)
[78] Idem

kiezen alle gesepareerden van Altrecht bij elkaar te zetten op 1 unit en daar een aantal mensen te laten werken die al deze mensen verplegen. Daarmee wordt de patiënt uit zijn eigen omgeving gehaald en heel efficiënt elders verpleegd, onder andermans verantwoordelijkheid. Dit zou het opdelen van zorg in systemen met zich mee kunnen brengen. Ik pleit er echter met klem voor dat separeerzorg wordt beschouwt als praktijk binnen de institutie Geestelijke Gezondheidszorg, in plaats van als systeem. In zorg gaat het er immers om dat die ene die een appèl doet op jou, onder jouw verantwoordelijkheid valt en niet wordt verplaatst, maar dat zorg, juist ook separeerzorg, een verband van activiteiten en van vormen van met elkaar verkeren is.

Separeerzorg is gevat in een institutie gezondheidszorg, wil een verband van activiteiten zijn, gericht op het verwezenlijken van doelen en het bevorderen van waarden om zo de maatschappelijke orde te bevorderen.

2.5. Over praktische wijsheid, prudentie en phronèsis

Tot slot wil ik nog iets zeggen over praktische wijsheid. Praktische wijsheid, prudentie en phronèsis zijn drie begrippen die bij elkaar horen en daarom alle drie hier eerst kort worden genoemd. Prudentie noemt Vosman omzichtigheid. Omzichtigheid is hier te duiden als het *"naar alle kanten en met alle vermogens waarnemen en inschatten wat te midden van onzekerheden moreel relevant is in de context van de handeling."*[79] De prudente hulpverlener is omzichtig uit zijn eigen gekozen gezichtspunt, dat ook verandert: de hulpverlener leeft zich in in de ander, in die zin dat hij vanuit het gezichtspunt van de hulpvrager mee kan kijken naar de zorgsituatie. Daarnaast kijkt zij aandachtig, luistert zij aandachtig en is zij sensitief voor signalen van de patiënt op het gebied van helderheid en vrijheid: zijn de woorden van de patiënt wel congruent met het beeld dat hij geeft? Ook is prudentie retrospectief: er wordt teruggekeken naar het handelen, dit wordt bereflecteerd in het opzicht van goed&kwaad en zo wordt geleerd. Ik citeer Vosman: *"Je wordt prudent door op een bepaalde manier steeds weer te handelen, de cyclus telkens weer te gaan van waarnemen met alle vermogens, oordelen ten aanzien van middelen en doelen, beslissen, doen en leren van wat je deed en soms ook heel erg fout hebt gedaan. Zo bouw je je eigen ruggengraat op, vormt zich een beproefde, op het goede gerichte houding."*[80]

Phronèsis is te zien als een deugd en stelt de mens in staat om de strekking van het handelen op een doel te onderkennen en te eerbiedigen. Prudente werkers streven naar uitmuntendheid, naar voortreffelijkheid. Door dit streven om goed te blijven handelen ontwikkelen mensen een lange-

[79] Vosman F. & A. Baart: *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg* (Den Haag, 2008) p. 26
[80] Idem, pp. 28-29

termijn-houding. De reflectie hierop, op deze houding, heet phronèsis. Vosman ziet in het verval van praktijken in kleine deel-targets, daarom ook geen rol weggelegd voor phronèsis: van lange termijn houdingen kan dan geen sprake zijn: het gaat om handigheid in middelen vinden.[81]
Vosman voegt de twee termen phronèsis en prudentie samen onder de term praktische wijsheid. "*Praktische wijsheid is het virtuoze vermogen om in een institutie [……..] te ontdekken wat moreel relevant is, weten te besluiten en weten te handelen, alsook weten te leren van wat niet goed gedaan is"*[82]. Voor het onderwerp betekent dit dat praktische wijsheid een deugd is van de verpleegkundige om te zien wat moreel relevant is in de separeerverzorging , daarnaar te handelen en daarnaast te zien wat niet goed is en daarvan te leren. Praktische wijsheid, aldus Vosman, is het kunnen onderscheiden van dat wat algemeen van aard en specifiek van aard is. De praktisch wijze verpleegkundige heeft aandacht voor het particuliere van de ander. Praktische wijsheid brengt praktische wijsheid voort doordat zij continu wil leren van dat wat niet goed ging. Het doet denken aan het begrip Conversatio Morum vanuit de Levensregel van Benedictus: het voortdurend en niet aflatend op te pakken proces om jezelf te verbeteren[83]. Doordat de praktisch wijze arts deze handeling al vele malen deed heeft zij de praktische wijsheid in zich opgeslagen.
Praktische wijsheid kent dus Phronèsis en Prudentie in zich: een praktisch wijs mens is omzichtig en aandachtig, is reflectief op zijn eigen handelen, zoekt het moreel goede in het generale en in het specifieke en kent een niet aflatende houding om zijn eigen handelen te verbeteren.

[81] Idem, pp. 29-30
[82] Idem, p. 31
[83] Derkse W.: *Een levensregel voor beginners. Benedictijnse spiritualiteit voor het dagelijkse leven* (Tielt, 2003) pp. 46-48

3. Model goede zorg

In de hoofdstukken 1 en 2 heb ik achtereenvolgens geïnventariseerd wat er op het gebied van separeerzorg bekend is in de literatuur en welke thema's op het gebied van zorgethisch goede zorg van belang zijn om te benoemen. Dit alles staat nog altijd in het licht van de onderzoeksvraag van dit onderzoek:

> *Welke leermomenten die verpleegkundigen opdoen, zijn bepalend voor de manier waarop zij separeerverzorging vormgeven?*

De volgende subvragen zijn hieruit afgeleid:

1. *Wat is goede zorg in de separeer?*
2. *Welke leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg zijn helpend voor hen om goede zorg in de separeer te geven?*
3. *Welke leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg zijn niet-helpend of schadelijk om goede zorg in de separeer te geven?*

Alvorens over te gaan naar het onderzoek naar de leermomenten van verpleegkundigen wil ik in dit laatste theoretische hoofdstuk een model schetsen voor goede separeerzorg.
Hoofdstuk 2 begon ik met toe te lichten hoe verantwoorde, verantwoordelijke en goede zorg zich volgens Baart tot elkaar verhouden. Deze indeling geeft handvatten om naar separeerzorg te kijken. In model in 3.1. wil ik verantwoordelijke zorg als verdieping van verantwoorde zorg noemen en goede zorg als verdieping van verantwoordelijke zorg. Verantwoorde zorg, zo lazen we eerder, is de zorg die in protocollen verwoord wordt: het zijn de regels waaraan zorg moet voldoen om 'niet op je vingers te worden getikt'. Het zijn de richtlijnen waarlangs de inspectie voor de gezondheidszorg checkt of de hulpverlener zijn werk wel goed doet. Verantwoorde zorg is van groot belang. Het is goed dat we richtlijnen voor verantwoorde zorg hebben, algehele regels waar een ieder aan moet voldoen. Echter, deze regels dienen op een bepaald moment ook geïnternaliseerd te worden, dat noemen we verantwoordelijke zorg. De professional ontwikkelt op een bepaald moment een eigen idee over wat goede zorg is, kauwt op de regels en maakt zich die eigen. Hij of zij ontwikkelt hier eigen ideeën over. Ook wanneer er geen externe controle is, wil de professional aangesproken worden op de kwaliteit van zorg. Een derde diepere gelaagdheid is de goede zorg. Wanneer de zorg op dat niveau goed is, dan is zij zorgethisch juist volgens de principes die in hoofdstuk 2 gegeven werden. Dit gaat verder dan regeltjes en dieper dan de eigen subjectieve ideeën over zorg en kwaliteit van zorg.

De onderlinge samenhang van verantwoorde, verantwoordelijke en goede zorg is hier nog goed om aan te stippen.

We halen even vanuit hoofdstuk 2 het schema (figuur 2) terug:

Verantwoorde zorg	Aan andermans eisen voldoen
Verantwoordelijke zorg	Zelf toezien en aanspreekbaar zijn op de kwaliteit van de zorg
Goede zorg	Er bovendien voor instaan dat de zorg ook goed is.

De drie vormen van zorg zien we als verdiepingen. Bij alle verdiepingsslagen wordt de zorg meer geïnternaliseerd en beredeneerd. In de ontwikkeling van jonge professionals ziet men dat deze slagen ook gemaakt worden. Eerst worden de regels aangeleerd, er wordt volgens de protocollen gewerkt, dit geeft houvast aan de professional. Op een bepaald moment ontwikkelt de professional daar een eigen idee over, over welke zorg hij wil geven, hij of zij ontwikkelt een eigen stijl. De strakke regels worden wat meer losgelaten en de professional ontwikkelt zijn eigen ideeën over verantwoordelijke zorg: de zorg waarop hij/zij aangesproken wil worden. De derde verdiepingsslag volgt dan vervolgens soms (niet altijd helaas) waarin de professional een idee ontwikkelt over goede zorg, een vorm van zorg volgens zorg-ethische principes. Dit is een idee van zorg dat verantwoorde en verantwoordelijke zorg overstijgt.
In het uiteindelijke onderzoek zal deze bovenstaande ontwikkeling van visie op goede zorg bij de professional ook een van de kijkramen zijn om door te kijken naar de zorg die geleverd wordt aan de patiënt in de separeer.

In paragraaf 3.1. vindt u de conclusies van hoofdstuk 1 en 2 over wat separeerzorg is ingedeeld onder de kopjes verantwoorde zorg, verantwoordelijke zorg en goede zorg. Dit is het model voor separeerzorg dat ten grondslag ligt aan het onderzoek dat verder omschreven wordt in hoofdstuk 4.

3.1. Model voor separeerzorg

In hoofdstuk 1 en 2 werden de paragrafen vaak afgesloten met een korte samenvatting in oneliners over wat die paragraaf ons aan informatie had gegeven over verantwoorde en goede separeerzorg. Deze uitspraken zijn in het model voor goede separeerzorg, zoals u dat op de volgende bladzijde kunt vinden, gegroepeerd in die drieslag verantwoorde – verantwoordelijke – goede separeerzorg. In dit model is de literatuurstudie vervat, met dit model ben ik de empirische fase aangevangen. Op pagina 75 wordt op dit model teruggekomen, daar wordt bezien of het model in deze vorm stand heeft gehouden gedurende de empirische fase.

Verantwoorde zorg

Goed registreren
Goed observeren
Goed rapporteren
Juiste juridische kader hebben
Separeerplan opstellen
Juiste straf- of civielrechtelijke titel bezitten
Grondig overwegen of M&M ingezet kan worden
Contactpersoon inlichten
Bespreekbaar maken dat het geen straf is
Geen strijd leveren met patiënt
Transparant werken & Je afspraken nakomen
Veiligheidseisen in acht nemen
Rekening houden met eerdere traumatische ervaringen
Beperkte informatievoorziening
Verantwoorde zorg is High care

Verantwoordelijke zorg

Onderkennen van de tragiek
Ruimte voor (ambivalente) gevoelens
Machteloosheid en irrationeel gedrag bespreekbaar maken
Positieve vrijheid boven negatieve vrijheid stellen
Patiënt vragen naar voorkeur voor middelen
Goed communiceren en onderhandelen
Achteraf goed in de behandeling inbedden
Evt nabespreken met contactpersoon
Reflectief handelen
Bejegenen

Goede zorg

De patiënt mag zich aan je openbaren
Eerste vijf minuten vol gastvrijheid, rust en veiligheid
Oog hebben voor de dubbele eenzaamheid in de separeer & voor de wanhoop
Antwoorden op het appèl dat de ander op je doet
Aandacht voor de relatie tussen separeerverzorger en gesepareerde
Wederkerige zorg, ook in de separeer
De zorg verdingelijkt niet
De asymmetrie wordt aanvaard en eventueel bespreekbaar gemaakt
Zorggever en –ontvanger erkennen elkaar ten diepste in hun gelijkwaardigheid
Erkend wordt dat er lijden is, dit wordt niet gebagatelliseerd.
De zorg is aandachtig, sluit door die aandacht in en brengt troost.
Er is aandacht voor de uniciteit van de ander, er wordt niet gestandaardiseerd.
De separeerzorg is een zorgpraktijk en is niet opgedeeld in handelingen.
Er is sprake van uitdrukkingshandelingen, waarin de zorggever communiceert wie hij voor de ander wil zijn en wie de ander voor hem mag zijn.
Zowel interventie als presentie zijn zichtbaar.
We zien prudentia & phronèsis & praktische wijsheid

4. Onderzoek naar Leren Separeren

In dit hoofdstuk wil ik mij verantwoorden waar het de voorbereiding van het empirische gedeelte van het onderzoek betreft. Achtereenvolgens vindt u in 4.1. de onderzoekssetting, de doel- en vraagstelling en de casusdefinitie, alles is deels overgenomen uit het onderzoeksvoorstel. Echter, de opzet is in april 2012 sterk veranderd. Aanleiding is dat er op de unit waar onderzoek zou worden gedaan lange tijd geen separaties plaatsvonden. Hierdoor kon er geen observatie plaatsvinden en staakte de voortgang van het onderzoek en de masterthesis. Hierop is besloten tot een andere opzet. In 4.1. leest u hier verder over. In 4.2. vindt u dan de theoretische benadering en sensitizing concept en in 4.3. de methode, fasering, dataverzameling en analyse. In de paragrafen zal steeds beschreven worden wat er aan de opzet is veranderd. In hoofdstuk 5 zal uiteraard hierop kritisch worden teruggekeken.

4.1. Het onderzoek

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de onderzoekssetting, de doel- en vraagstelling en de casusdefinitie genoemd.De probleemstelling en aanleiding zijn in de inleiding van de thesis al beschreven.

4.1.1. Onderzoekssetting

Dit onderzoek naar goede separeerzorg vindt plaats in de Geestelijke Gezondheidszorg, binnen Altrecht, en dan met name binnen de divisie Aventurijn. Altrecht is een organisatie met 2600 medewerkers in Utrecht, Den Dolder, Zeist, Nieuwegein en Woerden en zij stelt zich tot doel om de patiënt met meervoudige complexe problematiek met behulp van gespecialiseerde behandeling zo goed mogelijk weer onderdeel te laten zijn van de maatschappij in zijn eigen rol. Ik citeer hieronder van de site www.altrecht.nl [84]:

Altrecht Aventurijn: “Altrecht Aventurijn is het onderdeel van Altrecht dat mensen behandelt en begeleidt die in de problemen zijn geraakt, omdat zij door hun gedrag andere mensen of zichzelf schade toebrengen. Bijvoorbeeld mensen die hun agressie niet kunnen controleren vanwege stemmen die hen beïnvloeden. Sommige mensen worden behandeld in opdracht van Justitie nadat ze strafbare feiten hebben gepleegd. De factoren die hun gedrag beïnvloeden zijn heel verschillend. Binnen Aventurijn worden die factoren geanalyseerd en wordt bekeken hoe deze gunstig beïnvloed kunnen worden. De behandeling wordt zowel klinisch als ambulant uitgevoerd, afhankelijk van de situatie van de cliënt.”

[84] http://altrecht.nl/Externebestanden/Overigen/Corporate_brochure_altrecht.pdf , geraadpleegd op 03-10-2011

Altrecht noemt het haar maatschappelijke opdracht om enerzijds zorg en behandeling te leveren die aansluit bij de behoeften van onze cliënten en anderzijds de verantwoordelijkheid te nemen om de inzet van schaarse middelen zo efficiënt mogelijk te doen.

Altrecht noemt een vijftal begrippen, die zij van groot belang vindt binnen de hulpverlening aan psychiatrische patiënten:

1. Minder taboe op psychiatrie
2. Ervaringsdeskundigheid
3. Familie en naastbetrokkenen
4. Een multiculturele organisatie
5. E-health en digitale dienstverlening

Nu het literatuuronderzoek over verantwoorde en goede separeerzorg af is gerond gaat de empirische fase van start[85]. In deze fase zijn meerdere onderzoeksmethoden gehanteerd. Doel is om vanuit meerdere oogpunten naar het begrip goede separeerzorg te kijken en daar een omschrijving van te geven. Tevens zal de vraag centraal staan hoe goede separeerzorg is aangeleerd, of aangeleerd kan worden. Onder 4.3.2. kunt u vinden welke onderzoeksmethoden gekozen zijn. De onderzoeken zijn gedaan binnen de divisie Aventurijn, binnen de afdelingen Wier+ en Roosenburg. Daarom worden deze hier nu eerst nader omschreven. Er zijn twee verpleegkundigen geobserveerd in de separeer op de kliniek van Wier+, onderdeel van de divisie Aventurijn. Wier + is een nieuwe kliniek, geopend in augustus 2011, met 27 bedden voor mensen met een justitiële maatregel, met psychiatrische problematiek, dikwijls lijdend aan verslavingsproblematiek en die daarnaast tot de groep Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten behoren. In deze kliniek zijn er mensen die relatief kort werken en mensen die al langer in de GGz werkzaam zijn. Deze mix maakt het boeiend om hier het onderzoek te doen. De Forensische Psychiatrie, waar Roosenburg onder valt en waar de focusgroep werd gehouden, wil een brug slaan tussen de justitiële inrichtingen enerzijds en de reguliere GGZ anderzijds. Roosenburg is gevestigd in Den Dolder en telt 101 bedden en zes units[86]. De focusgroep is gehouden op unit Roosenburg F, de Forensische Longcare. Deze afdeling is in maart 2010 geopend en telt 16 bedden voor mensen met een langdurige justitiële titel waar meer tijd nodig is om de behandeling vorm te geven. De patiënten zijn hier vaak erg ziek en rehabilitatiedoelen dienen klein te blijven. Een terugval of decompensatie is hier geregeld aan de orde en daarmee separatie. Het team van unit F is een mix van oud-gedienden, soms tot 25 jaar

[85] In de eerste opzet zouden 4 medewerkers van de divisie Aventurijn worden geobserveerd terwijl zij separeerzorg verleenden en daarover in een later stadium een interview ondergaan.
[86] De onderzoeker vervult op Roosenburg A en BC de rol van teammanager. De onderzoeken hebben niet op deze afdelingen plaatsgevonden. toch zal er in hoofdstuk 5 ingegaan worden op deze dubbelrol

ervaring, en jong-gedienden, soms direct uit de schoolbanken, wat interessant is voor de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. De patiënten die in 2011 geïnterviewd zijn en waarvan de data ook mee zijn genomen in dit onderzoek, kwamen ook van Roosenburg. De ervaringsdeskundige zus & verpleegkundige is tevens werknemer van Altrecht.

4.1.2. Doelstelling

Gegeven de voorgaande probleemschets is het hoofddoel van dit empirische gedeelte van het onderzoek:

> *Het in kaart brengen van de leermomenten die verpleegkundigen op hebben gedaan gedurende hun loopbaan en die hun handelen in de separeer vormgeven.*

Daaruit voortvloeiende subdoelen zijn:

1. Het omschrijven van wat goede separeerzorg is volgens de deelnemende verpleegkundigen.
2. Het in kaart brengen van leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg die helpend zijn geweest voor hen om goede zorg – naar hun maatstaven – in de separeer te geven.
3. Het in kaart brengen van leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg die niet helpend of schadelijk zijn geweest om goede zorg – naar hun maatstaven – in de separeer te geven.

4.1.3. Vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek klinkt als volgt:

> *Welke leermomenten van verpleegkundigen, zijn bepalend voor de manier waarop zij separeerverzorging vormgeven?*

De volgende subvragen zijn hieruit afgeleid:

1. Wat is goede zorg in de separeer volgens de deelnemende verpleegkundigen?
2. Welke leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg zijn helpend voor hen om goede zorg – naar hun maatstaven – in de separeer te geven?
3. Welke leermomenten van verpleegkundigen inzake separeerzorg zijn niet-helpend of schadelijk om goede zorg – naar hun maatstaven – in de separeer te geven?

4.1.4. Objectdefinitie

In dit onderzoek wordt de praktijk van het geven van separeerzorg door verpleegkundigen onderzocht. Dit wordt vanuit verschillende oogpunten gedaan. Het onderzoek richt zich op de verpleegkundige interventies, de interactie tussen patiënt en verpleegkundige en de houding van de verpleegkundige gedurende het geven van separeerzorg. Het betreft in dit onderzoek niet het gesepareerd worden of de deseparatie. Het kaderen van de casus is niet mogelijk in dit onderzoek omdat de onderzoeksmethoden te divers zijn. Wat de situaties in het gemeen hebben is dat zij een ervaring in de separeer betreffen. We noemen dit het onderzoeksobject: de ervaringen van de deelnemers aan het onderzoek. Een eenduidige casus benoemen we hier niet.

4.2. Theoretische benadering

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Dit betekent dat het een antwoord wil geven op de vraag naar de *rijkdom* van een praktijk en niet zozeer een antwoord wil geven in aantallen, in kwantiteit. Kwalitatief onderzoek zoekt naar de betekenis van bepaalde praktijken en begrippen. Hier willen we zoeken naar de betekenis van leermomenten van verpleegkundigen voor het geven van (goede) separeerzorg. Dit onderzoek is een Grounded Theory onderzoek, aangezien er door voortdurende vergelijking van data met data gezocht wordt naar patronen die aannemelijk maken dat sommige leermomenten helpend zijn in het vormgeven van goede separeerzorg en dat andere ervaringen dit juist niet zijn. Vanuit deze benadering zal een aanzet voor een gegronde theorie over het aanleren van goede separeerzorg aan professionals worden gegeven. Het onderzoek heeft het karakter van een mutiplecasestudy, waardoor er geen casusdefinitie kan worden gegeven.
De praktijk waarin dit onderzoek staat is de praktijk van de Geestelijke Gezondheidszorg, zoals vormgegeven binnen Altrecht Aventurijn.

4.2.1. Sensitizing concepts

Sensitizing concepts, ook wel attenderende begrippen genoemd, zijn gevoelig makend; waar wil je als onderzoeker op letten. De begrippen zijn voortgekomen uit het lezen van literatuur zoals weergegeven in hoofdstuk 1 en 2. Gedurende het onderzoek zijn de sensitizing concepts bijgesteld. Dit gebeurde in interactie met de respondenten. Zo kwamen begrippen als *perspectief wisselen* en *controle houden*, *lijden verdragen, inleven* en *aansluiten* veel meer op de voorgrond te staan. De begrippen die hieronder genoemd zijn en die, zoals gezegd, naar aanleiding van de literatuur zijn gekozen, zijn veel minder aan bod gekomen. Dit is overigens geen gemis, dit is hoe het onderzoek zich ontwikkeld heeft vanaf de eerste observaties.

Sensitizing concepts:

Aandacht	*Veiligheid*	*Rolmodel*	*Emotioneel belastend*
Structuur	*Rugdekking*	*Stagelopen*	*Stressbestendigheid*
Haalbare afspraken	*Gesteund door organisatie*	*Mentor*	*Samenwerken*
Nabijheid	*Materieel*		*Tacit knowledge*
	Voldoende opgeleid personeel		

4.3. De methode

Hieronder volgt een beschrijving van de werkwijze in de verschillende fasen waarin het onderzoek is vormgegeven.

4.3.1. Fasering

Het schrijven van deze thesis en het doen van het bijbehorende onderzoek is in 5 fases in te delen.
In de eerste fase is het onderzoeksvoorstel geschreven. Hieraan is veel aandacht besteed, omdat zorgvuldigheid in deze fase belangrijk is om later de thesis goed te kunnen schrijven.
In de tweede fase is de literatuurstudie gedaan, waarvan het resultaat in de hoofdstukken 1 tot en met 3 te vinden is. Ook zijn in deze periode de sensitizing concepts geformuleerd. In deze periode zijn er ook contacten gelegd met afdelingen waar het onderzoek gedaan zou kunnen worden. Tevens is het informed consent geschreven (zie bijlage 3a t/m 3d) en zijn er afspraken gemaakt over het observeren van separeerbezoeken.
De derde fase stond in het teken van de data-verzameling. Zoals genoemd, is in deze fase het onderzoek aangepast, om de eenvoudige reden dat er niet genoeg data voor handen bleken, aangezien er niet veelvuldig werd gesepareerd. Over de data verzameling vindt u informatie in 4.3.2..
De vierde fase betrof de analyse van de data, die wordt beschreven in paragraaf 4.3.3.. In deze fase is ook een antwoord op de deel- en hoofdvragen geformuleerd. De derde en vierde fase hebben deels door elkaar gelopen. Dit heeft te maken met de methodologie van het onderzoek: er is immers voor gekozen om naar aanleiding van de interviews een voorlopige hypothese te formuleren die in de focusgroep getoetst zou worden. De data-verzameling en –analyse lopen daarom door elkaar heen.
De vijfde fase betrof het schrijven van dit verslag en het voorbereiden van de presentatie van het onderzoek tijdens het examen.

4.3.2. Dataverzameling

De dataverzameling is op meerdere manieren gebeurd[87]. De eerste twee manieren van dataverzameling zijn overgenomen uit een eerder onderzoek van de onderzoeker naar goede separeerzorg vanuit het oogpunt van de patiënt. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 2011. De overige dataverzameling is van het voorjaar 2012.

Ten eerste is de eigen ervaring van de onderzoeker in de separeer is uitgewerkt. De onderzoeker heeft in maart 2011 een nacht in de separeer doorgebracht en daar aan den lijve ondervonden hoe het is gesepareerd te zijn en separeerverzorging te ontvangen. Dit wordt beschreven in 3f. Zij is gesepareerd binnen Altrecht op een afdeling waar zij zelf niet (meer) werkzaam was. De separeerperiode was van de avond tot in de vroege ochtend en werd gedaan volgens de geldende procedures op die afdeling. De separatie was uiteraard vrijwillig, het meewerken van de medewerkers aan dit experiment ook.

Ten tweede zijn er in het voorjaar van 2011 enkele patiënten geïnterviewd naar hun ervaringen in de separeer en hun ideeën over goede separeerzorg. Dit is gebeurd middels een semi-gestandaardiseerd interview. Deze patiënten hebben zorg ontvangen en zijn gevraagd naar hun ideeën daarover. Deze data zijn wederom meegenomen in dit onderzoek, zie daarvoor ook bijlage 3e.

Ten derde is er geobserveerd tijdens de separeerbezoeken. Deze observatie (zie bijlage 4a) is zo precies mogelijk uitgeschreven. Naar aanleiding van de observatie kwamen er vragen (95 stuks) op bij de onderzoeker naar de beweegredenen van de professionals om bepaalde interventies in te zetten en naar de manier waarop zij dit geleerd hadden zo te doen. Deze vragen vormden de basis van een van semi-gestructureerd interview[88], waarin de twee geobserveerde medewerkers zijn ondervraagd naar hun ideeën over goede separeerzorg en naar de manier waarop zij dit hebben geleerd. Het interview begon met een gestandaardiseerd gedeelte met algemene vragen naar feiten: leeftijd, sekse, hoe lang iemand in de zorg werkzaam is, hoe lang op een plek waar ook gesepareerd wordt en hoe vaak deze persoon separeerzorg verleend heeft. Daarna volgde het gedeelte waarin de observatie sensitizing concepts zoals onder 4.2.1. leidend waren. Niet alle 95 vragen zijn uiteraard gesteld, door clustering van de vragen werd dit behapbaar.

De tekst van de interviews is op band opgenomen en woordelijk verwerkt in Word. U vindt de tekst in 4b en 4c. Ook de interpunctie en de non-verbale communicatie zijn (waar relevant) toegevoegd.

De inhoud en kwaliteit van de observaties en interviews worden verder beschreven in hoofdstuk 5.2..

Om mee te doen golden de volgende inclusiecriteria:

[87] In de eerste onderzoeksopzet was het de bedoeling dat er alleen observaties en bijbehorende interviews gehouden zouden worden.
[88] Patton M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods.* Thousands Oaks, pp. 343-347

- Men is ten tijde van het interview werkzaam binnen Altrecht;
- Men heeft gedurende het afgelopen half jaar minimaal zesmaal separeerverzorging gegeven;
- Men werkt mee op basis van vrijwilligheid;
- De respondent ontvangt niet direct leiding van de onderzoeker;
- De respondent is bereid om naar zijn eigen handelen te kijken en hierover te spreken (de kwaliteit van de reflectie is geen ex- of inclusiecriterium).

Er is nadrukkelijk besloten om het vierde inclusiecriterium mee te nemen, omdat de onderzoeksdata anders sterk beïnvloed zouden kunnen worden.

Ten vierde is een verpleegkundige die werkzaam is binnen Altrecht, en tevens zus is van een gesepareerde patiënt, gevraagd naar haar ervaringen met haar broer in de separeer en haar ideeën over separeerzorg. Omdat zij hiërarchisch leiding ontving van de onderzoeker is er uitgebreid aandacht geweest voor de ethische bezwaren van deze constructie (zie 5.4.4.). Er is afgesproken dat de geïnterviewde een aangepaste informed consent kreeg waarin de mogelijkheid expliciet is opgenomen om in situaties waarin de geïnterviewde zich achtergesteld voelde ten gevolge van het meewerken aan dit interview, zij naar de leidinggevende van de onderzoeker kon stappen. Ook dit interview was semi-gestandaardiseerd, zoals u in bijlage 4b kunt lezen.

Deze vier bronnen hebben geleid tot een voorlopige definitie van goede separeerzorg en de wijze waarop mensen dit hebben geleerd gedurende hun loopbaan. De analyse van de data heeft geresulteerd in een voorlopige hypothese over goede separeerzorg en hoe dit aan te leren. Hierop heeft de onderzoeker een casus beschreven van een man die opgenomen was in de separeercel. De casus was een realistische casus, gebaseerd op een bestaande patiënt, maar met enkele details die express daarin opgenomen waren. Deze details sloten aan op de hypothese van de onderzoeker, namelijk dat goede separeerzorg doordrongen is van perspectiefwisselingen en dus moedige mensen vereist. Deze casus is voorgelegd aan een focusgroep met vijf verpleegkundigen, afkomstig uit team Roosenburg F. De groep is als volgt samengesteld: de onderzoeker heeft toestemming gevraagd aan de afdelingsmanager en aan de teammanager. Hierop heeft zij een random datum geprikt om zo te voorkomen dat de data niet te veel beïnvloed zouden worden. De onderzoeker heeft de datum aan de teammanager voorgelegd die even gecheckt heeft of er wel voldoende vast personeel beschikbaar zou zijn. De leden van de focusgroep (die door ondertekening van het informed consent instemming hebben verleend) hebben in een bijeenkomst van 45 minuten deze casus besproken onder leiding van de onderzoeker. Ook deze bijeenkomst is woordelijk uitgetypt en verwerkt in het antwoord op de hoofdvraag en dus in de eindconclusie.

4.3.3. Analyse

Nadat de interviews waren afgenomen en uitgewerkt heeft de onderzoeker de tekst gecodeerd door in de kantlijn daar codes aan toe te dichten. Alle interviews zijn zo doorgewerkt (zie bijlage 4b, 4c, 5b). Om de begripsstabiliteit te optimaliseren, zijn de interviews naast elkaar gelegd en zijn de codes onder elkaar gezet, met daarbij de citaten uit het interview waar het dan over ging. Zo heeft de onderzoeker getracht om kritisch naar de eigen codering te kijken. Door deze interventie zijn er verschillende coderingen veranderd. Zo is er een veel duidelijker scheiding gemaakt tussen materiële veiligheid en relationele veiligheid. Ook is er na herhaaldelijk coderen geconstateerd dat het onderscheid tussen 'afstemmen' en 'aansluiten' niet helder genoeg was gemaakt. Hierop is er wederom gecodeerd. De interviews zijn vervolgens even aan de kant gelegd om nogmaals te bekijken op begripsstabiliteit. Toch is gebleken dat alleen onderzoek doen duidelijke nadelen heeft voor de begripstabiliteit, waarover onder 5.5.1. meer. Na deze check is besloten om de codering intact te laten. Na de terugkoppeling van de eerste lezer zijn de interviews nogmaals gecodeerd. Veel informatie was namelijk onbenut gebleven in de eerste ronde. Het gaat dan met name over alle informatie op de vragen over leren. Hierop is nogmaals gecodeerd. Dit coderen is in drie rondes met een tussenpose van enkele dagen gegaan om de begripsstabiliteit te vergroten. De codering is per interview geïnterpreteerd, zo is gekeken hoe vaak alle coderingen terug zijn gekomen in de verschillende interviews, ook zijn de coderingen geclusterd. Naast het coderen van de antwoorden op de vragen is er ook geanalyseerd op metaniveau (zie 5.1.2.). Hiermee wordt bedoeld dat er naar het interview zelf gekeken is op een ander niveau, te weten naar de manier van spreken, naar de manier waarop de antwoorden tot stand zijn gekomen en wat de invloed van het moment (onderzoeker bevraagt verpleegkundige) kan zijn. Dit is gedaan door de interviews nogmaals te luisteren en daarbij aantekeningen te maken over wat de onderzoeker hoort in de toon van de antwoorden, de snelheid waarmee de antwoorden kwamen, de manier waarop de antwoorden gestalte kregen. De analyse van de codering van de interviews en de analyse op meta-niveau hebben geleid tot een voorlopige conclusie. Deze voorlopige conclusie heeft als ondergrond gediend voor de casus van de focusgroep. Deze focusgroep is ook uitgewerkt en ook deze is gecodeerd (zie bijlage 6b). Hierbij zijn voor zover mogelijk dezelfde codes gebruikt als bij het coderen van de interviews, maar er zijn ook andere codes ingebracht, zoals 'voorzichtigheid'. De tekst van de focusgroep is vervolgens uit elkaar getrokken per deelnemer om per individu te analyseren welke antwoorden er werden gegeven, welke coderingen daaraan werden gekoppeld en welke opvallendheden per persoon er op te merken zijn, zoals woordkeuze of de wijze van communiceren. Ook hier is op metaniveau gekeken naar het interview. Omdat het een focusgroep betrof was het interview zeer dynamisch en gebeurde er veel op metaniveau. Er is bijvoorbeeld door de onderzoeker, door met

kleuren te arceren, uitgezocht welke mensen op elkaar reageerden en welke mensen niet op elkaar reageerden. Ook is er op metaniveau gekeken hoe standvastig mensen bleken te zijn in hun antwoorden, wanneer ze ondervraagd werden door gespreksgenoten of interviewer. De meta-analyse en de analyse van de codering van de focusgroep hebben geleid tot een voorzichtig antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze conclusie is gehouden tegen het licht van de literatuur, onder andere uit de hoofdstukken 1 en 2. Daar komen enkele aanbevelingen uit voort.

5. Uitkomst analyses en de conclusies

Dan zijn wij aangekomen bij de uitkomst van de analyses en de conclusies. Dit hoofdstuk zal in zal in vijf gedeelten uiteenvallen: de uitkomst van de analyses van de interviews (5.1.), de uitkomst van de analyse van de focusgroep (5.2.), de conclusie (5.3.), de aanbevelingen (5.4.) en de discussie (5.5.). Nu eerst de uitkomst van de analyses van de interviews met de geobserveerde verpleegkundigen en de ervaringsdeskundige zus.

5.1. Uitkomst van de analyse van de interviews

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens aandacht gegeven aan de analyse van de interviews na codering, aan de analyse op metaniveau, aan de analyse op het leren van separeerzorg en aan de houdbaarheid van het model uit 3.1..

5.1.1. Analyse van de coderingen

De interviews van de twee geobserveerde verpleegkundigen en van de ervaringsdeskundige zus verschilden alle drie sterk van elkaar. Hieronder worden ze achtereenvolgens geanalyseerd.

<u>Interview 1:</u>

De eerste geïnterviewde werkte al jaren in de geestelijke gezondheidszorg. In het interview gaf hij er ook blijk van veel interventies te doen op ervaring. Hij generaliseerde vaak in zijn antwoorden, zoals: “het is gewoon meer dat je het weet van eh.. nou ja koffie en roken, dat is natuurlijk bij heel veel cliënten van eh een beetje van een benader-iets eh .” Op de vragen waarom hij doet wat hij doet gaf hij vaak als antwoord dat hij dat ‘gewoon’ zo doet, hij kon soms lastig terughalen waarom hij doet wat hij doet. De eerste geïnterviewde gaf er blijk van de protocollen en richtlijnen goed te kennen en daarlangs te werken. Hij noemde dit overigens niet expliciet maar de codering ‘weten door routine’ en ‘weten door ervaring ’zijn vaak toegekend. De eerste geïnterviewde zou in het model ingedeeld worden onder verantwoorde zorg of deels onder verantwoordelijke zorg. Zo gaf hij er wel blijk van oog te hebben voor de ambivalente gevoelens waar separeerzorg mee gepaard gaat, maar niet van reflectief werken. Dit leiden we af uit het gegeven dat hij moeilijk kon verwoorden waarom hij de interventies inzette zoals hij deed en in het gesprek op metaniveau ook geen blijk gaf van reflectief kijken naar eigen handelen, maar daarover later meer.

<u>Interview 2:</u>

De tweede geïnterviewde kreeg de coderingen ‘doelgericht’, ‘zoeken naar professionaliteit’ en ‘inleven’ alle drie achtmaal toegekend. Nu zegt in kwalitatief onderzoek het aantal malen dat een

code is toegekend ons niet heel veel, maar hier is het toch veelzeggend dat deze drie codes de top 3 vormen. Respondent 2 was nog niet lang werkzaam in de GGZ en noemde zichzelf desgevraagd ook niet ervaren met separeerzorg. Zij gaf er in het interview blijk van niet alle protocollen helemaal te kennen en misschien nog niet precies te weten hoe goede separeerzorg eruit dient te zien. Wel zagen we dat zij, ondanks haar korte ervaring in separeerzorg, zich in kan leven in de patiënt en dat ze van perspectief kan wisselen. Met perspectief wisselen bedoelen we niet alleen dat je aan kunt voelen hoe de anders zich voelt. Juist niet! Ik ben van mening dat we nooit kunnen voelen hoe het is voor die unieke persoon om gesepareerd te zijn, zelfs al zou ik zelf ervaringsdeskundigheid hebben. Sterker nog: dat het niet goed is dit te pretenderen. Met perspectiefwisseling bedoel ik meer dat de zorggever ziet wat de zorgontvanger ziet, dan hij hoort wat er te horen is en dat hij zich probeert in te leven wat dit voor de ander betekenen kan. Als voorbeeld noem ik het ontlasten op een papieren po: iemand die van perspectief kan wisselen voelt als het ware de camera op zich gericht terwijl hij hurken zou. Dit als korte uitstap bij het thema perspectief wisselen. Terug naar geïnterviewde 2. We merkten dat zij veel zocht naar haar eigen professionaliteit, naar hoe zij dingen wil aanpakken in de zorg. Hierover was zij zeer reflectief in het gesprek. We komen zo op interview 2 nog terug.

Interview 3:

De verpleegkundige met de dubbele rol gaf aan veel minder zelfreferentieel te werken sinds de separeerepisode met haar broer. Dit bleek ook uit de antwoorden die zij gaf waarvan het meest in het oog springende een antwoord is waarin zij continu van perspectief wisselt.

> De onderzoeker vraagt hier: “Wat is er zo vreselijk aan separeren?” Hierop vraagt de geïnterviewde: “Ehm..als zus of voor de cliënt? Of als collega?” De onderzoeker stelt dat “Alle drie mag”en ze geeft antwoord: “Als zus…zoveel verdriet. Ja, doet je gewoon heel veel verdriet als je je broertje achter ..je komt binnen en je ziet hem achter dat raampje staan en hij kijkt jou aan en je kijkt hem aan en hij staat in zijn separeerjurk, met zijn foto’s van al zijn dierbaren tegen zijn hart aangedrukt en niet loslaten anderhalve week lang. Ehm..voor de cliënt, ja dat ie niet weet wat er gebeurt en denkt dat iedereen tegen je is en dat ze eigenlijk ja en hoe kattig tussen aanhalingstekens verpleging eigenlijk kan zijn en hoe hard de verpleging tegen je kan zijn. [……]En als hulpverlener. Ja, de onmacht wat je met soms met de cliënt kan doen, dat ik, je weet dat het niet goed genoeg is voor een cliënt, sepa….nou ja, soms is het wel goed voor de cliënt, maar dat je weet hoe vreselijk het is dat je in zo’n hok moet zitten en moet wachten tot er iemand komt en ja, en dan al die dingen die in je hoofd gebeuren waar wij niet begrijpen.”

In dit antwoord zien we dat zij continu van perspectief wisselt: van cliënt, naar hulpverlener, naar familielid. In die drie perspectieven leeft zij zich in, niet oppervlakkig, maar diep.
De vraag is natuurlijk of men dit aan kan leren of dat het leven zelf (een situatie met een familielid) dat mensen alleen aan kan leren. Dit is de eigenlijke vraag van de thesis. Het is een vraag die deels beantwoord wordt. Immers: wanneer men naar de coderingen kijkt, dan zien we in de interviews waar het meest blijk gegeven wordt van goede zorg coderingen als 'voelen', 'meemaken', 'inleven', 'perspectiefwisselingen' voorbij komen. Dit is niet alleen het interview van de ervaringsdeskundige zus/verpleegkundige. In de interviews van de verpleegkundigen die minder blijk geven van goede separeerzorg zien we meer de coderingen als 'weten uit ervaring' en 'weten uit protocollen' langskomen. In deze interviews horen we weinig over inleven in de ander en over het wisselen van perspectief. In interview 2, waar we een jonge professional zien zoeken naar haar eigen definitie van goede zorg ("*Aanraken of niet? Het doel van de patiënt volgen of het eigen doel?"),* zien we dat zij zich goed kon inleven in de patiënt. Zij bleek gedurende het interview van perspectief te kunnen wisselen, open te staan om te leren van de ander en ook over de ander. Zij zocht naar wat normaal was, en wat mag en kan. Naar haar definitie van goede zorg.

<u>De interviews met elkaar vergeleken:</u>
Zeer opvallend was aan de interviews het onderscheid in doelgerichtheid en relatiegerichtheid. Waar de ervaringsdeskundige verpleegkundige niet eenmaal sprak over een doel, spraken de andere twee verpleegkundigen daar veelvuldig over. We zien ook dat de codering doelgericht 12 keer bij interview 1 wordt gegeven, 8 keer bij interview 2 en niet eenmaal in interview 3.
De doelgerichtheid in de casus waarin geobserveerd werd, lijkt goede zorg af en toe in de weg te staan. Het doel (communicatie met de patiënt en daarna zo snel mogelijk deseparatie) maakte het voor hen wellicht minder goed mogelijk om aan te sluiten bij de patiënt zelf. Dit doet de vraag naar boven komen of we in de GGZ niet te veel desepareren als een doel-in-zichzelf presenteren, daar zoveel aandacht op vestigen dat de zorg zelf ondergeschikt wordt gemaakt. Deze vraag is meegenomen naar de focusgroep.

5.1.2. Analyse op meta-niveau
Naast de analyse van de coderingen van de interviews, wil ik ook aandacht besteden aan een analyse van de interviews op metaniveau. Zo'n analyse geeft namelijk veel informatie.

Interview 1:

Opvallend aan dit interview is dat de verpleegkundige veel leunt op zijn ervaring, hij heeft ook 10 jaar ervaring. In het interview gebruikt hij bijvoorbeeld 80 keer het woord 'gewoon'. In de codering wordt ook vaak genoemd dat hij dingen doet of weet uit ervaring. De medewerker lijkt vaak te generaliseren ("Eh..nou als je met mensen inderdaad de strijd aangaat"*),* lijkt de doelgroep goed te kennen en vanuit zijn kennis over de doelgroep ook veel interventies vorm te geven. De geïnterviewde lijkt gedurende het interview, naarmate de onderzoeker meer druk zet, meer te gaan hakkelen bij het geven van de antwoorden. Het woord 'eh' wordt maar liefst 408 keer genoteerd, tegenover 62 in het tweede interview en 77 keer in het derde. Hij zoekt naar woorden en naar antwoorden. Hierbij lijkt het alsof de geïnterviewde zich aangevallen voelt op zijn handelen en zich ter verantwoording geroepen voelt. Hier worden zijn antwoorden ook steeds meer naar gevormd. Een voorbeeld daarvan is aan het einde van het interview, waar de geïnterviewde de onderzoeker vertelt dat hij graag de controle houdt over de situatie en daarom soms niet direct toegeeft aan de wensen van de patiënt. Daarop wordt hem gevraagd waarom dat voor hem belangrijk is. Zijn antwoord klinkt als volgt:

> "Ehm, ja ook om hem ook gewoon wel wat rust te geven zeg maar. Hij moet niet weer gelijk, hij zit in de separeer, hij zit daar toch al weer zoveel uren, meeste tijd heeft hij wel geslapen, maar goed het is toch een prikkelarme omgeving. En je bent wel eh je hebt toch wel weer wat meer met hem gekletst met hem dan alle momenten daarvoor, hij weet dan zijn moeder komt, dat is allemaal informatie heeft hij net gekregen dat ie moet gaan verwerken. Eh, ja en dan de volgende stap is weer dat eh het aankleden en dat eh roken zeg maar. Je wilt"

We zien de geïnterviewde stoeien met de vraag, met het antwoord, hij formuleert het antwoord terwijl hij praat. Hij lijkt zich niet vrij te voelen om te spreken over zijn handelen en daar reflectief naar te kijken. We zullen hier later op terugkomen wanneer we spreken over het begrip Parrèsia.

Interview 2:

Wanneer we op metaniveau naar het tweede interview kijken zien we een heel ander patroon. De geïnterviewde geeft op meerdere momenten openlijk aan dat zij nog niet goed weet hoe zij haar professionaliteit gestalte wil geven, wat haar visie op goede zorg is. Zij heeft op het moment van het interview 1 ½ jaar ervaring met separeerzorg. Wanneer we teruggrijpen naar het model uit 3.1. zien we dat zij verantwoorde zorg geeft, steeds meer verantwoordelijke zorg wil geven en zoekt naar haar ideeën over wat goede zorg is. Toch geeft zij, in tegenstelling tot geïnterviewde 1 direct antwoord op alle vragen, in alle openheid en onbevangenheid. Onder 5.3. zullen we inzoomen op het begrip

parrèsia, wat te vertalen is als vrijmoedig spreken. Deze vrijmoedigheid horen we in interview 2 terug in het zoeken van de respondent naar haar werkstijl. Een uitspraak die in dit kader wordt gedaan is:

> "Ja, want eigenlijk zit je wel in een soort van vreemde omgeving op dat moment. Omdat je kamer eigenlijk jouw plekje is denk ik. En dan zit je in een vreemde omgeving is het wel denk ik fijn om iemand te zien waar je op dat moment inderdaad wel een lijntje mee hebt. Ja ik weet natuurlijk niet of hij dat ook zo heeft ervaren, dat lijntje, maar…"

We horen in dit antwoord iemand die zich inleeft in de ander, die een vermoeden heeft over wat wellicht goede zorg zou kunnen zijn, maar daar nog niet zeker van is. Er wordt immers in één antwoord drie keer ingebouwd dat ze het niet zeker weet (denk ik, denk ik, ik weet natuurlijk niet). Dit alles is in alle openheid en leerbaarheid, zonder zich aangevallen te voelen door de ondervraging. Andere voorbeelden van die lerende nieuwsgierigheid van haar zien we wanneer het gaat om het aanraken van patiënten. Tijdens de separeerzorg raakt ze de patiënt aan. Wanneer daarop doorgevraagd wordt, geeft ze aan dat ze eigenlijk 'niet zo aanrakerig is' in de hulpverlening. Uit haar antwoord op de vraag waarom ze dat niet is, blijkt haar zoektocht naar haar eigen professionaliteit:

> "Ja, ik weet niet, ik weet niet, het zit zo opgeslagen in mijn hoofd dat je dat niet doet. Want je weet niet hoe iemand dat opvangt. Terwijl eigenlijk zou ik het misschien wel wat meer willen doen want omdat dat juist normaal is, omdat in mijn eigen omgeving doe ik dat ook wel. Dus waarom zou dat, ja het blijven toch gewoon wel mensen."

Na het uitzetten van de dictafoon bedankte zij voor het feit dat ze veel had geleerd van het interview. Ze gaf aan het leuk te vinden zo te spreken over zorg en haar eigen stijl daarin te ontwikkelen. We kunnen daarom zeggen dat het leereffect van het interview groot was voor haar. Ook kunnen we zeggen dat het interview meer het karakter had van een dialoog, in tegenstelling tot interview 1.

<u>Interview 3:</u>

Het derde interview is wederom heel anders op metaniveau. Waar geïnterviewde 1 zich leek te verdedigen tegenover de onderzoeker en geïnterviewde 2 nieuwsgierig aan het leren was over de patiënt en de risicovolle handeling separeerzorg, is de derde geïnterviewde degene die een heel duidelijke en onderbouwde mening heeft van separeerzorg en die de onderzoeker wil overtuigen van wat goede zorg is. We zien iemand met een visie en zelfs wellicht een missie. We merken dat op metaniveau wanneer we naar het resolute karakter van de antwoorden kijken: de geïnterviewde twijfelt niet over de antwoorden en de antwoorden zijn compact geformuleerd. Wanneer men de geluidsopnames beluistert, hoort men de bedachtzaamheid in de antwoorden die zeer zorgvuldig worden uitgesproken.

5.1.3. Analyse op leren van separeerzorg

Bovengenoemde in ogenschouw nemen kom ik tot de voorlopige conclusie dat het aanleren van goede separeerzorg wellicht minder met kennis te maken heeft dan men vooraf zou denken. Het aanleren van protocollen en richtlijnen is niet onbelangrijk, maar echt goede separeerzorg lijkt te worden gegeven door die mensen die zich in kunnen leven in de patiënt. Het verlenen van goede separeerzorg is het geheel van het kennen van de protocollen, het continu wisselen van perspectief en het bewust handelen. Verpleegkundigen die zich doorlopend afvragen hoe hun interventies voor de mens tegenover hem kan zijn, verlenen goede zorg. Om goede zorg te verlenen dient men daarom niet zozeer veel te weten (verstandelijk), maar dient men zich met name in te kunnen leven. Daarvoor, zo stel ik, is lef nodig, dient men moedig te zijn. Hoeveel makkelijker is het immers om **niet** onder ogen te zien wat de ambivalentie is van separeren, hoeveel minder pijnlijk om niet binnen te laten komen hoe het is om uitgesloten te zijn, letterlijk geïsoleerd.
Naast het vermogen om zich in te leven in de ander, is het van groot belang dat de verpleegkundige reflectief is in zijn handelen en daarover ook in gesprek open kan zijn met zijn collega. Het is wat Vosman en Baart prudentie noemen: terugkijken naar eigen handelen, dit bereflecteren in het opzicht van goed en kwaad en daarvan leren. We zien aan de interviews tot nu toe dat zij die goede zorg geven zich onderscheiden van de anderen in gesprek doordat ze in alle vrijmoedigheid spreken over hun handelen, daarop terug kunnen kijken en daarvan leren. Dat hiervoor ook moedigheid nodig is, zullen we onder 5.3. nog uitgebreider behandelen.

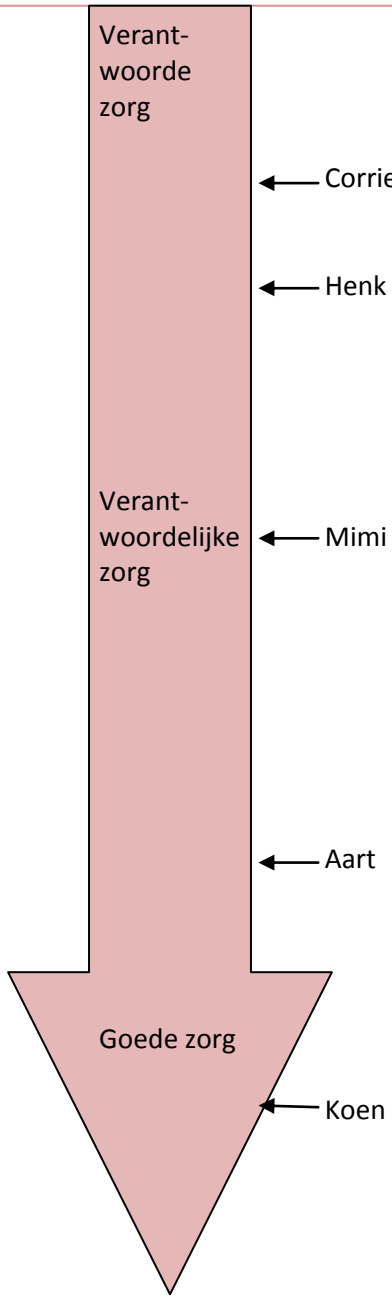
5.1.4. Opmaat naar de focusgroep

Na deze interviews is bovenstaande hypothese over het aanleren van goede separeerzorg geformuleerd. In het onderzoeksvoorstel is opgenomen dat de hypotheses die de onderzoeker had geformuleerd meegenomen konden worden naar de focusgroep. De volgende vragen zijn meegenomen:
Klopt het vermoeden van de onderzoeker dat desepareren als dominant einddoel verlammend werkt voor mensen die separeerzorg moeten verlenen? Klopt de hypothese dat het in separeerzorg niet zozeer gaat om weten en kunnen, maar veel meer om durf om in te leven in die ander en moed hebben om van perspectief te wisselen? Ten slotte ben ik benieuwd, ook vanuit mijn eigen ervaring die nacht in de separeer, wat exposure zou kunnen brengen in het aanleren van separeerzorg: zou het zo kunnen zijn dat mensen die zelf een ervaring hebben in de separeer, bijvoorbeeld door een aantal uren gesepareerd te worden, zich daardoor beter kunnen inleven in de ander en daarom beter worden in hun werk?

5.1.5. Voorlopige conclusie van model voor goede separeerzorg

In hoofdstuk drie is een model voor goede separeerzorg gepresenteerd. Goede separeerzorg, zo concludeerden we, gaat verder dan verantwoorde of verantwoordelijke separeerzorg, het gaat dieper. Goede separeerzorg is de zorg die de medewerker niet geeft omdat zij bang is dat een ander haar op de vingers tikt, die niet alleen gegeven wordt omdat zij verantwoording af wil leggen aan zichzelf, maar die gegeven wordt omdat er een dieper idee aanwezig is van wat goede separeerzorg is. Tot nu toe hoorden we drie patiënten over separeerzorg in 2011, de onderzoeker zelf, twee geobserveerde medewerkers en een medewerker die haar eigen broer bezocht in de separeer. Het brengt me bij de volgende conclusie.

Het model dat in 3.1. wordt gegeven over goede separeerzorg, lijkt op basis van deze interviews stand te houden. De drie medewerkers die gesproken zijn verschilden van elkaar in ervaring en in reflectief vermogen. Een van de medewerkers gaf duidelijk meer blijk een volwassen en doordacht idee over (separeer)zorg, een ander gaf vaak toe nog zoekende te zijn en de derde leek meer op de automatische piloot de zorg te verlenen. Van de medewerker met de meeste overtuigingskracht en de meest doorleefde ideeën over separeren, zag men dat zij vaak sprak over de punten die in het model onder goede zorg worden genoemd. Het idee dat hoe meer er nagedacht wordt over zorg en hoe meer de eigen visie op zorg ontwikkeld is hoe meer men spreken kan over goede zorg, lijkt dus stand te houden op basis van deze eerste interviews.



Figuur 6: indeling leden focusgroep in model goede zorg

5.2. Uitkomst van de analyse van de focusgroep

Naar aanleiding van de analyse van de de focusgroep die gehouden werd met vijf verpleegkundigen wil ik een slotconclusie trekken. In de eerstvolgende deelparagrafen volgt

achtereenvolgens de analyse van de coderingen, de analyse van de focusgroep op meta-niveau, een analyse op het leren van separeerzorg en een toetsing van het model 'goede separeerzorg'. De conclusie volgt dan in 5.3.. De aanbevelingen in 5.4..

5.2.1. Analyse van de coderingen

De focusgroep was een levendig gesprek over wat goede separeerzorg is en hoe dat aan te leren. We zien (zie bijlage 6b) dat er afwisselend antwoorden die getuigen van verantwoorde zorg (*"Hij moet het weten omdat wij met een naaldje in zijn lichaam is gegaan ofzo"),* van verantwoordelijke zorg (*"Nou ja, waarom zou hij geen tosti mogen, op de groep mogen ze toch ook een tosti eten? Hij zit er toch niet voor straf? Als iemand zin in een tosti heb, dan krijgt ie hem"),* en van goede zorg *("Je zou er maar zitten in dat hok. 24 uur"* en *"Nou ja, als hij bang is dat dat ze hem iets aan willen doen als je dan met acht man daarnaar toegaat kan ik me voorstellen dat je bang, zou ik zelfs al bang van worden denk ik."*).

De medewerkers die deelnamen aan het gesprek vielen uiteen in twee groepen, zoals u in figuur 6 (Pag.69) kunt zien. Er was een gedeelte, met name Henk en Corrie die erg aan de regels vast leken te zitten, waar het er met name om ging of je wel volgens de regels en wetten zorg verleende en of dit wel veilig was voor jezelf, en er was een gedeelte in de groep (met name Aart en Koen) die er meer blijk van gaven dat ze zich verplaatsen konden in de patiënt en diens situatie. Mimi zat daar een beetje tussenin, zo leek het. Mimi is ook degene die het kortst werkzaam is in de GGZ, wellicht is zij nog meer op zoek naar haar eigen visie op goede zorg. Hieronder vindt u een overzicht van de meest gebruikte coderingen van alle deelnemers aan het gesprek, daaruit blijkt deze onderverdeling goed, al mogen we er niet al te veel waarde aan hechten in kwalitatief onderzoek.

Top 3 van gebruikte coderingen

Aart	1. Veiligheid	7
	2. Weten uit ervaring	5
	3. Samenwerken in het team / Relatiegericht werken / Voorzichtig	4
Mimi	1. Verantwoordelijkheid nemen	3
	2. Veiligheid / Afstemmen	2
Henk	1. Protocol / Voorzichtigheid	6
	2. Veiligheid / Interventie	5
Corrie	1. Veiligheid / Voorzichtigheid / Draaien in het antwoord	4

	2.	Protocol / Traumatische ervaring	2
Koen	1.	Transparantie	7
	2.	Inleven	5
	3.	Afstemmen / Intuïtief werken	4

Wat als eerste opvalt is dat er zeer vaak 'veiligheid' wordt genoemd in de interviews als aspect van de zorg dat van groot belang is. Dit is te verklaren vanuit de ervaring dat binnen een forensische psychiatrische afdeling veiligheid op alle vlakken een belangrijk punt is. In 1.2.2. constateerden we ook dat veiligheid als groot goed geldt in onze tijd. Ten tweede valt op dat voorzichtigheid en protocollen vaak worden genoemd. In dit kader is het goed om te benoemen dat de code 'traumatische ervaring' ook is toegekend. Het team heeft in voorjaar 2012 een zeer pittige patiënt opgenomen gehad, hetgeen sommige data kan verklaren. Het lijkt er, op basis van de focusgroep, op dat de medewerkers die betrokken waren bij die separeerpatiënt, nog erg getekend zijn daardoor en dat zij daardoor voorzichtiger zijn geworden en meer vanuit veiligheid en protocollen zijn gaan werken. Daardoor lijkt de patiënt wat meer op de achtergrond te zijn verdwenen.

Wat met name opvalt is dat de persoon die werkt vanuit transparantie, vanuit intuïtie en door aan te sluiten en zich in te leven, geen enkele keer de code voorzichtigheid kreeg toebedeeld, niet eenmaal het woord protocol gebruikte en driemaal het begrip veiligheid, waarbij in twee van de drie gevallen direct in de codering meegenomen is dat hij had aan willen geven dat veiligheid maar relatief is. Dit lijkt de voorlopige hypothese te onderschrijven dat het uitoefenen van goede zorg sterk samenhangt met moedig zijn, met lef hebben.

Na de voorlopige conclusie bleven drie vragen over, deze wil ik hieronder beantwoorden. De eerste hypothese was dat desepareren een doel in zichzelf was geworden binnen de GGZ en het daarom verlammend kon werken voor goede separeerzorg. Deze hypothese blijft niet staan na de focusgroep. Juist de deelnemer die blijk gaf een idee te hebben van goede separeerzorg en van wie door de manier waarop hij zijn antwoorden gaf ook bleek dat hij hier langer en diepgaander over na had gedacht, bracht ter sprake dat het voornaamste doel van separeren desepareren moest zijn. De tweede hypothese zien we wel bevestigd: separeren heeft niet zozeer te maken met kunnen en weten, maar meer met de mogelijkheid om van perspectief te verwisselen wanneer men zorg verleent aan die heel kwetsbare mens in de separeer. Hierop zal ik hieronder verder ingaan. De derde vraag die mee is genomen naar de focusgroep is helaas onbeantwoord gebleven: de vraag naar de kracht van exposure in het leren separeren is niet beantwoord. Dit zou mijns inziens een mooi onderwerp voor verder onderzoek zijn en we zullen hierop in paragraaf 5.4. wederom ingaan.

5.2.2. Analyse op metaniveau

Ten eerste moeten we noemen dat de focusgroep veel opriep. Geen moment, zo hoort men terug op de audioband was het langer dan twee seconden stil. Dikwijls spraken de mensen door elkaar heen, soms leek het wel schreeuwen. Het onderwerp leeft erg in de groep. Omdat de onderzoeker werkzaam is op dezelfde afdeling weet zij dat dit er ook mee te maken heeft dat er in de maanden februari tot en met mei 2012 een patiënt gesepareerd is geweest die extreem gewelddadig is geweest en erg lastig te begeleiden. Deze patiënt heeft de afdeling een traumatische ervaring bezorgd. Er wordt tijdens de focusgroep ook tweemaal naar hem verwezen, dit is ook gecodeerd als een 'leren uit een traumatische ervaring'.

Ten tweede benoemen we dat het leereffect van het interview groot was, zo kunt u ook uit de coderingen opmaken. Dit is ook wat de deelnemers later kenbaar hebben gemaakt: dat het leuk was om op deze manier met zijn allen te spreken over separeerzorg. Het centrale thema in het gesprek was 'regie'. Aan het einde van het gesprek leken de deelnemers een gezamenlijke definitie van regie te hebben gemaakt. Dit is de winst van het interview geweest. Ook bevroegen de deelnemers elkaar op hun werkwijze.

Ten derde werd het woord 'gewoon' 56 keer gebruikt, waarvan de helft van de keren door Henk, die echter maar 15% van de tijd aan het woord was. Dat was opvallend, het lijkt erop dat daar de meeste kennis uit routine zit: 'gewoon' duidt namelijk alle 28 keer op "zo doe je dat gewoon" of "zo gebeurt dat gewoon".

Ten vierde valt de manier van antwoord geven op. Koen en Mimi worden beiden op meerdere momenten goed doorgevraagd naar achterliggende ideeën bij hun antwoorden. Beiden kunnen hun ideeën goed onderbouwen en zijn standvastig in hun antwoorden. Met name in de antwoorden van Koen ziet men dat hij doordenkt over zijn daden, deze beredeneert en daarmee ook de anderen overtuigen kan, zonder daarbij rigide te zijn. Aart daarentegen heeft dat minder, verandert een aantal malen gedurende het gesprek van standpunt wanneer de andere deelnemers langer doorgaan op een opmerking van hem, draait daarin vaker. Met name Corrie draait af en toe 180°. Zij kan overigens ook een aantal keren zeer standvastig uit de hoek komen, op het rigide af. Henk reageert vaak uit routine, maar het lijkt wel doordacht.

Ten vijfde moeten we inzoomen op Aart. Bij codering valt op dat hij weliswaar veel aspecten noemt van verantwoordelijke zorg en goede zorg, maar dat hij daarbij een rigiditeit aan de dag legt die ervan getuigt dat hij niet erg flexibel is in zijn ideeën over zorg. Enerzijds geeft hij er blijk van dat hij aansluiten bij de patiënt van groot belang acht, anderzijds sluit hij in het interview weinig aan bij zijn gesprekspartners. Wanneer we teruggrijpen op het model van goede separeerzorg zien we onder verantwoordelijke zorg enkele begrippen staan als *'ruimte voor (ambivalente) gevoelens'*, *'onderkennen van de tragiek'* en *'machteloosheid en irrationeel gedrag bespreekbaar maken'*. Een

stijl van communiceren waarin deze rigiditeit te zien is, laat niet veel ruimte voor (ambivalente) gevoelens, voor bespreekbaar maken van machteloosheid, tragiek en irrationeel gedrag. Wanneer we onder 5.3. het begrip parrèsia bespreken, zien we dat de dialoog onontbeerlijk is voor de deugd moed.

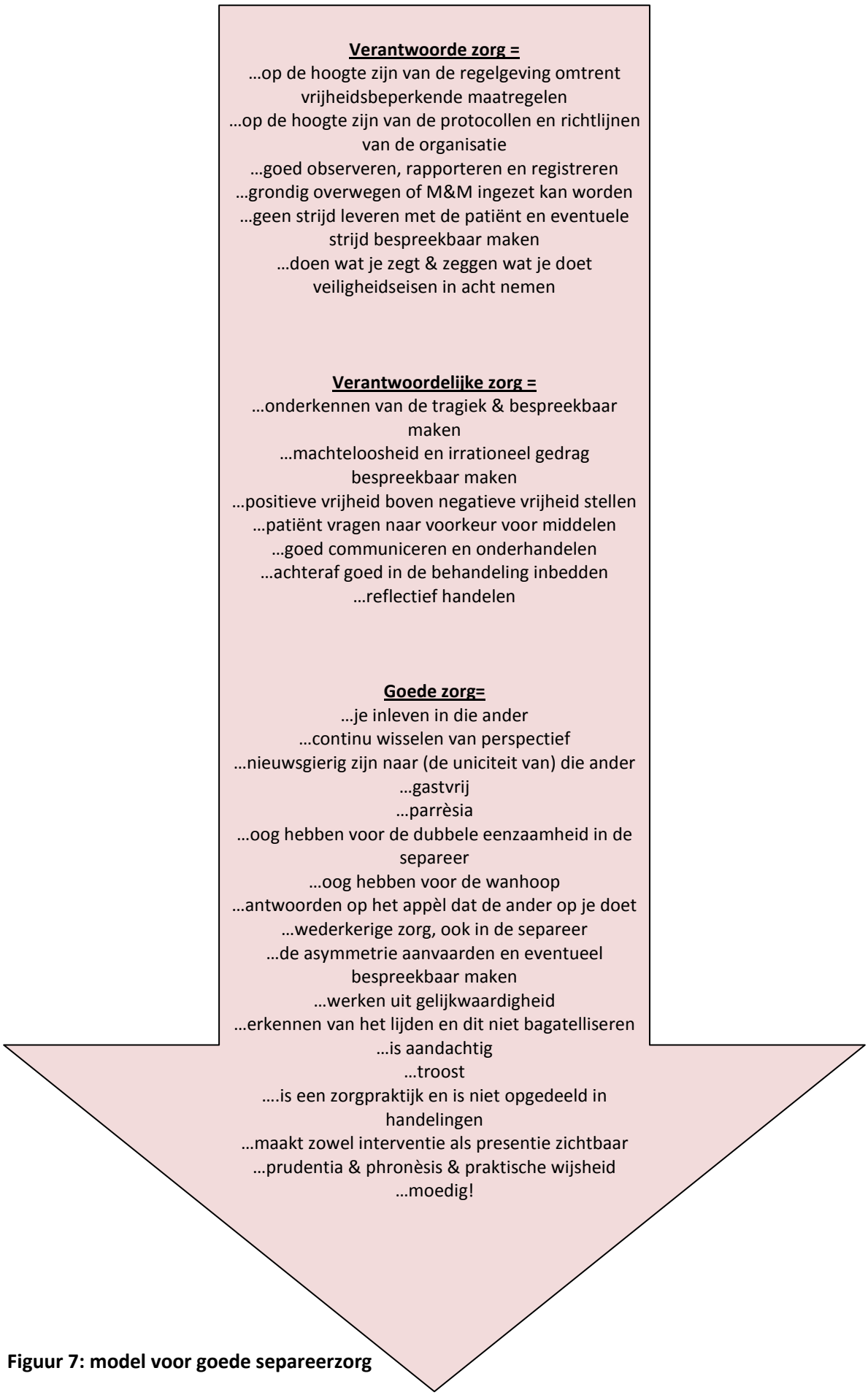
Ten slotte is het opvallend hoe er onderling gecommuniceerd wordt en wie wie onderbreken mag. Gedurende het gesprek zijn steeds subgroepjes aan het woord. We kunnen het gesprek in meerdere delen knippen en dan zien we dat de mensen die verantwoorde zorg geven met name tegelijk aan het woord zijn en mensen die goede zorg geven ook. Voor de onderverdeling van de groep, zie ook figuur 6. In het gesprek kan men zien dat Henk en Koen weinig tegelijk aan het woord zijn. Koen en Aart spreken vaak tegelijkertijd over hoe de patiënt te geven wat hij behoeft, zonder de regie te verliezen. Henk en Corrie spreken vaak tegelijk, en dan gaat het vaak over veiligheid en protocollen. Het is lastig hoe we dit moeten duiden. Het zou kunnen zijn dat we moeten constateren dat mensen elkaar lang genoeg kennen om te weten welke standpunten een ieder heeft en om te weten dat zij hier niet meer vanaf wijken. Het zou ook kunnen dat men de confrontatie met andere meningen niet meer aangaat en liever bewust de eigen werkstijl erop na houdt zonder nog in gesprek te gaan? We kunnen het ook minder negatief interpreteren: de talenten en aandachtsgebieden zijn allen aanwezig en vullen elkaar aan. Wanneer de een (autoriteit op het gebied van protocollen) aan het woord is, is de ander (die aandacht heeft voor het werken vanuit de relatie) meer op de achtergrond. In het interview zelf vind ik te weinig aanleiding om een definitieve conclusie en aanbeveling hierover te doen.

5.2.3. Analyse op het leren van separeerzorg

Alvorens naar de uiteindelijke conclusie te gaan in 5.3. wil ik een deelconclusie trekken over de vraag hoe goede separeerzorg aangeleerd dient te worden. We zien in de focusgroep net als in de interviews dat verpleegkundige op verschillende manieren communiceren over hun eigen handelen. Ook in de focusgroep zien we dat de mensen die 'lager in de pijl zitten', dus goede separeerzorg geven, reflectiever spreken over hun eigen handelen. Ook hierin zien we dat de meer prudente werkers goede separeerzorg geven. Zij kunnen bevraagd worden op hun handelen en zijn standvastig in hun antwoorden. Ze staan voor wat ze doen en spreken daar in alle vrijmoedigheid over in de focusgroep. Hierin zien we de analyse van het leren op de interviews (zie 5.1.3.) bevestigd. Hierop gaan zullen we onder 5.3. verder inzoomen.

5.2.4. Uiteindelijke conclusie van model voor goede separeerzorg

Kijkend naar het model voor goede separeerzorg, kunnen we vaststellen dat deze grotendeels nog klopt. Het model kan wel aangepast worden waar het goede zorg betreft. Zowel uit de eerdere interviews als uit de focusgroep komt immers naar voren hoe zeer het van belang is dat de hulpverlener zich in kan leven in de positie van de patiënt, dat hij van perspectief kan wisselen. Daarom moet dit perspectief-wisselen een prominentere rol krijgen in het model voor goede separeerzorg. Tevens heb ik ervoor gekozen om de verschillende begrippen uit het oorspronkelijke model meer te groeperen om de overzichtelijkheid en de hanteerbaarheid te vergroten. Zie figuur 7 daarom voor het uiteindelijke model.



Figuur 7: model voor goede separeerzorg

5.3. Conclusie

Keren we dan terug naar de hoofdvraag van de thesis: *Welke leermomenten die verpleegkundigen op doen, zijn bepalend voor de manier waarop zij separeerverzorging vormgeven?*

Deze hoofdvraag wil ik als volgt beantwoorden:

> *Er blijken meerdere leermomenten te zijn voor verpleegkundigen om separeerzorg te leren. Zij leren separeerzorg te geven door 'vlieguren te draaien', oftewel door het te doen. Soms zijn dat slechte ervaringen, soms juist positieve. Beide ervaringen blijken deel uit te maken van het leerproces. Verpleegkundigen die goede separeerzorg leveren, blijken vooral zeer reflectief te werken. Het zijn prudente werker in die zin dat zij terugkijken naar hun handelen vanuit het opzicht van goed en kwaad om daaruit te leren, teneinde de staat van uitmuntendheid te bereiken. De reflectie hierop heet phronèsis en is het eigenlijke object van ondervraging geweest in de interviews en in de focusgroep. Verpleegkundigen die goede zorg leverden bleken die reflectie goed te kunnen verwoorden en bleken hier vrijmoedig over te kunnen spreken. Het zijn daarom de praktisch wijze verpleegkundigen die goede separeerzorg leveren.*
>
> *Het inleven in de patiënt, het wisselen van perspectief blijkt het belangrijkste in het verlenen van goede separeerzorg. Of en hoe mensen kunnen leren om zich in te leven in de ander wordt niet duidelijk. Wel is uit dit onderzoek gebleken dat een mens niet ervaringsdeskundig hoeft te zijn om zich in te leven in de ander. Men dient daarentegen wel lef te hebben, moedig te zijn, om zich in te leven in die ander.*

Tot zover de beantwoording van de hoofdvraag. De vraag naar moed en het wezen van moed dringt zich aan ons op. Daarom nemen we een kort zijpad.

<u>De Deugd Moed</u>

Moed (*Fortitudo*) is een van de vier kardinale deugden; Wijsheid (*Prudentia*), Rechtvaardigheid (*Iustitia*) en Gematigdheid (*Temperantia*) zijn de overige drie. "De deugden zijn onze morele waarden, die we echter, voor zover we het kunnen, verinnerlijkt hebben en volgens welke we metterdaad leven."[89] Moed kan ten dienste staan van het Goede en het Kwaad, een man die zichzelf in een volle discotheek opblaast is weliswaar moedig, maar zet dit in voor het Kwaad. Comte-Sponville maakt onderscheid tussen moed als karaktertrek en moed als deugd. Dit doet hij aan de hand van een voorbeeld. Iemand die moedig is van karakter en overvallen wordt op straat, zal wellicht in de aanval gaan (*fight* in plaats van *flight* of *freeze*). Dit maakt zijn moed nog niet moreel geladen. Ziet dezelfde man echter dat een vrouw dreigt verkracht te worden op straat en hij helpt hij

[89] Comte-Sponville, A. (1995) *Kleine verhandeling over grote deugden. p.* 14.

haar, met gevaar voor zichzelf, dan betreft het moed als deugd. Comte-Sponville maakt onderscheid tussen de moed die uit eigenbelang naar voren komt (zelfverdediging in bovenstaande situatie) en moed "die in moreel opzicht alleen dan achtenswaardig is, als hij althans gedeeltelijk in dienst van iemand anders wordt gesteld, wanneer hij in meerdere of mindere mate vrij is van direct eigenbelang."[90] Dit raakt het onderwerp separeren.

Moed is het tegendeel van lafheid, slapheid en luiheid, maar is niet los van angst, aldus Comte-Sponville. Moed is het vermogen de angst door een sterkere en edelmoediger wil te overwinnen. Dat maakt dat het geen bravoure, stoere jongens moed is (de karaktertrek), maar de morele deugd van zachtmoedigen, aldus Comte-Sponville.[91] Moed is individueel en persoonlijk. Moed vindt plaats in het heden en is een daad, geen mening.

Na zijn dood werden de laatste colleges van Michel Foucault, over parrèsia, over moed, gebundeld in een boek[92]. Parrèsia is het spreken van de waarheid in situaties waarbij er gevaar is voor het eigen leven, waarin de spreker kritiek levert op een ander van wie hij afhankelijk is, maar waarbij de spreker de plicht voelt om dit toch te doen. In de tijd van de Grieken, het begrip verschijnt als eerste bij Euripides (ca 484-407 v. Chr.), waren parrèsiastès, waaronder Plato, verbonden aan de vorst. Zij spraken, met gevaar voor eigen leven de waarheid tegen de vorst: zo werd machtsmisbruik tegengegaan. Wat voor het onderwerp separeerzorg interessant is, is dat parrèsia en retorica lijnrecht tegenover elkaar staan. Retorica is een lange ononderbroken redevoering, terwijl in parrèsia de dialoog met vragen en antwoorden onontbeerlijk zijn[93].

Foucault beschrijft dat naast deze vorm van parrèsia, die met de politiek was verbonden, er ook Socratische parrèsia bestond[94]. Dit is het vrijmoedige waarheidspreken dat niet in dienst van de politiek stond, maar in het privé-domein plaatsvond, in de nabijheid. Het was een vorm van zorgen voor de ziel, aldus Socrates. Het doel van deze vorm van parrèsia is niet om de waarheid te spreken tegenover de ander, maar om "de gespreksgenoot naar de keuze te leiden voor een leven (bios) dat in harmonie is met de logos, deugd, moed en waarheid."[95] De gespreksgenoot wordt naar dat punt geleid waarop hij uitleg diende te geven over zijn leven, waardoor parrèsia zelfinzicht vergrootte. De mens is dan 'uit een stuk' zouden we zeggen: wat hij zegt is wat hij doet. Dit is een vorm van spreken die we ook terugzagen bij hen die goede separeerzorg gaven. Zij spraken vrijmoedig en standvastig over hun handelen, waren daarin reflectief naar zichzelf en overtuigend naar de onderzoeker. Het is het spreken over het eigen handelen dat onderdeel is van praktische wijsheid, het geheel van Phronèsis en Prudentia.

[90] Idem, p. 62
[91] Idem, p. 65
[92] Foucault, M. (1989) *Parresia. Vrijmoedig spreken en waarheid.* Amsterdam
[93] Idem, p. 16
[94] Idem, pp. 79-89
[95] Idem, p. 84

Comte-Sponville geeft nog een kenmerk van de deugd moed dat ik hier wil noemen. Moed verduurt het lijden en, zo stelt hij terecht, het lijden is zo dikwijls in het heden aanwezig. Moedig zijn, zo stelt hij, kan alleen in het heden. Je kunt niet met terugwerkende kracht moedig zijn geweest, ook tellen dagdromen over hoe moedig je in de toekomst zult zijn niet mee: moed hoort in het hier-en-nu. Hij neemt het voorbeeld van een terminale kankerpatiënt, die weet dat er geen hoop is, maar toch moed aan de dag legt voor het hier-en-nu. Maar zo geldt ook voor de gesepareerde, die, afhankelijk van de ander, niet wetend of en wanneer de situatie eindig is, moedig het lijden moet verduren. En de zorgverlener dus ook, zo wil ik stellen, wanneer hij perspectief wisselt. Want perspectief wisselen, je inleven in die mens zonder hoop, letterlijk en figuurlijk geïsoleerd, veronderstelt dat je de moed hebt om dat lijden met hem te verduren. En dan is de zorgverlener uit één stuk: leeft hij wat hij zegt, zoals de Socratische parrèsia dat verlangt.

Ik kom tot een afronding. Goede separeerzorg is het geheel van kennis van de protocollen, reflectief handelen en het continu wisselen van perspectief. Het zijn prudente zorgverleners die goede separeerzorg verlenen. Zij leren goede separeerzorg te geven door continu van perspectief te wisselen en in het perspectief van de hulpvrager zich te vervoegen. In een continu proces bereflecteren zij hun eigen handelen en bezien dit vanuit het opzicht van goed en kwaad. Deze reflectie op het handelen is de deugd phronèsis. De praktisch wijze verpleegkundige bezit de deugd parrèsia, de deugd om vrijmoedig te spreken over zijn of haar handelen. Zo streeft de verpleegkundige naar een staat van uitmuntendheid: door phronèsis, prudentie en parrèsia met elkaar te verbinden.
Om goede zorg te verlenen dient men niet zozeer veel te weten (verstandelijk), maar dient men zich met name in te kunnen leven in die ander, die vraagt om zorg. Om zichzelf in te leven in de ander is moed nodig. We bedoelen niet de karaktertrek moed van de bravoure jongeman, het type moed dat geassocieerd kan worden met separeren (met overmacht) zelf, maar de deugd moed, die in dienst van die ander staat. Het aanzien van de noden van de ander, ook wanneer die onaanzienlijk zijn, en deze niet te bagatelliseren: daarvoor is moed onontbeerlijk. De nood van de ander appelleert aan onze eigen angst voor het lijden en de eenzaamheid: dát verdragen en verduren vereist de deugd moed.
Kortom: goede separeerzorg is moedige separeerzorg en een vorm van praktische wijsheid (het geheel van phronèsis en prudentie) en parrèsia: vrijmoedig te spreken.

5.4. Aanbevelingen

Naar aanleiding van bovenstaande wil ik aanbevelen om nieuwe medewerkers op te leiden tot het geven van verantwoorde separeerzorg. Dit kan bijvoorbeeld in een meester/gezel-constructie of een inwerkperiode: de oudergediende kan de jongergediende vertellen hoe de protocollen eruit zien, hoe te communiceren met de patiënt, hoe te observeren en rapporteren. Kortom: zij kunnen de nieuw ingekomen medewerkers helpen tot het leggen van de basis: verantwoorde zorg.
Goede separeerzorg daarentegen is niet iets dat geleerd kan worden in een meester/gezel-constructie. De 'meester' kan de 'gezel' weliswaar een gevoeligheid meegeven voor het perspectief van de patiënt, maar de gezel moet wel willen leren, wel de moed hebben om zich in te leven in de ander, hoe pijnlijk en mensonwaardig die situatie ook moge zijn. Dit neemt niet weg dat de meester zijn gezel de noodzaak van het voortdurende streven naar uitmuntendheid kan duidelijk maken.
Mijn tweede aanbeveling is dat er goed onderzoek gedaan moet worden naar of en hoe dit wisselen van perspectieven geleerd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door de mogelijke positieve invloeden van ervaringsverhalen van gesepareerde patiënten op verpleegkundigen te onderzoeken.
Tot slot komt uit het onderzoek naar voren hoe schadelijk een traumatische ervaring in de separeerzorg kan zijn voor een verpleegkundige. Daarom verdient het de aanbeveling om traumatische ervaringen in de separeerzorg goed na te bespreken met de betrokken verpleegkundigen. Dit om te voorkomen dat de moedige verpleegkundigen banger worden.

5.5. Discussie

Als criteria ter beoordeling van de onderzoekskwaliteit is gekeken naar de kwaliteitscriteria met als kernbegrippen betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid. Deze begrippen worden hier achtereenvolgens behandeld.

5.5.1. Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid is gekeken naar de begripsstabiliteit in het onderzoek en in de analyse van de data. Omdat de onderzoeker alleen onderzoek deed, bleek het lastig om de betrouwbaarheid te vergroten. Er kon geen triangulatie plaatsvinden en dus was het niet mogelijk om de gegevens na dubbele analyse te confronteren met elkaar en zo een consensusbespreking te houden. Dat is een gemis. Om de begripsstabiliteit te vergroten zijn de volgende interventies ingezet.
De data zijn meer dan eens gecodeerd. Opvallend was dat iedere keer dat de interviews werden gelezen er weer meer nieuwe data uit naar voren kwamen. Ook heeft de onderzoeker na de eerste terugkoppeling van de eerste lezer ervoor gekozen om de op andere aspecten van het interview te letten. In de eerste ronde van coderen is met name ingezoomd op de vraag naar goede separeerzorg,

in de tweede ronde stond de vraag naar het leren meer centraal. Omdat de begripsstabiliteit niet in samenwerking met een tweede onderzoeker kon worden aangescherpt, is ervoor gekozen om de interviews naast elkaar te leggen en de codes onder elkaar te zetten, inclusief de bijbehorende citaten uit het interview. Zo heeft de onderzoeker getracht om kritisch naar de eigen codering te kijken. Ook de uitgeschreven tekst van de focusgroep is eerst uit elkaar getrokken per deelnemer om vervolgens de coderingen met elkaar te vergelijken. Doordat er voortdurend werd gecodeerd, liep de onderzoeker er vanzelf ook tegenaan dat de coderingen divers werden ingezet. Een duidelijk voorbeeld zijn de codes 'aansluiten' en 'afstemmen' die zo dichtbij elkaar lijken te liggen, dat ze in een eerste ronde door elkaar heen werden gebruikt. Dit is hersteld.

Betrouwbaarheid heeft ook betrekking op beïnvloeding van de waarneming door toevallige of systematische fouten. De onderzoeker is zich daarom steeds heel bewust geweest van haar dubbele pet en haar houding die objectief diende te zijn om de interviews niet te veel te sturen. Dat laatste bleek nog best heel lastig. Alle geïnterviewden riepen emoties op bij de onderzoeker, omdat ze uitgesproken waren. Dit kan het interview hebben beïnvloed, daarvan is de onderzoeker zich bewust. In de eerste ronde van het coderen waren daarom de coderingen niet normloos, in latere versie zijn de interviews wel zonder waardeoordeel gecodeerd.

De onderzoeker is als teammanager werkzaam op Roosenburg (een van de afdelingen) en diende zich daarom continu bewust te zijn van eventuele vooroordelen. Zij is daar erg bewust mee bezig geweest. Zij merkte bijvoorbeeld dat zij een ander beeld had van de verschillende deelnemers van de focusgroep. Voorafgaand aan het interview had zij de deelnemers anders ingedeeld op de lijn verantwoorde-verantwoordelijke-goede zorg. Dat zij nu anders uitkomen geeft blijk van de objectieve blik van de onderzoeker. Dat zij teammanager is op de afdeling kan ook invloed hebben gehad op de deelnemers van de focusgroep. Dit leek mee te vallen, één moment dient wel benoemd te worden. In de focusgroep vraagt de onderzoeker op een bepaald moment erg door op een opmerking van Corrie. Hierop lijkt op metaniveau dat zij aan het twijfelen gaat over haar antwoord en wellicht daarom draait in haar opvattingen.

5.5.2. Validiteit

Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit. In dit onderzoek is met name gelet op interne validiteit.

Interne validiteit is validiteit binnen het onderzoeksproces en betreft de wijze van analyse, argumentatie en redeneringen. Dit betreft zowel het literatuuronderzoek (voorstudie) als ook voor het analyseren van de gegevens van de interviews. De onderzoeker is enkele beperkingen tegengekomen die de validiteit kunnen hebben beïnvloed. De eerste en voornaamste beperking was

dat zij alleen onderzoek deed. Zij merkte bijvoorbeeld tijdens de focusgroep waarom het afgeraden wordt deze alleen te houden. Sommige signalen zijn toch gemist, sommige vragen niet gesteld, zoals ook bleek bij de uitwerking. Ook kan de onderzoeker achteraf niet terughalen of er sprake was van opvallende non-verbale signalen tijdens het gesprek. Dit was toch wel erg interessant geweest, zeker omdat op metaniveau is geconstateerd dat bepaalde mensen niet met elkaar spraken tijdens de focusgroep. Een vraag die achteraf opkomt bij de onderzoeker is of zij wel naar elkaar hebben geluisterd.

Er zijn ook enkele punten sterk aan het onderzoek. Ten eerste noemen we de voorbereiding van de interviews en de focusgroep. Dit was verzorgd, doordacht, voorbesproken met de eerste lezer en gestoeld op eerdere ervaringen met onderzoek doen in het onderzoek onder patiënten (mei 2011). Het tweede sterke punt aan dit onderzoek is de kwaliteit van de interviews. De onderzoeker is wellicht niet getraind in onderzoek doen, maar door haar werk en vooropleiding wel in gespreksvaardigheden en zij heeft deze vaardigheden ingezet. Gekoppeld daaraan is de gezonde nieuwsgierigheid die ook nog eens steeds sterker werd gedurende het onderzoek.

Een beperking aan het onderzoek is het niet consequent gebruiken van een logboek waarin de rode draad en ideeën van de onderzoeker ten aanzien van het onderzoek worden opgeschreven. Zeker aangezien het hier een onderzoek betreft met één onderzoeker, is dat niet sterk. Dit had de validiteit kunnen en moeten vergroten.

Tot slot het sterkste punt aan dit onderzoek waar het validiteit betreft en dat is de diversiteit aan onderzoeksmethoden. Het onderwerp en de vraagstelling naar het leren zijn op diverse manieren 'aangevlogen' en deze diversiteit aan bronnen heeft de validiteit van het onderzoek vergroot.

5.5.3. Generaliseerbaarheid

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is beperkt aangezien het een kwalitatief onderzoek betreft en het dus beperkt aantal deelnemers kent. De generaliseerbaarheid van de literatuur daarentegen is wel groter. Er is vrij uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar separeerzorg en naar de zorgethische beginselen van zorg en van separeerzorg. Dit geeft een aardig compleet beeld. Het onderzoek naar hoe separeerzorg aangeleerd kan worden, is echter lastiger generaliseerbaar: het betreft immers maar acht verpleegkundigen.

5.5.4. Ethische overwegingen

Het onderzoek is een constant beantwoorden van ethische overwegingen. De onderzoeker was immers verbonden met de afdeling waar een deel van het onderzoek plaatsvond. De volgende overwegingen zijn gemaakt.

De onderzoeker heeft in eerste instantie het onderzoek niet op de eigen afdeling gesitueerd, maar op een collega-afdeling. Daar heeft zij mensen geobserveerd en geïnterviewd die zij niet aanstuurt. De bedoeling was dat zij alleen daar onderzoek zou doen, dat is door omstandigheden anders gelopen. In het zoeken naar andere mensen om te interviewen is continu nagedacht over de wijze waarop. De deelnemers aan de interviews hebben in een informed consent alle informatie minimaal zeven dagen van te voren ontvangen en hebben hierover kunnen lezen. De leidinggevenden van de deelnemers waren op de hoogte van het onderzoek, maar niet van de inhoud.
De gegevens zijn anoniem verwerkt in het verslag De deelnemers aan het onderzoek hebben ook aangegeven dat zij een exemplaar van het onderzoek wilden ontvangen. Met hen is een individuele afspraak gemaakt om de thesis toe te lichten voordat deze gegeven werd.
In april 2012 is de onderzoeksopzet omgegooid en werd ook opgenomen in de nieuwe opzet dat er een patiënt zou worden geïnterviewd. Met deze patiënt ging het echter een tijd niet heel goed. De onderzoeker heeft toen besloten om hem tijdelijk niet te vragen om mee te werken. Op afstand heeft zij hem gevolgd en heeft uiteindelijk besloten om hem helemaal niet meer te vragen mee te werken aan het onderzoek. Reden hiertoe was dat hij genoeg aan zijn hoofd leek te hebben en de toegevoegde waarde van het interview bovenop de interviews van het voorjaar 2011 beperkt zou kunnen zijn. Om hem toch over deze periode in zijn leven na te denken en over de vraag om mee te doen aan onderzoek, heeft de onderzoeker niet goed geacht.
Een ander punt dat benoemd moet worden, is dat de onderzoeker zich niet heeft gehouden aan de gestelde inclusiecriterium, te weten dat de geobserveerden in het laatste half jaar minimaal zes maal separeerzorg had verleend. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar. Dit heeft overigens het onderzoek geen kwaad gedaan, wellicht eerder sterker gemaakt omdat de twee geobserveerden daarom verder uit elkaar lagen wat betreft ervaring.
De onderzoeker (werkzaam voor Roosenburg) kwam door de interviews niet alleen veel te weten over separeren, maar ook veel over het functioneren van sommige leden van de teams. Zij heeft hierover niet met mensen gesproken en daarnaast geprobeerd dit haar blik niet te veel te laten vertroebelen.
De focusgroep is ook gehouden op Roosenburg, op unit F. De mensen van unit F worden niet rechtstreeks aangestuurd door de onderzoeker, in de waarneming van een collega ontvangen zij wel leiding. Er is daarom ook langere tijd nagedacht of het wel verstandig is om dit team te vragen voor de focusgroep. Het alternatief was echter het eigen team van de onderzoeker, dat was nog lastiger. Wel zijn er acties genomen om de betrouwbaarheid te beïnvloeden. Zo is het tijdstip van de focusgroep random gekozen, waardoor de onderzoeker niet kon weten welke teamleden er aanwezig zouden zijn. Ook is er in de informed consent bij alle deelnemers van Roosenburg een

opmerking opgenomen over de dubbele pet van de onderzoeker en wat de deelnemer kan doen wanneer hij/zij zich in de toekomst benadeeld zou voelen. Naar aanleiding van de focusgroep heeft de onderzoeker lang nagedacht over de invloed die de traumatische ervaring van de gewelddadig patiënt op één van de teamleden leek te hebben gehad. Zij heeft ervoor gekozen dit toch met desbetreffende verpleegkundige op te pakken en dus terug te komen op de focusgroep.

6. Slotwoord

Vorige week zat ik in de stoel bij de kapper en sprak ik met haar over haar verschrikkelijke bevallingen. Ik weet ook niet hoe we erop kwamen. Zij vertelde mij dat haar eerste bevalling zeer moeizaam was en door een vrouwelijke gynaecoloog werd begeleid. Die vrouw had eigenlijk niet naar haar geluisterd, zo had zij het gevoel gehad. Haar tweede bevalling was even complex, maar nu was er een mannelijke gynaecoloog. Hij was 'vaderlijk' goed voor haar geweest. Ze kon er niet bij: die vrouw had zelf kinderen en moest dus weten wat zij voelde, maar was een 'sekreet' geweest, terwijl die man niet kon weten wat ze doormaakte en haar zo fantastisch had geholpen door op het goede moment over te gaan tot een keizersnede.
Ik veerde op in mijn stoel, want hier gaat het in mijn thesis over: waarom kan de een zo goed aanvoelen wat de patiënt nodig heeft en kan de ander dat niet? Alleen ervaringsdeskundigheid is dus niet voldoende, ook dan kan de hulpverlener soms niet van perspectief wisselen, zo blijkt uit dit verhaal.
Ik heb mijn kapster hoog, maar dit ene verhaal maakt nog geen wetenschappelijk bewijs voor de stelling dat ervaringsdeskundigheid niet voldoende is om een goede hulpverlener te worden, nog dat het een vereiste is. Maar ik denk dat zij heel goed aanvoelde waar verantwoordelijke zorg goede zorg wordt: daar waar de zorgverlener van perspectief wisselend en zo zich continu afvraagt wat er voor de ander op het spel staat en waar hij of zij aan kan sluiten.

Vier jaar geleden begon ik aan de Universiteit van Tilburg met de pre-master en ik had een vaag vermoeden dat goede zorg niet zoveel te maken had met boekenkennis en werkervaring alleen. Nu, vier jaar later kan ik onderbouwen waarom een mens in (barens)nood wel bij de ene arts moet zijn en niet bij de andere. En daar ben ik zeer dankbaar voor, het helpt me in mijn werk als teammanager met een ingewikkelde populatie en in een ingewikkelde economische en politiek-maatschappelijke tijd.

476 gram thesis. Ik heb hem gewogen op de groente-afdeling van de Albert Heijn. Ik vind het best veel.

Een mooi compliment over de thesis is dat het een nuchtere thesis is over helemaal niet zulke nuchtere thema's als menslievendheid. Daar ben ik blij om en dat ga ik niet in het nawoord vergooien. Maar enkele woorden van dank zijn wel op zijn plaats.

Bovenal wil ik de respondenten van het onderzoek bedanken voor hun bijdragen. Ik vond het een eer om separeerzorg vanuit jullie perspectief te bekijken. Jullie openheid en eerlijkheid heeft het onderzoek veel gebracht en daar ben ik dankbaar voor. Ik hoop dat de thesis bij mag dragen aan jouw streven naar uitmuntendheid.

Ik wil ook Altrecht bedanken waar ik het onderzoek kon doen, in het bijzonder Erwin en Erica, afdelingsmanagement Roosenburg. Ik vond het heel prettig dat alle medewerking daar was. Leo en Marco, dank dat ik jullie units mocht bekijken. Het getuigt ervan dat we allen bezig zijn onze zorgpraktijken voor die hele kwetsbare mensen iedere dag opnieuw te bekijken en te verbeteren.

Tot slot wil ik bedanken mijn tweede lezer Frans Vosman en met name Andries Baart, die als eerste lezer heel direct betrokken bij me was. Ik gaf in ons laatste gesprek al aan dat ik het jammer vind dat het nu stopt, ik heb veel plezier beleeft aan het schrijven van de thesis en het doen van het onderzoek. Dat was niet in de laatste plaats door de begeleidingsgesprekken waar ik meer dan eens met nieuwe ideeën en vooral veel extra literatuur vandaan kwam. Het is dan ook van harte gemeend wanneer ik met mijn meest gemaakte spelfout gepast afsluit en zeg: heel erg bedankd!

Petra de Leede
Utrecht, 2 augustus 2012

Bijlage 1 **Voorbeeld separeerprogramma**

Separeerprogramma dhr X

2 augustus 2011 tot en met 9 augustus 2011

08.30 – 08.45 (begeleiding 5 mensen)

- Eerst medicatie innemen
- Daarna 1 sigaret roken, je draait 4 shaggies voor rookmomenten 10.15 en 20.30 van maandag tot en met vrijdag – op zaterdag en zondag draai je 6 shaggies voor de rookmomenten 10.15 – 14.30 en 20.30
- Daarna ontbijt (3 bekers koffie met melk, mix brood(wit/bruin
- met kaas/vleesbeleg/chocopasta)

10.15 – 10.30 (drempelbeleid begeleiding 3 man)

- Rookmoment: 2 sigaretten (evt. decafé koffie) (voorgedraaide shaggie aansteken voor dhr en op onderkant bekertje + bekertje water in separeer zetten dan deur dicht – kan ook de 2de shaggie krijgen)

12.00 – 12.15 (5 mensen begeleiding douchemoment op maandag, woensdag en vrijdag

- Eerst medicatie innemen
- Daarna douchen(alleen op maandag, woensdag en vrijdag)
- Daarna 1 sigaret roken
- Daarna lunch en 1 kopje koffie met melk + 2 bekers melk + lunch

14.30 – 14.45 patiomoment (maandag t/m vrijdag, in het weekend kunnen we dit niet bieden)

- Patio moment wordt door 7 mensen begeleid, anders 3 man begeleiding drempelbeleid op zaterdag en zondag)
- Plaats nemen op de separeerstoel en 1 sigaret roken.
- Daarna 3 kopjes koffie met melk in de separeer.

18.30 – 18.45 (begeleiding 5 mensen)

- Eerst medicatie innemen
- Daarna 1 sigaret roken
- Daarna 1 kopje koffie met melk, 2 bekers melk en warme maaltijd

20.30 – 20.45 (3 man begeleiding drempelbeleid)

- Rookmoment: 2 sigaretten(drempelbeleid 3 man – voorgedraaide shaggie aansteken voor dhr en op onderkant bekertje + bekertje water binnen zetten, daarna deur sluiten idem 2de shaggie)
- Daarna 2 bekers limonade

22.00 – 22.15 (begeleiding 5 mensen)

- Eerst medicatie
- Daarna 1 sigaret roken
- Eventueel brood

Algemeen

Momenten met roken zijn er zolang u de veiligheid geeft. Voordat de deur open gaat, wordt u verzocht op matras te gaan zitten en daar te blijven zitten zolang de deur open is.
U neemt eerst u medicatie, daarna 1 sigaret – daarna kan u eten/koffie en dergelijke krijgen.
U blijft tijdens de momenten respectvol en bent bereid tot samenwerken. Als u dit niet kan, zal het contactmoment niet doorgaan of afgesloten worden.
Op maandag, woensdag en vrijdag heeft u en vast douchemoment
De krant kan u rond 14.30uur gegeven worden en zal om 18.30 weer meegenomen worden, tijdschriften kunt u vragen om 8.30 – deze worden dan om 10.15 meegenomen. Tijdschriften die u kunt vragen zijn: Quest, Weekend, Story, Auto's (er worden u geen Panorama"s verstrekt)
Mocht u meer koffie willen bij de gegeven momenten, dan zal dit cafeïne vrije koffie worden
Dinsdag is de evaluatiedag van uw programma.
Maandag, woensdag en vrijdag mag u vragen om boodschappen te laten halen.

Het separeerprogramma wordt 9 augustus geëvalueerd.

Bijlage 2: Mailwisseling met leerling Roosenburg

Beste leerlingen en stagiaires van Roosenburg,

Hierbij een mailtje van mij met een andere pet op…
Naast mijn teammanagerschap studeer ik op dit moment ook aan de Universiteit van Tilburg. Ik doe daar de opleiding Zorg, Ethiek en Beleid en doe mijn afstuderen over goede separeerzorg en hoe dit zo goed mogelijk aan te leren aan professionals. Hiervoor ben ik op zoek naar informatie waar jullie me aan kunnen helpen, zo denk ik.

Ik zou graag van jullie antwoord willen op de volgende vragen:

1. Heb je een module gehad over separeerzorg en wat daarin van belang is?
2. Heb je in een van je studieboeken literatuur gevonden over separeren en wat daarbij van belang is?
3. Heb je in een ander vak (bijvoorbeeld rechten) onderwijs gehad over de justitiële randvoorwaarden voor Middelen en Maatregelen?
4. Hoe heb je geleerd wat goede separeerzorg is?
5. Ben je tevreden over datgene dat je hebt geleerd over separeerzorg?
6. Wat heb je gemist in het leren van goede separeerzorg?
7. Wat zou je willen veranderen aan het leerproces van goede separeerzorg?

Jullie zouden me erg helpen met jullie antwoorden.
Groet, Petra

Antwoord Tinus (MBO-V):
Hoi Petra,

Ik volg mijn opleiding op het MBO op de vondellaan in utrecht en heb een aantal lessen gevolgd over separeerzorg. Hopelijk ben ik niet te laat met mijn antwoorden:

1. Tijdens de module "omgaan met agressie" hebben we een tweetal lessen gehad over het separeren. In die lessen kwam het fysieke gedeelte van het separeren aan bod en het woordvoerderschap. De lessen gingen niet over zorg in de separeer. Vergeleken met de HCT-trainingen van Altrecht waren deze inhoudelijk veel minder en verouderd.

2. In de module "omgaan met agressie "zijn vier bladzijden gewijd aan het separeren van een agressieve zorgvrager. Aan bod komt het separeren, rechtenformulier van de gesepareerde zorgvrager, eventueel injecteren, minimale benodigdheden in de separeer, welke informatie gegeven dient te worden, contactmomenten en voorbereiding en nazorg.(we hebben over deze onderwerpen geen lessen gehad)
3. We hebben inderdaad enkele lessen gehad over WGBO, BOPZ, RM, IBS en middelen en maatregelen. Lessen werden gegeven door een jurist.
4. Al mijn kennis over goede separeerzorg heb ik opgedaan tijdens het assisteren bij het separeren en de contactmomenten wanneer er iemand in de separeer verblijft.
5. Ik mis het gedeelte in mijn opleiding om theoretisch bij separeerzorg stil te staan.
6. Ik heb gemist:
   - Wat moet je allemaal kunnen om iemand te verzorgen in de separeer en waar moet je allemaal aan voldoen.
   - Oefenen van (lastige)gesprekken met cliënten die in de separeer zijn opgenomen.
   - Ook vanuit het oogpunt van een cliënt leren denken.
7. Een vaste module op school of via de instelling over iemand begeleiden in de separeer.

Hoop je voldoende geïnformeerd te hebben.

Vriendelijke groet, Tinus

Bijlage 3a Mail aan medewerkers Wier+

Beste medewerker van Wier,

In overleg met Leo en Laurette wil ik jullie benaderen voor een onderzoek op het gebied van separeerverzorging. Hieronder zal ik achtereenvolgens de aanleiding vertellen, de inhoud en vorm van het onderzoek toelichten en mijzelf voorstellen.

Aanleiding onderzoek:

In Nederland is een groot project op het gebied van Dwang & Drang gaande, een project dat middelen en maatregelen wil beperken, zo niet uitbannen. Dit is een hele goede zaak: onderzoek toont

steeds vaker aan dat separeren de patiënt absoluut geen goed doet: sterker nog: hen soms leed toebrengt. Het streven om Dwang en Drang uit te bannen is daarom een goed streven. De kans dat de Geestelijke Gezondheidszorg binnen afzienbare tijd helemaal separeerloos is, is echter zeer klein. Met de (financiële) middelen die we hebben en de inhoudelijke kennis op het gebied van psychose-behandeling, lijkt het niet reëel dat we binnen korte tijd alle separeers zullen sluiten. En zolang er nog separeers worden gebruikt is het goed om na te denken over hoe we dit het beste kunnen doen, met de minste schade aan de patiënt, met als doel hem snel te stabiliseren, desepareren en bij te dragen aan zijn herstel.

Separeerzorg verlenen wordt door het ministerie van VWS een risicovolle handeling genoemd. Het aanleren van separeerverzorging krijgt echter relatief weinig aandacht in de theoretische opleidingen. Gedurende de meer praktische leer- en inwerkperiode is het ook lastig te organiseren: er is immers niet altijd iemand gesepareerd. Daardoor blijft de vraag onbeantwoord: hoe leert de 24uurszorg-medewerker wat goede separeerzorg is en hoe kan dit leerproces en daarmee de separeerzorg geoptimaliseerd worden.

Wat is het doel van het onderzoek?:

Het doel van het onderzoek is om in kaart te brengen welke (leer)ervaringen van begeleiders en verpleegkundigen nu juist wel of juist niet helpend zijn bij het aanleren van separeerverzorging. Ervaringen kan je hierbij heel breed interpreteren. De verwachting is dat wanneer we deze ervaringen in kaart brengen, we ook duidelijk zien waar we als organisatie wellicht ondersteunend kunnen zijn in het aanleren van goede separeerzorg.

Wie ben ik?:

Ik ben Petra de Leede en heb een dubbele pet, maar geen dubbele agenda. Ik ben sinds december 2009 teammanager binnen Roosenburg. Daarnaast ben ik student Zorg, Ethiek en Beleid aan de Universiteit van Tilburg. Dit is een opleiding die vanuit (zorg-)ethische kant naar zorg wil kijken: wat is goede zorg, zorg die ethisch wordt gegeven aan patiënten. Ik heb voor de zomer een onderzoek onder patiënten gedaan naar goede separeerzorg, deze deed ik op Roosenburg. Dit onderzoek, waarbij ik de medewerkers ga interviewen, zou ik ook graag binnen Roosenburg doen, maar door mijn dubbele pet zouden de onderzoeksresultaten teveel beïnvloed worden. vandaar dat ik heel blij ben dat ik op Wier het onderzoek kan doen.

In de bijlage vind je de informed consent. Dit is een soort contract tussen jou en mij over wat we doen met de gegevens en de uitkomsten en hoe ik mij aan enkele privacy-regels zal houden. Ook wordt daarin beschreven wat jou rechten zijn. Kort gezegd zal het interview in zijn geheel worden gebruikt in het onderzoek, maar zullen jouw gegevens niet herleidbaar naar jou terugkomen in het verslag. Verder doe je mee op basis van vrijwilligheid en kun je altijd beslissen om alsnog je terug te trekken uit het onderzoek.

Ik hoop van harte dat je mee wilt doen aan het onderzoek. Ik ben van mening dat het belangrijk is om goede separeerzorg te verlenen en mensen daartoe goed op te leiden. Daarvoor hebben we dit onderzoek nodig. Leo, Laurette en ik hebben goed nagedacht over de gevolgen voor de patiënten. Wij zijn van mening dat dit onderzoek hen niet zal schaden. Want dat kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn!

Als je nog vragen hebt, kun je me altijd bellen (06-24818291/0622783205) of mailen.

Met vriendelijke groet,

Petra de Leede
student-onderzoeker Zorg, Ethiek & Beleid

_____

06-22783205/06-24818291
Werktijden: alle dagen

Bijlage 3b Informed consent interviews observaties

Respondenteninformatie over het onderzoek
Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan?

Utrecht, 27 april 2012

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Ik wil graag weten welke momenten in de loopbaan en scholing van 24uurszorg hun manier van separeerverzorging beïnvloeden, ten positieve en ten negatieve.
In Nederland is een groot project op het gebied van Dwang en Drang gaande, een project dat middelen en maatregelen wil beperken, zo niet uitbannen. Dit is een hele goede zaak: onderzoek toont steeds vaker aan dat separeren de patiënt geen goed doet, maar eerder leed toebrengt. Het streven om Dwang en Drang uit te bannen is daarom een goed streven. De kans dat de Geestelijke Gezondheidszorg binnen afzienbare tijd helemaal separeerloos is, is echter zeer klein. Met de (financiële) middelen die we hebben en de inhoudelijke kennis op het gebied van psychosesdie voorhanden is, lijkt het niet reëel dat we binnen korte tijd alle separeers zullen sluiten. Wanneer separeren dus onderdeel blijft van de praktijk van de GGz, dienen we te kijken hoe we dit het beste kunnen doen, met de minste schade aan de patiënt, met als doel hem snel te stabiliseren, desepareren en bij te dragen aan zijn herstel.
Separeerzorg verlenen wordt door het ministerie van VWS een risicovolle handeling genoemd. Het aanleren van separeerverzorging krijgt echter relatief weinig aandacht in de theoretische opleidingen. Gedurende de inwerkperiodes is het ook lastig te organiseren om separeerverzorging aan te leren: er is immers niet altijd iemand gesepareerd. Daardoor blijft de vraag onbeantwoord: hoe leert de 24uurszorg-medewerker wat goede separeerzorg is en hoe kan dit leerproces en daarmee de separeerzorg geoptimaliseerd worden.

Wat is het doel van het onderzoek?
Binnen de psychiatrie worden patiënten gesepareerd. Wanneer zij gesepareerd zijn, zijn zij in grote mate afhankelijk van de 24uurszorg en hoe die de zorg verlenen. Er is weinig leermateriaal voor het aanleren van separeerzorg, niet in de opleidingen, noch in de organisatie. Het doel van dit onderzoek is om de leermomenten op het gebied van separeerverzorging die verpleegkundigen op hebben gedaan gedurende hun loopbaan in kaart te brengen en zo een gegronde theorie te ontwerpen over hoe de optimale (leer-)omstandigheden rondom separeren vorm te geven.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?
Wanneer u naar de separeer gaat om separeerverzorging te verlenen aan een patiënt, zult u eenmalig geobserveerd worden door de onderzoeker. Zij kijkt alleen wat u doet, welke keuzes u maakt, niet om die vervolgens te beoordelen, maar enkel om een beeld te krijgen hoe u separeerverzorging geeft. U zult naar aanleiding van deze observaties een half uur worden geïnterviewd de onderzoeker. Zij stelt u vragen om inzicht te krijgen in uw werkwijze en in de afwegingen die u maakt om te doen wat u doet in de separeer. Het interview wordt opgenomen op een audiobandje en de tekst wordt gebruikt voor het onderzoek. Wanneer we klaar zijn met het onderzoek zullen we de opnames en de tekst vernietigen. Ook zal alles wat u gezegd hebt

onherkenbaar worden verwerkt in het onderzoek. Wij zullen dus vertrouwelijk omgaan met de informatie.

Wat wordt er precies van u verwacht?
Er wordt van u verwacht dat u een separeermoment verzorgt (u het woordvoerderschap heeft) en dat u daarover een half uur met de onderzoeker praat. Verder hebben wij geen informatie over u nodig.

Heeft het onderzoek invloed op uw werknemerschap?
Dit onderzoek heeft geen invloed op uw werken binnen Altrecht, aangezien wij alle informatie die wij in het gesprek van u ontvangen vertrouwelijk behandelen. Er is geen contact met uw leidinggevende over de inhoud van het interview. Wel zullen de uitkomsten van het onderzoek gecommuniceerd worden naar de afdeling, daarin zijn uw gegevens onherkenbaar verwerkt.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deelname aan het onderzoek?
Grote voor- en nadelen aan het onderzoek zijn er niet voor u. Doordat u wordt gevraagd naar uw werkwijze en afwegingen kan het zijn dat het u aan het denken zet. Ook kan het zijn dat u vervelende ervaringen hebt gehad in de separeerverzorging en dat deze week boven komen, wat onprettige gevoelens met zich mee kan brengen.
Mogelijk voordeel van dit onderzoek voor u kan liggen in de langere termijn. Dit onderzoek is op zoek naar een goede manier om separeerzorg goed aan te leren. Wanneer deze theorie gevormd kan worden, kan de zorg verbeterd worden en daar heeft u, en uw collega's en niet in de laatste plaats, de patiënt, baat bij.

Wat gebeurt er als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
Als de gegevens verzameld zijn gaat de onderzoeker deze gegevens analyseren en daarvan wordt een onderzoeksverslag gemaakt waarin uiteraard geen namen van de deelnemers vermeld staan.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Met vriendelijke groet,

Petra de Leede,
Student-onderzoeker van de studie Zorg, Ethiek en Beleid
p.de.leede@altrecht.nl/06-24818291

BIJLAGE: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ten behoeve van deelname aan het onderzoek

Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan?

Ik heb de informatiebrief voor de respondent gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om de informatie die ik geef tijdens het interview te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Ik wil na het onderzoek *wel / niet** een exemplaar van het onderzoeksverslag ontvangen.

Naam proefpersoon:

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

* doorstrepen wat niet van toepassing is

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Petra de Leede (student-onderzoeker Zorg, Ethiek en Beleid)

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

Bijlage 3c Informed consent familielid

Respondenteninformatie over het onderzoek
Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan?

Utrecht, 27 april 2012

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Ik wil graag weten welke momenten in de loopbaan en scholing van 24uurszorg hun manier van separeerverzorging beïnvloeden, ten positieve en ten negatieve. Hiervoor ben ik op zoek naar een definitie van goede separeerzorg. Om deze te creëren, zal er vanuit meerdere oogpunten naar separeerzorg worden gekeken. Hieronder vanuit uw oogpunt van familielid van een gesepareerde patiënt.

In Nederland is een groot project op het gebied van Dwang en Drang gaande, een project dat middelen en maatregelen wil beperken, zo niet uitbannen. Dit is een hele goede zaak: onderzoek toont steeds vaker aan dat separeren de patiënt geen goed doet, maar eerder leed toebrengt. Het streven om Dwang en Drang uit te bannen is daarom een goed streven. De kans dat de Geestelijke Gezondheidszorg binnen afzienbare tijd helemaal separeerloos is, is echter zeer klein. Met de (financiële) middelen die we hebben en de inhoudelijke kennis op het gebied van psychosesdie voorhanden is, lijkt het niet reëel dat we binnen korte tijd alle separeers zullen sluiten. Wanneer separeren dus onderdeel blijft van de praktijk van de GGz, dienen we te kijken hoe we dit het beste kunnen doen, met de minste schade aan de patiënt, met als doel hem snel te stabiliseren, desepareren en bij te dragen aan zijn herstel.
Separeerzorg verlenen wordt door het ministerie van VWS een risicovolle handeling genoemd. Het aanleren van separeerverzorging krijgt echter relatief weinig aandacht in de theoretische opleidingen. Gedurende de inwerkperiodes is het ook lastig te organiseren om separeerverzorging aan te leren: er is immers niet altijd iemand gesepareerd. Daardoor blijft de vraag onbeantwoord: hoe leert de 24uurszorg-medewerker wat goede separeerzorg is en hoe kan dit leerproces en daarmee de separeerzorg geoptimaliseerd worden.

Wat is het doel van het onderzoek?
Binnen de psychiatrie worden patiënten gesepareerd. Wanneer zij gesepareerd zijn, zijn zij in grote mate afhankelijk van de 24uurszorg en hoe die de zorg verlenen. Er is weinig leermateriaal voor het aanleren van separeerzorg, niet in de opleidingen, noch in de organisatie. Het doel van dit onderzoek is om de leermomenten op het gebied van separeerverzorging die verpleegkundigen op hebben gedaan gedurende hun loopbaan in kaart te brengen en zo een gegronde theorie te ontwerpen over hoe de optimale (leer-)omstandigheden rondom separeren vorm te geven.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?
Er zal een interview met u gehouden worden. Het interview wordt opgenomen op een audiobandje en de tekst wordt gebruikt voor het onderzoek. Wanneer we klaar zijn met het onderzoek zullen we de opnames en de tekst vernietigen. Ook zal alles wat u gezegd hebt onherkenbaar worden verwerkt in het onderzoek. Wij zullen dus vertrouwelijk omgaan met de informatie.

Wat wordt er precies van u verwacht?
Er wordt van u verwacht dat u een half uur met de onderzoeker spreekt over uw visie op goede separeerzorg en hoe dit uit te voeren, dit vanuit het oogpunt van het betrokken familielid.

Heeft het onderzoek invloed op uw werknemerschap?
Dit onderzoek heeft geen invloed op uw werken binnen Altrecht, aangezien wij alle informatie die wij in het gesprek van u ontvangen vertrouwelijk behandelen. Er is geen vermenging van de dubbele pet van de onderzoeker. De informatie zal wel verwerkt worden in een uiteindelijk verslag dat aangeboden zal worden aan de afdeling. U wordt daarin niet genoemd met naam en toenaam, niemand zal hoeven weten dat u het familielid bent dat geïnterviewd wordt.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deelname aan het onderzoek?
Grote voor- en nadelen aan het onderzoek zijn er niet voor u. Doordat u wordt gevraagd naar die periode van het leven van uw familielid en dus de periode in de geschiedenis van uw gezin, kan het zijn dat dit gevoelens bij u oproept die onprettig of pijnlijk zijn.
Mogelijk voordeel van dit onderzoek voor u kan liggen in de langere termijn. Dit onderzoek is op zoek naar een goede manier om separeerzorg goed aan te leren. Wanneer deze theorie gevormd kan worden, kan de zorg verbeterd worden en daar heeft u, en uw collega's en niet in de laatste plaats, de patiënt, baat bij.

Wat gebeurt er als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
Als alle gegevens van de verschillende perspectieven verzameld zijn gaat de onderzoeker deze gegevens analyseren en daarvan wordt een onderzoeksverslag gemaakt waarin uiteraard geen namen van de deelnemers vermeld staan.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Met vriendelijke groet,

Petra de Leede,
Student-onderzoeker van de studie Zorg, Ethiek en Beleid
p.de.leede@altrecht.nl/06-24818291

BIJLAGE: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ten behoeve van deelname aan het onderzoek

Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan?

Ik heb de informatiebrief voor de respondent gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om de informatie die ik geef tijdens het interview te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Ik wil na het onderzoek *wel / niet** een exemplaar van het onderzoeksverslag ontvangen.

Naam proefpersoon:

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

* doorstrepen wat niet van toepassing is

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Petra de Leede (student-onderzoeker Zorg, Ethiek en Beleid)

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

Bijlage 3d Informed consent focusgroep

Respondenteninformatie over het onderzoek

Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan? – Focusgroep

Utrecht, 9 mei 2012

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Ik wil graag weten welke momenten in de loopbaan en scholing van 24uurszorg hun manier van separeerverzorging beïnvloeden, ten positieve en ten negatieve.
In Nederland is een groot project op het gebied van Dwang en Drang gaande, een project dat middelen en maatregelen wil beperken, zo niet uitbannen. Dit is een hele goede zaak: onderzoek toont steeds vaker aan dat separeren de patiënt geen goed doet, maar eerder leed toebrengt. Het streven om Dwang en Drang uit te bannen is daarom een goed streven. De kans dat de Geestelijke Gezondheidszorg binnen afzienbare tijd helemaal separeerloos is, is echter zeer klein. Met de (financiële) middelen die we hebben en de inhoudelijke kennis op het gebied van psychoses die voorhanden is, lijkt het niet reëel dat we binnen korte tijd alle separeers zullen sluiten. Wanneer separeren dus onderdeel blijft van de praktijk van de GGz, dienen we te kijken hoe we dit het beste kunnen doen, met de minste schade aan de patiënt, met als doel hem snel te stabiliseren, desepareren en bij te dragen aan zijn herstel.
Separeerzorg verlenen wordt door het ministerie van VWS een risicovolle handeling genoemd. Het aanleren van separeerverzorging krijgt echter relatief weinig aandacht in de theoretische opleidingen. Gedurende de inwerkperiodes is het ook lastig te organiseren om separeerverzorging aan te leren: er is immers niet altijd iemand gesepareerd. Daardoor blijft de vraag onbeantwoord: hoe leert de 24uurszorg-medewerker wat goede separeerzorg is en hoe kan dit leerproces en daarmee de separeerzorg geoptimaliseerd worden.

Wat is het doel van het onderzoek?
Binnen de psychiatrie worden patiënten gesepareerd. Wanneer zij gesepareerd zijn, zijn zij in grote mate afhankelijk van de 24uurszorg en hoe die de zorg verlenen. Er is weinig leermateriaal voor het aanleren van separeerzorg, niet in de opleidingen, noch in de organisatie. Het doel van dit onderzoek is om de leermomenten op het gebied van separeerverzorging die verpleegkundigen op hebben gedaan gedurende hun loopbaan in kaart te brengen en zo een gegronde theorie te ontwerpen over hoe de optimale (leer-)omstandigheden rondom separeren vorm te geven.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?
In een focusgroep met zes andere verpleegkundigen van Roosenburg F wordt u een casus voorgelegd van een patiënt in de separeer. U zult dan, onder leiding van de onderzoeker, met elkaar in gesprek gaan over hoe zorg te geven aan deze patiënt en welke keuzes er gemaakt dienen te worden in de zorg. Ook zal u op verschillende momenten gevraagd worden waarom u de interventies doet, die u doet en waar u ervaren hebt dat dit een goede interventie is. De onderzoeker vraagt naar welke keuzes u maakt, niet om die vervolgens te beoordelen, maar enkel om een beeld te krijgen hoe u separeerverzorging geeft. Het interview wordt opgenomen op een audiobandje en de tekst wordt gebruikt voor het onderzoek. Wanneer we klaar zijn met het onderzoek zullen de opnames en de

tekst vernietigd worden. Ook zal alles wat u gezegd hebt onherkenbaar worden verwerkt in het onderzoek. Wij zullen dus vertrouwelijk omgaan met de informatie.

Wat wordt er precies van u verwacht?
Er wordt van u verwacht dat u een half uur in een focusgroep met de onderzoeker praat. Verder hebben wij geen informatie over u nodig.

Heeft het onderzoek invloed op uw werknemerschap?
Dit onderzoek heeft geen invloed op uw werken binnen Altrecht, aangezien wij alle informatie die wij in het gesprek van u ontvangen vertrouwelijk behandelen. Er is geen contact met uw leidinggevende over de inhoud van het interview. Er is ook geen vermenging van de dubbele pet van de onderzoeker. Mocht u op enig moment het idee hebben dat er toch vermenging van de rollen is (daar de onderzoeker tevens uw vervangend leidinggevende is), wordt u de mogelijkheid geboden om hierover met de algemeen manager E. Pietersma in gesprek te gaan. Wel zullen de uitkomsten van het onderzoek gecommuniceerd worden naar de afdeling, daarin zijn uw gegevens onherkenbaar verwerkt.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deelname aan het onderzoek?
Grote voor- en nadelen aan het onderzoek zijn er niet voor u. Doordat u wordt gevraagd naar uw werkwijze en afwegingen kan het zijn dat het u aan het denken zet. Ook kan het zijn dat u vervelende ervaringen hebt gehad in de separeerverzorging en dat deze week boven komen, wat onprettige gevoelens met zich mee kan brengen. Mogelijk voordeel van dit onderzoek voor u kan liggen in de langere termijn. Dit onderzoek is op zoek naar een goede manier om separeerzorg goed aan te leren. Wanneer deze theorie gevormd kan worden, kan de zorg verbeterd worden en daar heeft u, en uw collega's en niet in de laatste plaats, de patiënt, baat bij.

Wat gebeurt er als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
Als de gegevens verzameld zijn gaat de onderzoeker deze gegevens analyseren en daarvan wordt een onderzoeksverslag gemaakt waarin uiteraard geen namen van de deelnemers vermeld staan.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Met vriendelijke groet,

Petra de Leede,
Student-onderzoeker van de studie Zorg, Ethiek en Beleid
p.de.leede@altrecht.nl/06-22783205
BIJLAGE: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ten behoeve van deelname aan het onderzoek

Separeerverzorging: hoe leer je dat goed aan?

Ik heb de informatiebrief voor de respondent gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming om de informatie die ik geef tijdens het interview te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Ik wil na het onderzoek *wel / niet** een exemplaar van het onderzoeksverslag ontvangen.

Naam proefpersoon:

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

* doorstrepen wat niet van toepassing is

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Petra de Leede (student-onderzoeker Zorg, Ethiek en Beleid)

Handtekening: **Datum**: __ / __ / __

Bijlage 3e Conclusie onderzoek naar ervaringen separeren door patiënten

In mei2011 hebben Jonna Holkers en ondergetekende een onderzoek gedaan voor het vak 'Veldonderzoek' onder gesepareerde patiënten. wij hebben hen gevraagd naar hun ideeën over goede separeerzorg. Hiervoor zijn drie patiënten binnen Roosenburg geïnterviewd. In deze thesis wil ik hun ideeën over goede separeerzorg graag meenemen. Ze hebben immers de onderzoeker gevormd in het kijken naar goede separeerzorg en dit is ook meegenomen in het model voor goede separeerzorg zoals u kunt vinden in 3.1.. Het betrof een Grounded Theory onderzoek met als hoofdvraag: *Wat is goede verpleegkundige separeerzorg vanuit het oogpunt van de ervaringsdeskundige patiënt?* De conclusie vindt u in deze bijlage.

Uit de dataverzameling blijkt dat allevier de gedaantes van goede zorg worden genoemd door de respondenten in alle episodes. 'Verzorgdheid' wordt als basis gezien, het nodige in zorg wordt ook wel verantwoorde zorg genoemd. Vervolgens blijkt uit de dataverzameling dat het zwaartepunt, dus waar het accent van zorg ligt, verschuift per episode. Dit wordt hieronder verder toegelicht. Eerst worden de deelvragen beantwoord, vervolgens de hoofdvraag, vervolgens zal een conclusie worden getrokken die het antwoord vormt op de vraag: *Wat is goede verpleegkundige separeerzorg vanuit het oogpunt van de ervaringsdeskundige patiënt?*

<u>Gesepareerd worden</u>

Uit de dataverzameling blijkt dat 'het nodige' van belang is in deze episode. Zo werd bijvoorbeeld uitgelegd waar de medicatie voor diende. Daarnaast gaven respondenten aan dat ze zelf niet de kans kregen om vrijwillig mee te lopen naar de separatie, zelf niets mochten zeggen en de aanleiding van de separatie werd niet verteld. Tevens speelt het aspect 'zorgvuldigheid' en belangrijke rol: een respondent gaf aan dat hij overmeesterd is terwijl dat niet nodig was, blauwe plekken oplopen door de separatie: dit is gewelddadig.

<u>Gesepareerd zijn</u>

Uit de dataverzameling blijkt dat in deze episode verzorgdheid, zorgzaamheid en bezorgdheid van belang zijn. Het accent lijkt te verschuiven van 'zorgen dat' naar 'zorgen voor'. Dit betekent niet dat het andere aspect, 'zorgvuldigheid', niet van belang is in deze episode. Een respondent vertelde spontaan dat een verpleegkundige zijn middelvinger naar hem had opgestoken, wat een uiting van gewelddadigheid is. Toch worden over deze episode met name opmerkingen gegeven die onder zorgzaamheid en bezorgdheid vallen. Hieronder noemen wij er enkelen.

Een respondent vertelde dat hij iedere dag een boterham met kaas kreeg als ontbijt maar dit niet lustte. Hij geeft aan zelf te psychotisch te zijn geweest om aan te geven wat hij wel nodig had. Geen van de verpleegkundigen pikt dit op. Een andere respondent vertelde gaf aan dat ze zich miskend voelde als vrouw omdat ze in haar blootje voor de camera stond. Een andere respondent vertelde dat een verpleegkundige aan hem de vraag had gesteld of hij wist hoe hij moest eten, dat hij dit met een vork moest doen. Dit valt allemaal onder 'kwetsend', VERNEDEREND noemt de respondent het met kracht in zijn stem.

Verder gaven respondenten aan het fijn te vinden wanneer ze een extra sigaretje konden roken, of een kwartiertje konden blijven in plaats van 10 minuten: ervaren baat en weldadig. Een respondent vertelde dat hij om een speciale shampoo had gevraagd en deze ook kreeg: receptiegericht.

<u>Nazorg</u>

Opvallend is dat respondenten aangeven geen last van de separeerervaring hebben en geen behoefte hadden of hebben aan nazorg. Respondent III: *"Ik vind het niet erg* [om een interview te geven, red.], *sommige dingen wist ik natuurlijk niet meer."* Op de vraag of het de respondent geholpen had om over zijn ervaring te praten, antwoord respondent II "nee". Respondent III gaf aan dat er na haar separatie wel werd gesproken over haar ervaring, maar dat ze het prettiger vond om over leuke dingen te praten: *"Precies wat ik nodig had."* Maar opvallend was daarentegen hoe graag de respondenten over hun ervaring wilden vertellen en opmerkelijk was de openheid in de

gesprekken. Gedurende het vertellen kozen ze heel erg hun eigen pad, hieruit blijkt dat het belangrijk is om te dit pad te volgen als verpleegkundige om te kunnen aansluiten bij de leefwereld van de patiënt. Op het moment dat de respondenten werden uitgenodigd voor het interview, begonnen ze gelijk te vertellen en konden ze bijna niet stoppen met vertellen. Nazorg lijkt iets te zijn waar vanuit zorgverleners behoefte aan is: alle drie de respondenten geven aan er geen behoefte aan te hebben. Wel hangt dit samen met het volgen van de patiënt in hun werkelijkheid en het niet zelfreferentieel zijn. De conclusie die hieruit voortkomt is dat er vanuit de werkelijkheid van de patiënt gekeken en gepraat moet worden waar de accenten van goede zorg liggen. Dus niet de patiënt bevestigen in zijn (psychotische werkelijkheid, maar aandachtig kijken waar voor de patiënt de accenten van goede zorg liggen.

Hoofdvraag

De hoofdvraag luidt als volgt: *Wat is goede verpleegkundige separeerzorg vanuit het oogpunt van de ervaringsdeskundige patiënt?*

Goede separeerzorg is volgens de ervaringsdeskundige patiënt het geheel van goede zorg, waarbij het accent op de elementen van goede zorg verschuift per episode. Dus per episode is iets anders nodig. En dat andere kun je alleen geven wanneer je met aandacht aansluit op die ander. Want geheel tegen verwachting in geven alle drie de respondenten aan iets anders nodig te hebben dan nazorg: aandachtig aansluiten op de patiënt.

Wanneer de onderzoeker kijken naar datgene dat de patiënten uit zichzelf en spontaan noemen dat zien we dat zij aangeven dat ze het belangrijk vinden om 'gewoon' behandeld te worden: dit wordt 79 keer genoemd in de interviews (waarbij het ook een aantal keer als stopwoord wordt gebruikt). Ook het woord 'normaal' wordt 11 keer genoemd. Tevens benoemen zij dat zij graag 'van waarde willen zijn' of 'in hun waarde willen worden gelaten'. Dit heeft de onderzoekers alert gemaakt en zij hebben gezocht naar een een verband tussen waardering, respect en erkenning. Dit verband wordt in de zorgethische literatuur ook onderkend en daarmee zien wij een verband tussen zorgvuldigheid en zorgzaamheid. Hieronder laten we Van Heijst en Baart hierover spreken.

Van Heijst stelt dat als in de gezondheidszorg de eb- en vloedbeweging van erkenning geven en krijgen stilvalt, dat leiden zal tot zinverlies en mensontwaarding. Dat laatste betekent volgens Van Heijst inflatie van de mens, verlies van datgene waardoor iemand zich werkelijk mens voelt.[96] Van Heijst stelt het zo: "*Goede zorg is zorg die zo wordt gegeven dat de patiënt zich erkend voelt. Het is dus van belang dat erkenning mogelijk is in het zorgproces, dat een andere aanpak vraagt dan een bedrijfsmatige of instrumentele aanpak"*.[97] De voorwaarde voor goede separeerzorg is dus aansluiten bij de patiënt. Wanneer dit niet gebeurt maar de zorgverlener zich zelfreferentieel opstelt, voelt de patiënt zich miskend, onbegrepen, eenzaam en in de steek gelaten. Het volgende gedicht geeft treffend weer wat hiermee wordt bedoeld:

> *Zie het gelaat van wie zich niet verweert*
> *Een open boek. Wie, zelfverblind, niet leest*
> *Richt diep letsel aan dat niet geneest.* [98]

Wanneer je als verpleegkundige niet aansluit bij de leefwereld van de patiënt, lever je niet alleen slechte zorg maar schuilt zelfs het gevaar dat je de patiënt schade toebrengt.

Baart stelt in zijn boek *Aandacht* dat erkenning verder gaat dan respect. De ander respecteren doet men omdat de ander iets betekent, omdat hij (maatschappelijk) van betekenis is. Respecteren wordt daarom moeilijk bij mensen die sociaal niet van betekenis zijn: de comateuze patiënt en de dementerende oudere noemt hij. In dit verband kan men ook de gesepareerde bekijken: ook deze

[96] Van Heijst A. (2009) *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning.* Pp. 11-12

[97] Van Heijst A. (2009) *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning.* Pp. 63-64

[98] Van Heijst A. (2009) *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning.* P. 127

heeft geen competenties, kwaliteiten of maatschappelijke betekenis waarom hij of zij gerespecteerd kan worden. Erkenning gaat verder, aldus Baart. Hij noemt erkenning *"een rehabilitatie, een tegen de feiten indruisende poging hen hoog en bij de mensengemeenschap te houden."*[99] De respondenten noemen in hun antwoorden vaak woorden als *gewoon, normaal* maar waar men de literatuur volgt, zou men zelfs kunnen zeggen dat het nog om meer gaat: het gaat niet om gerespecteerd te worden, maar het gaat erom van waarde te zijn, '*in je waarde gelaten worden'* noemt respondent III dit. En daarin ligt de kracht van de aandacht, aldus Baart: *'dat ze het onaanzienlijke erkent als van waarde en zo van waarde maakt. Doet wat ondenkbaar is, maar niet gemist kan worden'.*[100] Dát is de grote uitdaging voor de verpleegkundige zorg: met aandacht naar de ander kijken, zo het onaanzienlijke erkennen als van waarde, de patiënt in zijn scheurhemd, op blote voeten en plassend op een papieren po, en zo hem/haar en de praktijk van het separeren van waarde te maken. Dat is tenslotte wat de respondenten over spreken: zij willen gezien worden, tijdens het gesepareerd worden, tijdens de periode van separatie en in de nazorg: in al hun ogenschijnlijke onaanzienlijkheid.

[99] Baart A. (2005) *Aandacht: etudes in presentie* Utrecht p. 75

[100] Idem, p. 75

Bijlage 3f eigen ervaring onderzoeker uitgewerkt

In maart 2011 heb ik een nacht doorgebracht in de separeer. Dit deed ik als voorbereiding op een onderzoek voor het vak Veldonderzoek. Ik wilde in dat onderzoek antwoord op de vraag wat de ervaringsdeskundige patiënt goede separeerzorg vond. Ik heb toen bedacht dat ik in het vooronderzoek eigenlijk zelf zou moeten voelen hoe het is om gesepareerd te zijn. Hieronder vindt u een verslag van deze ervaring. Het verslag is een weergave van mijn ervaring (1e kolom) en mijn (zorgethische) reflectie (2e kolom) hierop. Het verslag is gebaseerd op de aantekeningen die ik in separeer maakte en op mijn eigen herinneringen. Waar woorden als ***VOLGT*** getypt zijn, betreft het een codering. In paragraaf 5.1.3. kunt u daar meer over lezen.

Ervaring	Reflectie
Eind februari heb ik in overleg met mijn medestudent besloten om mijzelf een nacht te laten separeren. Het is iets wat al langer door mijn hoofd gaat om te doen. Ik ben gefascineerd door deze vorm van zorg en wat het met mensen kan doen. Ik heb mijn oude werk gebeld, dit is de afdeling Psychiatrie & Verslaving. Ik ben daar al een tijd weg, heb in leidinggevende zin daar geen belangen of plichten. Ook word ik gesepareerd op unit 1 en ik werkte op unit 2. De afdeling moet even overleggen. Ze bellen in eerste instantie niet terug, dit duurt erg lang, dus ik ga er weer even achteraan. Het is akkoord. Ik kan op een woensdag komen. we spreken verder niets door, ik ga daar gewoon heen.	De vraag naar een nachtje slapen in de separeer bleek een vraag waar andere units even van schrokken. Er moest overleg zijn, want wie draagt bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid mocht er iets gebeuren. Het geeft iets aan van (het imago van) separeerzorg.
Om 2045 pak ik de fiets naar het WA-huis. Het is een gek gevoel: ik ga me vrijwillig op laten sluiten. Ik bedenk me ook dat ik niet veel mee hoef te nemen: een tandenborsten en een notitieblokje, de rest mag toch niet mee naar binnen in een separeer.	
Ik ken de afdeling natuurlijk goed, ik heb er immers lang gewerkt. Ik haal alleen nu geen sleutel op en bel dus aan bij de afdeling.	Eerste gevoel van afhankelijkheid
Gijs komt me ophalen bij de deur. Ik ken hem nog goed. we lopen even naar het kantoor en hebben een praatje over van alles en nog wat, niet over het separeren. Het gaat om gezamenlijke collegae van vroeger, het gaat over gestopt zijn met roken en het gaat over het meest besproken onderwerp van dat moment binnen Altrecht: De naambadges.	Er gebeurde op dit moment iets in de verhoudingen tussen hen en mij. Sinds ik daar weg was gegaan bij de afdeling, was ik teammanger geworden en dus hiërarchisch een stapje opgeklommen. Dat was al een verschuiving. Vervolgens zou ik weer een andere trede van de ladder beklimmen, maar twee tredes lager. Dit is steeds een aftasten.
Ernst en Naomi werken ook vanavond. Dat is gek, die ken ik ook allebei. Met name Naomi ken ik goed. Dan komt ook nog het ANW (Avond,Nacht,Weekend)- hoofd binnen. Ik voel me een soort bezienswaardigheid.	Bezienswaardigheid? : een ding?: gaat het om het experiment?
Dan moet er natuurlijk een moment komen dat we naar de separeer gaan. Dat komt. Ze vragen me of ik met een rollenspel daar wil eindigen, of dat ik gewoon meeloop. Ik leg hen uit dat het me om de ervaring van het gesepareerd zijn	

gaat en ik dus gewoon meeloop.	
Opeens zie ik (nog in het kantoor) dat de camera in de separeer aanstaat en ik dus zo meteen ook te zien zal zijn. ik vraag hen of die aan blijft staan. Ze zeggen dat het normaal is dat deze aanstaat, maar dat ze hem uit willen zetten voor mij. Ik wil het allemaal zo normaal mogelijk, dus hij blijft aanstaan. Dat is even een onprettige verrassing.	Zo bekeken worden vind ik zeer onprettig. Maar ik wil het helemaal doen zoals zij het meemaken: exposure. ***AANTASTING PRIVACY***
We lopen naar achteren en Naomi en Gijs lopen mee. Ernst niet. ze laten me zien waar de kluisjes voor mijn spullen zijn en geven me een antischeurhemd. Ik kleed me uit, trek de jurk aan, doe mijn sieraden af en loop op blote voeten naar de separeer. Ze leggen me uit waar de bel is, dat ik mag bellen als ik wil. Op het bord staat dat ik in Utrecht, in het WA-huis ben, de datum en de namen van de mensen van de late dienst die mij begeleiden.	Heel prettig om een naam op het bord te zien staan. Die mensen die mij begeleiden hebben dus namen. Dat voelt heel normaal en dus prettig. ***RELATIEGESTUURD***
Vlak voordat ze de deur sluiten zegt Naomi tegen me: als je daar in die hoek op de po plast kunnen we je net niet zien op de camera. Wat een fijne tip!	Ik ervaarde dit als aansluiting bij mij, bij wat ik prettig zou kunnen vinden, dat decorumverlies wellicht vervelend voor me zou kunnen zijn en ze dus dit moest vertellen. ***AANSLUITEN***
De deur sluit. Met een zachte klik. Dat valt mee! Ik ben er. Ik ben gesepareerd. Ik ga op het bed liggen en voel hoe hard de jurk en dekens zijn. Alles lijkt wel van karton.	Onmenselijk eigenlijk zulke kleding. Heel naar.
Wat is het stil! Je hoort echt niets. En dus hoor je alles. Geluiden van de straat, bus 2.	Prikkelarm? Schei toch uit!!
En wat is er weinig te zien. De muren zijn kaal en leeg. Maar overal staan dingen gekrast. Iets over Hitler en Joden en iets over God. Er zit een blauw knopje ergens halverwege de muur, naast de deur. Wat kan dat zijn? Het is niet het belletje, dat is groen. Het is ook niet de camera, die heb ik al in de andere hoek zien hangen. Wat zou het zijn?	Prikkelarm? Schei uit!!
Zouden ze naar me kijken? Nu? En zouden ze dan flauwe grappen maken over me?	Wat kwetsbaar ben je daar en overgeleverd aan hen die jou zien en met meer zijn dan jij.. ***ONVEILIG***
Ik plas even op de po. Valt best mee. Misschien omdat het maar een keer hoeft? En ik er zelf voor kies?	
Waarom ging Ernst eigenlijk niet mee met het separeren? Zou hij me niet mogen? Of zou hij me juist heel graag mogen? Dat hij het daarom niet op kan brengen om me te separeren?	Het is zo moeilijk om zulk ingrijpen niet persoonlijk te maken. ***ONVEILIG***
Ik heb hele vieze plakkerige handen. Ik zou eigenlijk wel even mijn handen willen wassen. Maar dat gaat niet, want er is natuurlijk geen kraantje hier.	Afhankelijkheid! ***KWETSBAAR***
Ik heb toen ik daar werkte altijd het gevoel gehad dat Ernst mij niet mocht. Weet niet waarom.	Opvallend dat ik daar met name mee bezig was: wie mij had gesepareerd en waarom? Of het een persoonlijke afwijzing was van het personeel of een noodzakelijk ingrijpen.
Ik kijk rond in de separeer, naar het reglement en het programma. Ze komen zo weer, kan ik me klaarmaken voor	

de nacht.	
Als ik al zo zit na te denken over waarom wie mij gesepareerd heeft, hoe zou het dan wel niet voor een 'echte' patiënt zijn, iemand die paranoïde is.	Het is goed om vaak te benadrukken dat separeren niet een straf is, maar een ingrijpen omwille van de ziekte. ***AANDACHT VOOR A-SYMMETRIE***
Wat valt er veel te zien als er niets te zien is en wat valt er veel te horen als er niets te horen valt…….	
Hoe zou het met Naomi zijn? de laatste keer dat ik haar zag was ze hoogzwanger. Zou het goed zijn gegaan: de bevalling?	Was bezig met die mensen aan de andere kant van de camera.
Ik hoor ze komen. De deuren gaan uit het slot van de voorruimte. Daar zijn ze eerst wat aan het rommelen. Wat zouden ze daar doen?	Je hoort veel geluid van de gang en voorruimte.
De deur gaat open. Ik voel me opeens héél kwetsbaar en bloot.	Wat is een mens kwetsbaar..
Ik mag me klaarmaken voor de nacht. Dit hele experiment komt opeens heeft idioot op me over. Waarom wilde ik dit ook al weer?	Je afhankelijk maken van andere mensen, hoe gek.
Ik ga even naar het toilet en poets mijn tanden. En was natuurlijk dus mijn handen.	
Als ik terug kom uit de douche blijkt dat ik terugmoet naar de separeer. Ik dacht dat we wat zouden gaan drinken met zijn 3en in de verpoosruimte. Nu blijkt dat niet te kloppen. Maar daar had ik wel net zin in….ik wilde even bijkletsen	Teleurstelling maakt zich meester van me. Terwijl ik eigenlijk heel goed alleen kan zijn, zo ken ik mezelf, wil ik dat nu niet. ***NIET WELDADIG/KOUD***
Noami doet steeds het woord, dus ook nu. Ze spreekt me toe: het moment wordt nu afgebroken, en dit is het laatste moment met de late dienst. Om 2245u komt de nachtdienst Evalien (die ken ik niet) en daarbij een beveiliger Corné (ken ik vaag nog). Hun namen blijken ook op het bord erbij te zijn geschreven in mijn afwezigheid. Wanneer ik iets nodig heb hoef ik alleen maar te bellen, dan komt er iemand bij me.	Heel fijn om zo veel duidelijkheid te krijgen. Ik wist nog prima hoe het dienstenpatroon in elkaar stak. Ik wist ook nog heel goed dat er een beveiliger in de nacht aanwezig was, maar toch: heel fijn om zo duidelijk te horen te krijgen hoe de procedure verder is. ***TRANSPARANTIE***
Het moment wordt afgesloten, ik bedank de mensen nog even.	Gek om te bedanken….
Het wordt weer stil. De deuren vallen in een klik. Ik schrijf nog wat en probeer me de verhalen van *op blote voeten* te herinneren.	
Ik wil eigenlijk het licht wel uit. maar ik durf niet te bellen. Want ze zullen het wel druk hebben, dat hebben ze me immers ook verteld. En ik ben hier alleen maar 'for the fun', niet als echte patiënt. Laat ik me maar gedeisd houden, laat ze de tijd maar beter besteden.	Lastig om zo afhankelijk te zijn van anderen. Voel me te veel. Dat zullen patiënten vast ook wel hebben. hoe vaak stralen we niet uit dat we te druk zijn om echt tijd te maken voor hen.
Ik wil ook eigenlijk geen hulp vragen. Dat kan ik eigenlijk niet. Ik vraag geen hulp aan Naomi en Gijs. Ik wacht wel tot de nachtdienst komt. Ik weet heel goed waarom ik hiervoor kies: het is net het echte leven en ook daar doe ik het 'liever allemaal zelf als een zelfstandig wezen'.	Het is belangrijk om mensen in de separeer nooit het idee te geven dat 'ze te veel zijn', 'te veel tijd kosten'.
Mijn hemel, wat duurt dat lang tot 2300u	

Laat ik maar even wat langer wachten, misschien zitten ze nog even na te praten, dan stoor ik ze.	
2320u. Dat moet kunnen. Ik bel.	
Evalien komt. Ik ken haar echt niet.	
Ze met me door het raampje. Dat is eigenlijk idioot, ze weet toch wel, dat ik niet agressief ben??	Het schept een enorme afstand om door het raampje te praten. Het maakt een gekooid en gevaarlijk beest van me. ***VEILIGHEID EN RELATIE***
Ze doet het licht uit. ik ga proberen te slapen. Het lawaai uit de stad is erg aanwezig, dus slapen wordt moeilijk. Ook slaat er steeds een afzuiger of iets dergelijks aan of uit. Heel vervelend, helemaal niet prikkelarm zo'n ruimte.	
In die nacht wordt ik verschillende malen wakker en val ik weer in een oppervlakkige slaap.	
Tegen half 7 wordt ik wakker. Ik wil er wel uit, moet immers wel om half 9 in Den Dolder zijn. Dan kan ik nog even langs huis. Dus ik bel	
Evalien komt en twijfelt even. Ze geeft aan dat ze eigenlijk had gehoord dat ik tot de vroege dienst zou blijven en dat als ik eerder eruit gehaald wilde worden, zij het ANW-hoofd erbij moest halen. Net als in het echt. Ik weet haar te overtuigen om toch de deur te openen. Heel even knijp ik hem wel….	Die twijfel bij haar is voor mij bijna een trigger. Ze zal me toch wel laten gaan?? ***AFHANKELIJK***
Ik kleed me weer om, drink een kop koffie met haar en ga naar huis	
Op mijn werk word ik er veelvuldig naar gevraagd.	

Bijlage 4a uitgeschreven observaties

Hieronder volgt de uitgeschreven observatie van de onderzoeker. Op 11 maart heeft zij geobserveerd hoe twee mensen in de separeer verpleegzorg gaven aan een patiënt. In de eerste kolom vindt u de uitgetypte tekst en in de tweede kolom de vragen en opmerkingen die de onderzoeker daarbij heeft bedacht. Het zijn deze observaties met bijbehorende vragen die de basis hebben gevormd voor de interviews die u in bijlage 4b en 4c kunt lezen.

Observatie	**Vragen**
Voorbespreking	
Patiënt is Roy, RM, afgelopen vrijdag weggegaan tijdens vrijheden, sindsdien ongeoorloofd afwezig. Patiënt is opgepakt in Soest voor diefstal, vanuit arrestantencomplex Houten zaterdag begin van de avond met de ambulance naar de kliniek teruggebracht. Dat ging in eerste instantie goed, de heer kreeg kamerprogramma (niet gesloten). In de nacht is de heer steeds aan het heen en weer dralen. Komt steeds van zijn kamer af. Op een bepaald moment heeft hij zijn kamer gesloopt (incl zijn TV) en wil hij naar het kantoor, wil daar het bureau ook slopen. Dit hebben ze voorkomen door hem met koffie uit het kantoor weg te lokken. Toen besloten te separeren. Patiënt is vrijwillig naar separeer gegaan. Als ik die ochtend langskom blijkt er nog geen contact met de patiënt zijn geweest: “Hij ligt in een coma..”	Het is opvallend dat in de overdracht van die ochtend dus wordt overgedragen dat de patiënt weg te lokken was met koffie. Is dit gebruikelijk? Of opgenomen in een CPAP/ bejegeningsplan? Maakt het in je benadering van de patiënt uit of hij vrijwillig is gesepareerd of niet? Wat is volgens jou vrijwillig? Heeft dat te maken met zijn houding, met wat hij zegt? Of meer met zijn titel/juridische status? Wanneer ligt iemand in een coma? Geen medische term, dus wat bedoel je dan en hoe weet een ieder wat dat betekent? Patiënt kan ook iets markeren misschien? (drugsmisbruik? Somatiek?)
Verpleging vertelt me dat er in het behandelplan staat dat hij, wanneer hij vrijwillig gesepareerd wordt, gedesepareerd wordt wanneer verpleging dit verantwoord vindt. Bij twijfel kunnen zij buiten kantoortijden het ANW- hoofd (avond, nacht, weekend) erbij halen.	Hoe schat je in of het vrijwillig is? zie hierboven ook. Moet patiënt dan niet alsnog door een arts gezien worden? Wat als het langer dan 24 uur duurt?
Ik wordt in de ochtend gebeld. Ik overleg met hen. Zij zeggen dat we 1230u naar hem toegaan. Gevraagd wordt of het mij goed uitkomt om 1230, anders kan evt 1300u ook. Tijden lijken niet vast te staan.	Geen vaste tijden. Later zag ik dat er wel een separeerprogramma op zijn deur hing. Wordt dit dan niet gevolgd? Of is niet rigide? Wanneer er wordt gekozen om van programma’s af mag wijken: waar wordt die beslissing op gebasseerd? Doet iedereen dat

	hetzelfde? Is dat belegd in een BHplan?
Tijdens voorbespreking leg ik even uit waar ik sta en dat ik daarna direct ga typen enz. Nienke komt binnen, zij is de PB-er van Roy, zij had een tussendienst, dus later in dienst. Zij wil even bijgepraat worden. Ze schrikt ervan.	
Er wordt gespeculeerd over waarom het zover heeft kunnen komen. Een van de verpleegkundigen (Ernst) denk dat hij zich heeft laten separeren om de aandacht. De anderen gaan hier niet op in, maar spreken het ook niet tegen.	Aandacht? Daar ga je niet op in, maar je ontkent het ook niet. Zou het een andere benadering behoeven als het aandacht is en niet de ziekte/psychose bijvoorbeeld? En waarom ga je er niet op in?
Ook vragen de aanwezigen zich af of hij nog wel weet dat hij zo tekeer is gegaan. Hij is bekend met agressie tegen spullen in zijn kamer, maar meestal laat hij zijn apparatuur ongestoord. De vraag rijst of hij niet psychotisch is geweest? Ook vragen zij zich af of hij zijn anti-psychotica in het cellencomplex wel heeft gehad. Er wordt afgesproken om hem in het contactmoment te vragen of hij nog weet dat hij zijn TV heeft gesloopt. Zo niet, dan geeft dat informatie over zijn staat die zaterdagavond.	Dat de apparatuur is gesloopt doet belletjes rinkelen. Is dat ook ergens vastgelegd? Jullie beslissen hem in het eerste moment te vragen naar zijn televisie. Waarom dan al? Zijn er ook situaties denkbaar waarin je zo'n vraag niet direct stelt? Waarop wordt je keuze gebaseerd?
De PB-er geeft aan dat ze over roken moeten beginnen, daar is hij altijd wel voor te porren.	Beginnen over roken, zei Nienke. Dit soort handigheden van patiënten: hoe kan je die weten? Ergens opgeschreven? (verg. de koffie-lok-actie)
PB-er geeft aan mee te willen naar de separeer. Eigenlijk zouden Hans en Ernst gaan. Ernst valt af (*"Anders wordt het zo druk"*). In de middag gaan er dus andere mensen naar de sep, dan in de ochtend. Opeens gaan er dus 2 andere mensen naar de sep.	Waarom 2? Is dat veilig genoeg? Waar baseer je dat op? En opeens andere mensen, is dat gebruikelijk bij patiënten? Geen continuïteit in personeel. Wel de eigen PB-er, die dus als het goed is dichterbij de patiënt staat?!? Wordt daar vaak voor gekozen: degene die een bontje heeft met de patiënt gaat daarheen? En altijd uit 1 team? Of wordt er ook bijstand verleend uit andere teams in sommige gevallen?
Doel wordt besproken: kijken of ie wakker is, hoe die is, medicatie laten nemen, en dan terug naar kantoor om gezamenlijk te overleggen en te beslissen over wat verder.	Had beslissen in de separeer ook gekund? Stel dat je eindelijk contact hebt en hij graag een antwoord wil?

Ruimte: recht tegenover kantoor, alleen gescheiden door een smalle gang. De ruimte is schoon en nieuw, state-of-the-art apparatuur. De voorruimte (de hal voor de separeer) is klein. Links 1 deur naar de separeer, rechts 1 deur naar de verpoos (waar gerookt enz wordt). In de voorruimte een paneel met licht en temperatuur. Ik sta buiten beeld. Ruikt niet onprettig, zoals dat soms zo (urine) kan zijn. Er is veel licht, de ruimte is wel klein. De gebruikelijke spullen staan klaar (2 po's, 3 urinaals, WC-papier, bekertjes water).	De locatie tegenover kantoor. Kleine voorruimte. Hoe is dat? 1 uitgang voor de separeer.
Er is een klein klopje op de deur, het gordijntje wordt weggehaald. Zijn naam wordt genoemd. De deur wordt geopend.	Je vraagt geen toestemming om binnen te komen. Ben je dat niet gewend? Of is het afhankelijk van de patiënt?
In de deuropening ligt een omgevallen bekertje koffie. Er komt nog een straaltje koffie uit.	Heb je dat bekertje gezien?
Hans naar binnen, Nienke in eerste instantie bij de deur. noemen van de naam.	Alleen naar binnen. Niet gevaarlijk? Of juist prettig voor patiënt, niet zo bedreigend. Hoe kom je tot die beslissing? Waarom ga je niet mee?
Bij het bed, Hans knielt bij de patiënt.	Wat vind je ervan dat Hans bij de patiënt knielt?
Met een vinger heel voorzichtig aan de deken voelen. Patiënt reageert niet. Ademt diep en hoorbaar.	Aanraken? Wat vindt je ervan dat Hans hem aanraakt? Doe je dat zelf ook makkelijk?
De naam wordt nogmaals genoemd. Dan noemt Hans achtereenvolgen het tijdstip, de dag, de datum. "Roy, het is nu half 1, het is zondag, 11 maart." Hans gaat naast hem gehurkt zitten, op zijn kijkhoogte.	
Hand gaat echt even naar de schouder van de patiënt, geen deken er meer tussen.	
De vraag of hij wakker **wil** worden. dan **kan** hij zijn medicatie nemen. Steeds Korte boodschappen. *"Roy, wil je wakker worden? Dan kun je je medicatie nemen."*	
Geluiden van de gang. Niet te verstaan wat Hans zegt. .	Jij komt nu ook de separeer in. Waarom nu? Is dat gebruikelijk om samen in de separeer te zijn? wanneer wel en wanneer niet samen in de

Nienke is ook binnen. Roept twee keer kort en duidelijk zijn naam. Patiënt reageert nog steeds niet. Kort overleg van de 2 medewerkers in de separeer. Niet goed te verstaan, door geluiden van de gang. Flarden vang ik op: *'…..zo weer even kijken…..'* Moment wordt afgesloten. Patiënt reageert niet. worden geen verdere mededelingen naar de patiënt gedaan over hoe nu verder. De patiënt wordt gewezen op de intercom: hij kan bellen als hij wakker is en iets nodig heeft. Deur wordt voorzichtig gesloten, zonder veel lawaai. Het gordijntje wordt ervoor gedaan.	ruimte? Kennelijk niet heel strak in 1 woordvoerder. Doen je jullie dat helemaal niet strak? Overleggen jullie express bij de patiënt? (Wellicht om een reactie uit te lokken, je bent immers op zoek naar contact) Hoe beslis je of je weggaat? Waarom niet het vervolg vertellen? Let je extra daarop? Of is het toeval? Aangezien hij de enige separeer in de ruimte is: waarom het gordijntje ervoor doen?
Terug op kantoor wordt besloten dat ze zo dadelijk weer terug gaan. Om het nogmaals te proberen contact met hem te maken. Ze vragen of ik mee wil. We gaan om 1300u. ik krijg een PC om snel te tikken.	Waarom na een half uur al weer?
Hans laat me een PC zien, zegt me: *"Ja dan gaan we dus zo weer even, want we willen hem graag wel wakker hebben. want anders is ie vannacht weer onrustig. Maar goed dat hoef ik jou niet te zeggen, dat weet je natuurlijk wel."*	

Bezoekmoment 2	
We gaan weer op weg. Ik heb geen voorbespreking meegemaakt, weet dus niet het doel. Zelfde 3tal: Hans, Nienke en ik.	Is er weer voorbesproken?
Er wordt aangeklopt. Zijn naam wordt genoemd. Hans gaat naar binnen. In de deuropening ligt een omgevallen bekertje koffie. Knielt weer bij hem neer, vrij dichtbij. Raakt hem weer aan, over de deken. Noemt zijn naam. Noemt de tijd. **Vraagt** of hij wakker kan	Waarom ga jij niet naar binnen? Is dat expres? Waarom niet Nienke nu proberen? Of weer een ander. Wat vindt je ervan dat Hans zo dichtbij komt? Zou jij dit anders doen?

worden. geeft aan wat er dan de bedoeling is: wakker worden, medicatie nemen, koffie drinken, kijken hoe het met hem gaat, even roken. (ongeveer: *"Roy, het is nu 1300u.* [korte stilte] *Wordt je wakker?* [korte stilte] *Dan kun je je medicatie nemen,* [korte stilte] *even koffie drinken,* [korte stilte] *dan kijken we hoe het met je gaat.* [korte stilte] *dan kun je even roken."*)	
	Er is niet een moment waarop een van jullie vraagt naar zijn gemoedstoestand of wat je voor hem kan doen ofzo. Is dat met opzet? Ook is er geen gevoelsreflectie vanuit jullie. (vb: ik hoop dat je straks een peukie met me doen wil, hoop dat je straks met me wil praten, hoop je eruit te krijgen. Enz Express?)
Dit wordt herhaalt: dit programma van de dag: wakker worden, kijken hoe het met hem gaat, koffie en roken. Hans herhaalt dat hij wil kijken hoe het voor elkaar te krijgen dat de patiënt uit de separeer komt. Dat noemt hij als belangrijkste punt.	Doel heel helder. Is het ook zijn doel?
Op een bepaald moment schudt hij echt nog dwingender aan de patiënt. Noemt steeds zijn naam, vraagt hem wakkeer te worden. *"Is het zo moeilijk om wakker voor je te worden?"* (prettige toon, niet verwijtend oid). Patiënt gromt wat, rilt over zijn hele lijf en reageert verder weer niet. Even lijkt het dat hij wakker zou worden, maar patiënt reageert nog niet. Deken is nog altijd helemaal over zijn hoofd, voeten bloot.	Hans gaat best ver. Ik als buitenstander kijk daarnaar en vind het spannend: zou hij je niet een mep verkopen op een bepaald moment. Voel jij dat ook? Had je zijn blote voeten gezien? Heb je eraan gedacht daar een deken over te leggen?
Nienke stapt nu ook naar binnen. Komt tot dichtbij hem. Hans doet een stap naar achteren, waardoor Nienke bij zijn gezicht kan staan. Ook zij noemt zijn naam en schudt aan hem. Noemt niet haar eigen naam. Patiënt reageert ook niet op haar.	Verandering van spijs? Jij komt nu naar binnen, is dit bewust op dit moment? Je noemt niet je naam. Is dat bewust?
Nienke en Hans hebben heel even samen overleg in de separeer: *"Ik dacht echt even dat het ging lukken." "Ja, ik ook."* Niet heel duidelijk met elkaar gesproken, was onduidelijk of dit nu juist wel of juist niet de bedoeling was dat de patiënt dit kon horen.	Praten jullie in de hoop dat hij dit hoort?
Dan wordt het moment weer afgebroken. De patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid om te bellen als hij wakker is. (*"Wanneer je wakker wordt kun je even bellen op de bel."*) De deur wordt gesloten, gordijntje ervoor. Er wordt niet	Je noemt geen nieuw moment?? Wel wordt het belletje genoemd.

gezegd wat er nu verder de bedoeling is.	

Bezoekmoment 3	
Gaan nog een poging wagen. We nemen koffie mee. Mocht hij niet wakker worden, dan laten we het staan voor hem.	Verder geen voorbespreking?
Er wordt geklopt, gordijntje weg, naam genoemd en de deur wordt geopend. Hans naar binnen, Nienke in de deuropening. De koffie wordt neergezet. Hans knielt bij hem neer. Noemt zijn naam. Schudt aan hem, best wel dwingend. Zegt hem hoe laat het is. Dat hij wakker wil worden. Dat er dan gekeken wordt of het goed met hem gaat. Dat Hans graag wil desepareren. "*Kun je een beetje wakker worden? Wil je koffie, wil je roken. Kom er nu uit."* Het lukt niet. Hans varieert in toonhoogte bij wat hij zegt. Patiënt geeft geen gehoor. Hans vraagt Nienke om het te proberen. *"Misschien wil een vrouwenstem het verschil maken bij deze schone slaapster."* Nienke gaat bij hem staan, knielt deze keer niet. Zegt hem dat er koffie staat. Probeert hem ook te verleiden met koffie en roken. Patiënt reageert niet. Ze heeft een duidelijke stem. Korte boodschappen. Hans kijkt ondertussen bij de po/urinaal of dat alles nog in orde is. Loopt naar buiten, loopt naar het paneel en draait het licht helemaal open. Patiënt wordt dan ineens wat geagiteerd. Nienke vraagt hem medicatie te nemen, hij wil dit niet. Patiënt bromt: *"Ga nou toch weg."* En *"Neem geen medicatie."* Beweegt dan ook een beetje in bed, draait wat rond om de hand van Nienke af te schudden. Nienke gaat weg. Hans neemt het over, zegt dat ze om 1400u terugkomen, dat het nu 1330u is. De deur wordt weer met dezelfde zachte, maar duidelijke klik gesloten. Het gordijntje gaat er weer op.	Nienke: waarom ga je niet mee naar binnen? Weer dezelfde tekst. Is dat expres? Nienke: Je knielt nu niet. is daar een reden voor? Nienke: Is het 'verleiden'? Heb je daar ervaring mee met separeerverzorging dat paaien/verleiden het verschil kan maken? Licht aan? Hoe was dat voor jou? Want jij staat er dichtbij. Nienke: Dacht aan je gezicht te zien bij het weglopen uit de sep dat de agitatie wat bedreigend was geweest? Klopt dat? Weer switch in woordvoerderschap?

Bezoekmoment 4	
De verpleging komt mij weer halen van achter mijn PC. We gaan weer op bezoek. Zij vertellen me dat zijn moeder heeft gebeld, zij is onderweg om hem te bezoeken, is hier om 1500.	Hebben jullie haar gebeld of belde ze toevallig? En is het gebruikelijk dat familie juist in de separeer wordt uitgenodigd?

Er wordt weer geklopt, gordijntje weg, zijn naam genoemd en de deur wordt geopend. (geen toestemming gevraagd). In de deuropening ligt nog altijd een omgevallen bekertje koffie. Hans gaat naar binnen. Knielt weer bij hem. Zegt hem eerst de tijd. Vertelt hem dat we graag willen dat hij wakker wordt. (*"het is nu 2 uur, we willen graag dat je wakker wordt.)* Patiënt bromt wat. Dan vertelt Hans dat zijn moeder onderweg is om op visite te komen. Patiënt begint te reageren met 'ja' en 'nee'. Patiënt komt omhoog, gaat zitten. Ik doe een stap achteruit. De patiënt heeft het vorige moment de tijd verkeerd begrepen: hij dacht dat het toen 1400u was. Begint hier een discussie over: Hans heeft het verkeerd gezegd. Hans gaat hier niet op in. Zegt alleen dat het nu 1400u is en dat zij om 1330u voor het laatst bij hem waren. Zegt ook niet dat de patiënt het verkeerd heeft. Hans legt uit dat hij nu zijn medicatie moet nemen en dan om 1430 kan roken en dan om 1500 u zijn moeder kant ontvangen. (*"je neemt nu eerst je medicatie, dan kan je om 1430 roken en dan komt je moeder om 1500).* Patiënt neemt de medicatie *'Alsjeblieft'* en de patiënt wil onderhandelen, wil nu wel roken en koffie drinken. Hier gaat Hans niet op in. Patiënt zegt: *"je kan toch ook over 10 minuten komen, waarom moeten we nu wachten?"* Hans legt uit dat hij eerst even rustig wakker kan worden en dan kan roken. De patiënt denkt juist dat hij weer in slaap gaat vallen (*"Dan val ik weer in slaap."*). Hans gaat hier niet op in. Hij zegt duidelijk dat hij nu vertrekt, dat hij terugkomt met schone kleren, sigaretten en het brandalarm van de separeer uit. (*"Ik ga nu weg, ik kom zo terug met schone kleren, met sigaretten en dan zet ik het brandalarm van de separeer uit."*) De patiënt zegt dat hij geen schone kleren meer heeft. Hans legt uit dat er al wat gewassen is, dat ze dat mee zullen nemen. Dan vertrekt hij, nadat hij heeft herhaalt wat de bedoeling is. De deur wordt gesloten, het gordijntje ervoor gedaan.	Het bekertje.. Hans als eerste naar binnen. Weer knielen De mededeling dat zijn moeder komt, lijkt het omslagpunt in de separeerverzorging. Herken je dit? Is dit vaker zo? Er wordt op dit moment, het eerste moment dat er echt contact is met de patiënt, niet gevraagd of het een beetje gaat ofzo. Ook wordt er niet iets vanuit de relatie gezegd tegen de patiënt. De discussie wordt niet aangegaan. Over nagedacht? Waarom niet direct een rookmoment? Je hebt nu een ingang bij de jongeman. Dan kun je in contact komen evt. Er wordt niet onderhandeld. Ben je het daarmee eens? In de herhaling de kracht?
Heb nog afgetikt, ben toen weer gegaan. heb gezegd Hans te mailen voor interview.	

Bijlage 4b interview Hans

Op 03-05-2012 vond een interview plaats op Wier+ met Hans. Het interview werd gehouden aan de hand van de observaties en de bijbehorende vragen, zoals u dat kunt lezen in bijlage 4a.Hieronder vindt u de letterlijke tekst. Waar woorden als ***VOLGT*** getypt zijn, betreft het een codering. In paragraaf 5.1.3. kunt u daar meer over lezen.

Petra	Wat ik heb gedaan, ik heb de hele casus uitgeschreven, echt per minuut zeg maar. En ik ga die gewoon voorlezen en zal je daar steeds vragen over stellen over waarom je doet wat je doet
Hans	Ja
Petra	Want daar ben ik natuurlijk benieuwd naar. Ehm en ik doe dat per episode, dus je hebt de voorbereiding en dan zijn we vier keer naar binnen geweest uiteindelijk
Hans	Oke, ja ik moet het wel weer even terughalen hoor
Petra	Ja, ik heb het dus helemaal uitgeschreven dus ik hoop dat het dan weer terugkomt
Hans	Oh ja, ja ja
Petra	En even voor de duidelijkheid: niets is fout, het gaat erom waarom je doet wat je doet…….
Hans	Nee nee Ja ja
Petra	En jouw visie op wat goede zorg is.
Hans	Ja
Petra	Nou eerst ehmmm ik heb je hans genoemd, dus ik noem je hans, dan weet je dat.. Hoe lang werk je hie, werk je in de zorg?
Hans	Ik werk hier bij wier nu zo'n 2 ½ jaar en daarvoor heb ik ehm in de verstandelijk gehandicapten zorg gewerkt op een vergelijkbare groep als bij Wier, maar dan een woongroep, dus sglvg met ook separeer ehh.. kwam toch wel regelmatig voor of ze werden afgezonderd op de eigen kamer maar eh ook een vergelijkbare situatie als hier eh deze setting.
Petra	Ok
Hans	Daar heb ik 7 jaar gewerkt, zeg maar met een doelgroep waar ook gesepareerd werd… dus zo'n kleine 10 jaar zit je dan wel op.
Petra	Ja.
Hans	Ja eh
Petra	Dus je zou…zou je jezelf ervaren noemen met separeerzorg?
Hans	Ja
Petra	En als je terugdenkt aan die situatie toen met Roy.. eh..en je zou jezelf moeten beoordelen hoe je de separeerzorg toen hebt gegeven….was je tevreden?
Hans	…ja.
Petra	Zou je jezelf een cijfer durven geven achteraf?
Hans	Van 1 tot 10 zeg maar?
Petra	Hmhm
Hans	En 10 is uitmuntend
Petra	Uitmuntend
Hans	En 1 is zeer slecht
Petra	Bedroevend
Hans	Nee ja, dan ehm… (aarzelt) ja, durf ik mezelf op zich wel een eh ja, wel een 8 ofzo te geven. Ja. Toch wel ja
Petra	Dus je was wel echt tevreden?
Hans	Ja! Ja het was wel eh wel goed.
Petra	Nou, ik zal beginnen met gewoon de voorbereiding.
Hans	Ja
Petra	Patiënt is Roy, met een RM, is afgelopen vrijdag weggegaan tijdens vrijheden, sindsdien ongeoorloofd afwezig. Patiënt is opgepakt in Soest voor diefstal, vanuit arrestantencomplex

	Houten zaterdag begin van de avond met de ambulance naar de kliniek teruggebracht. Dat ging in eerste instantie goed, de heer kreeg kamerprogramma (niet gesloten). In de nacht is de heer steeds heen en weer dralen. Komt steeds van zijn kamer af. Op een bepaald moment heeft hij zijn kamer gesloopt (incl zijn TV) en wil hij naar het kantoor, wil daar het bureau ook slopen. Dit hebben ze voorkomen door hem met koffie uit het kantoor weg te lokken. Toen besloten te separeren. Patiënt is vrijwillig naar separeer gegaan. Als ik die ochtend langskom blijkt er nog geen contact met de patiënt zijn geweest: "Hij ligt in een coma.." Verpleging vertelt me dat er in het behandelplan staat dat hij, wanneer hij vrijwillig gesepareerd wordt, gedesepareerd wordt wanneer verpleging dit verantwoord vindt. Bij twijfel kunnen zij buiten kantoortijden het ANW- hoofd erbij halen. Ik word in de ochtend gebeld. Ik overleg met hen. Zij zeggen dat we 1230u naar hem toegaan. Gevraagd wordt of het mij goed uitkomt om 1230, anders kan evt 1300u ook. Tijden lijken niet vast te staan. Tijdens voorbespreking leg ik even uit waar ik sta en dat ik daarna direct ga typen enz. Nienke komt binnen, zij is de PB-er van Roy, zij had een tussendienst, dus later in dienst. Zij wil even bijgepraat worden. Ze schrikt ervan. Er wordt gespeculeerd over waarom het zover heeft kunnen komen. Een van de verpleegkundigen (Ernst) denk dat hij zich heeft laten separeren om de aandacht. De anderen gaan hier niet op in, maar spreken het ook niet tegen. Ook vragen de aanwezigen zich af of hij nog wel weet dat hij zo tekeer is gegaan. Hij is bekend met agressie tegen spullen in zijn kamer, maar meestal laat hij zijn apparatuur ongestoord. De vraag rijst of hij niet psychotisch is geweest? Ook vragen zij zich af of hij zijn anti-psychotica in het cellencomplex wel heeft gehad. Er wordt afgesproken om hem in het contactmoment te vragen of hij nog weet dat hij zijn TV heeft gesloopt. Zo niet, dan geeft dat informatie over zijn staat die zaterdagavond. De PB-er geeft aan dat ze over roken moeten beginnen, daar is hij altijd wel voor te porren. PB-er geeft aan mee te willen naar de separeer. Eigenlijk zouden Hans en Ernst gaan. Ernst valt af (*"Anders wordt het zo druk"*). In de middag gaan er dus andere mensen naar de sep, dan in de ochtend. Opeens gaan er dus 2 andere mensen naar de sep. Het doel wordt besproken: kijken of ie wakker is, hoe die is, medicatie laten nemen, en dan terug naar kantoor om gezamenlijk te overleggen en te beslissen over wat verder. Herken je het weer?
Hans	Ja, het komt wel weer helder ja
Petra	Ok
Hans	Duidelijk omschreven ja
Petra	Mijn eerste vraag is: in de nacht voorkomen zij dat hij het kantoor afbreekt door hem met koffie te lokken. Hoe weet je dat soort dingen van patiënten?
Hans	Eh, je weet als je een patiënt langer kent, ***KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT*** dan weet je wel waar ze eh, ja waar ze gevoelig voor zijn, met welke middelen je hem zou kunnen verleiden ja, of hoe je kunt handelen, eh ja, een beetje het voor wat hoort wat principe zo te creëren ***ONDERHANDELEN***, ja dat is meer dat je iemand dan wel langer kent zeg maar. Dus eh, in het geval van deze cliënt eh ja die was eh, ja ik weet niet eens hoe lang, maar die was al wel weer lang bij ons eh dat je wel een beetje weet van eh ja, hij is wel eh hij vraagt zelf ook wel regelmatig om koffie of een extra koffie of bijvoorbeeld een senseo of zo, maar hij weet dus wel zelf ook wat lekker is en ja in deze situatie kreeg ook wel, ja de nachtdienst wist dat blijkbaar ook en dus eh ***KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	En je noemt senseo..
Hans	Ja
Petra	Want dat is ongebruikelijk senseo of?
Hans	Eh…ja kijk in principe hebben we in de keuken gewoon gewone koffie om zo maar te zeggen, gewone filterkoffie zeg maar
Petra	Voor de patiënten?

Hans	Ja, en voor ons ook in principe in de ochtend, dan drinken wij ook gewoon filterkoffie. En voor het personeel staat er wel gewoon een senseo-apparaat. En af en toe geef je ook wel eens aan de cliënten een bakje senseo zeg maar, maar dan wel als een soort uitzondering zeg maar ***WETEN TE VERLEIDEN***
Petra	Ja
Hans	Ja, dus dat is eh op die manier zeg maar…
Petra	Ja, en daar is ie wel voor te porren
Hans	Ja
Petra	Schrijf je dat ook ergens op? Staat het in een bejegeningsplan, een crisis preventie actie plan of
Hans	Ja eh in zijn situatie, ik denk niet dat het ergens staat beschreven, ik denk het niet. maar dat zou op zich ja, nu je het ook zo zegt zou het op zich best wel kunnen als je dat eh ***ZOEKEN NAAR ANTWOORDEN***
Petra	Nee, maar ik ben er meer naar op zoek van hoe weet je dat soort dingen he hoe hoe heb je die kennis, dat je die hebt?
Hans	Ja ja, nou ja, wat ik ook zei dat je die cliënt gewoon kent dat je die… ***KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT*** en in deze situatie, met dit middel, met die koffie staat dat zeg maar niet zo beschreven. Nee, dat durf ik eigenlijk wel te zeggen dat er niet concreet staat van nou eh nee…het is gewoon meer dat je het weet van eh.. nou ja koffie en roken, dat is natuurlijk bij heel veel cliënten van eh een beetje van een benader-iets eh . ***KENNEN VAN DE DOELGROEP – GENERALISEREN***
Petra	Ja, bij hem ook ja. He en dan, het volgende wat ik me dan afvraag is van hij gaat vrijwillig naar de separeer. Maakt het voor jou verschil of iemand vrijwillig in de separeer zit of niet? in hoe je hem tegemoet treed?
Hans	Eh… (lange stilte)….eh ja nou in principe wat ik dus begreep ook in deze situatie hij ging dus vrijwillig mee zonder verzet of fysieke agressie dus eh dat dat op zich scheelt dat wel eh dat je ook wel verwacht dat iemand eh wel eh iets meer in de samenwerking is eh zeg maar als iemand vrijwillig gaat dan ***GENERALISEREN*** eh als iemand echt onder verzet gaat dus ook eh in het vervolg van het traject heb je dat denk ik toch wel ja is dat toch wel eh voor eh hoe je er zeg maar instapt eh je verwacht dan ook wel iets van samenwerking eh ik eh eh meestal ja ***KENNEN DOOR ERVARING***, voorzie ik dan ook wel minder eh problemen op agressie die ja dat kan altijd ontstaan maar dan ga ik er al gauw vanuit ***KENNEN DOOR ROUTINE*** dat het minder snel ontstaat dan als iemand met verzet erin is gegaan en daar ook nog een tijd verblijft want dan heb je natuurlijk elk contactmoment wel weer kans op agressie, fysieke agressie en bij die vrijwillige heb ik dat dan toch minder al hoewel dat natuurlijk alsnog kan maar nee, toch wel iets eh
Petra	Je gaat er toch anders naar toe
Hans	Ja, je gaat dan toch wel, je voelt je toch wel iets meer ontspannen, ja wel minder ook een lading voel je ook wel zelf en anders ja elk moment dat je toch ook wel in de separeer bent ben je toch wel, ja ook wel als iemand onder dwang is, ja je gaat toch weer de confrontatie aan, je weet niet wat er kan gebeuren op zo'n contactmoment . het zijn echt hele duidelijke momenten van nu gaan we erheen , nu maak je contact en je weet nooit goed natuurlijk hoe dat eh ***WETEN DOOR ROUTINE***
Petra	Vind je het ook stressvol separeerzorg? Is dat wat je zegt?
Hans	...ehm…ja , ja het geeft natuurlijk wel extra…ja goed er zit wel iets met lading aan inderdaad dat je gaat toch naar een ruimte waar geregeld of over het algemeen iemand tegen zijn zin in zit en je maakt eh, ja je weet gewoon, je weet dat er is gewoon kans op eh op eh er is gewoon meer kans op agressie zeg maar dan dat je gewoon op de reguliere groep stapt eh ja dus eh ja eh je je laadt jezelf dus toch wel een beetje op eh ja je weet gewoon we gaan hierheen ja, het is altijd weer afwachten wat er gaat gebeuren dus eh ja een gebouwde

	spanning eh ja die neemt wel gewoon iets toe ja ***SOMMIGE DINGEN WORDEN NOOIT ROUTINE?***
Petra	Ja. Denk je dat de patiënt dat kan merken?
Hans	Ehm…ja ik denk eht ook wel. Ja dat zou dat kan, ja het verschilt ook heel erg per wie er dan in zitten en ook wel hoe je er zelf in staat zeg maar, dat je bij deze cliënten zeg maar er minder beducht voor bent dat je tijdens de contacten daar heb ik wel met de ervaring die ik met hem had dat het toch niet zo vaak gebeurde zeg maar. Maar je hebt natuurlijk ook wel cliënten gehad met wie je zeg maar waarbij je natuurlijk wel wist van dat je veel meer kans op agressie had ***KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	En deze Roy was niet bekend met agressie? Tijdens de separaties?
Hans	Eh nou het is wel eens gebeurd dat hij wel eens in de separeer zat met agressie maar het is dan meer dat hij zich echt verzet van ik wil niet met jullie mee dan dat hij zeg maar in gevechtshouding staat van kom maar op en ik ga klappen uitdelen dat is natuurlijk wel een heel verschil iemand die echt probeert gericht ons eh fysiek eh te belagen dan eh iemand die zeg maar weigert om mee te lopen en daarbij hij bij wijze van in een foeteshouding gaat zitten en hij in een hoek kruipt of eh zich wel wat afweert als zijnde van verzet en dan moet worden gevoerd naar de separeer ***ONDERSCHEID KUNNEN MAKEN***
Petra	En wat is het verschil dan?
Hans	Nou iemand die zeg maar echt het gevecht aangaat dat is ja dat vind ik echt wel iets meer ingrijpend qua agressie dat is eh nou daar zit ook nog wel eh dat het nog wel eens echt gericht is op 1 of meerdere personen he iemand kan dan iemand eruit pikken bijvoorbeeld iemand die het woord voert of iemand die toevallig eh de psychiater die er dan bij staat of iemand anders die bepaald van jij gaat naar de separeer. He dus dat je eh dat je een gerichte agressie-aanval krijgt van eh meestal dan toch wel op 1 persoon, dus dat is eh dat is toch altijd wel even een heel kort moment dat dat ontstaat en diegene probeert dan te slaan en schoppen en dat gaat dan altijd heel snel en dan heb je iemand meestal wel vrij snel onder controle en dan is er misschien net wel 1 klap gevallen maar dat gaat heel erg snel zo'n situatie
Petra	Ja
Hans	Maar dat vind ik nog wel iets meer eh het grijpt ook meer in zeg maar op je persoonlijk zeg maar qua vaneh ***VERSTORING VAN DE RELATIE***
Petra	Ook op je bejegening naar de patiënt toe?
Hans	Ehmm……nou ja op zo'n moment zo'n agressiesituatie als we het hebben over gerichte agressie dan om je echt te verwonden ja dan grijp je natuurlijk in ja zoals je hebt afgesproken dat je dat qua bejegening doet maar eh je merkt dan natuurlijk zelf dat je dan ook wel eh je gebruikt dan ook wel voldoende kracht zeg maar fysiek om ja de situatie voor jou en de rest veilig te houden. Dus je ja, de kans is wel aanwezig dat je dat het eh fysiek eh de manier dat je diegene dan fysiek eh wil beheersen dat da t wel eh zeg maar harder is dan dat iemand zeg maar die kruipt in een hoek ja dan kan ik hem daar ook rustig uitpakken zeg maar. Ja dus op zich is dat op zo'n moment eh ja dat kan dan best wel even heftig zijn. ***VERSTORING VAN DE RELATIE*** want je kan iemand…als je hem bij zijn hoofd pakt of op een manier pakt die niet echt of niet gelijk of niet wenselijk is. Ja op zo'n heel kort moment denk je dat dat moet om de situatie weer snel veilig te krijgen en daarna ga je misschien wel weer….
Petra	En soms moet het ook he
Hans	Ja, maar daarna is het wel gelijk weer dat er weer een soort rust in komt maar dat eerste moment, ja dan kan dan vanuit de begeleiding de fysieke ingrijpen wat wordt gebruikt kan, ja dat is mijn ervaring wel, dat dat soms wat heftiger is dan dat je ja dan dat je misschien zou willen dat je. Op de een of andere manier voel je je ertoe gedwongen dat je de situatie ja dan moet het effe onder controle ***AMBIVALENTIE IN DE ZORG***
Petra	En je zou dat voor jezelf minder willen of voor de patiënt?

Hans	Nou, of voor beide zeg maar maaruh, ja ja natuurlijk ook wel voor eh…..ja nee gewoon voor beiden. Niemand heeft er eigenlijk was aan weet je dat is natuurlijk met zo'n fysieke ingrijpen natuurlijk ***AMBIVALENTIE IN DE ZORG***
Petra	Ja ja
Hans	Dat is gewoon, ja dat is niet ideaal eh
Petra	Ja. We gaan even door wat anders gaan we het nooit niet redden. Eh ik word in de ochtend eh
	Pieper gaat af
Hans	Ja, ga maar door dat is gewoon
Petra	Ja? Is een kamerbel ofzo?
Hans	Ja, niets aan de hadn
Petra	Oke Ik word in de ochtend gebeld he en dan zeggen jullie van we gaan om 1230 naar hem toe. Maar dan vraag je ook van komt het je uit want we kunnen ook wel om 1300uur gaan.
Hans	Mm
Petra	En dan denk ik bij mezelf staan de tijden dan niet vast?
Hans	Ehm ja jewel. In principe als iemand in de separeer zit dan eh. In zijn situatie had ie volgens mij ook een separeerprogramma
Petra	Hij had een separeerprogramma , zag ik ook op de dinges hangen, maar volgens mij hebben wij ons er niet aan gehouden.
Hans	Ehm nee
Petra	Want we zijn om het half uur gegaan
Hans	Klopt eh. Wat daarbij meespeelde was dat ie toch de hele ochtend ook al in slaap was. En wij wouden natuurlijk ja, gaandeweg onze dienst hem ook wel eens wakker zien
Petra	Waarom?
Hans	Ehh, nou gewoon toch om te polsen hoe het met hem gaat. Want hij lag wel heel diep te slapen eh, dat was ons idee. Maar ja, goed zolang je hem niet echt spreekt of dat je interactie krijgt kun je natuurlijk moeilijk polsen hoe het met hem is eh ja ook omdat je wel wil dat ie eh ja omdat je toch wel weer snel contact met hem wilt omdat je ook plannen wilt maken om eh rest van de dag en eh ja deseparatie ofzo eh maar eh…zolang hij slaapt eh krijgen we geen informatie eigenlijk ehm ***DOELGERICHT***
Petra	En is dat dan ook wat, want we houden ons dus helemaal niet aan het programma eigenlijk
Hans	Nee in deze situatie op die dag niet nee
Petra	Nee. En in andere situaties wel?
Hans	Ja, bij bij ja als je het bijvoorbeeld over deze cliënt hebt eh het is wel eens vaker dat ie in de separeer verbleef en dat ie ook dus eh een separeerprogramma had, ja dan hield je je gewoon wel heel erg aan aan de tijden zeg maar
Petra	En daar ben ik dan benieuwd naar he, van waarom doe je dat dan nu niet
Hans	Ehmm ja hij was hij zat natuurlijk nog maar net echt in de separeer dus eh hij was er net in gekomen. Hij lag te slapen dus we waren die ochtend ook wel bij hem geweest. Maar ja als ie slaapt, ja dan kijk je even en als ie slaapt ja dan eh zijn we ook weer snel afgetaaid. Ehm. Ja maar nu hadden we zoiets van eh ja dan kunnen we ook wel eens een keertje vaker gaan, ja je hoeft niet op zich hoef je dan ook niet. Kijk hij we gaven hem zeg maar ook wel tijd om eh, we hebben hem natuurlijk wel gewekt verbaal praten hebben we ook wel, zijn lakens een keertje weggedaan een beetje hem heen en weer geschud een beetje ook zeg maar. Wat je dan wel hoopt zeg maar als je dan weer weg gaat, dat hebben we volgens mij ook wel benoemd van eh Roy we gaan weer weg en eh ja, we komen over een half uur weer. Misschien dat ie, ja het kan ook dat iemand zich slapende houdt zeg maar dat je denkt van nou misschien heeft ie ook even tijd om te ontwaken. Nou dat kun je dat dus het volgende half uur weer eh kijken oftie dan eh wakker is zeg maar. ***INSCHATTEN VAN WAT NODIG IS EN AFWIJKEN VAN REGELS***

Petra	Dus samengevat: je beslist om je niet aan het programma te houden omdat je gewoon eerder contact met hem wil
Hans	Ja
Petra	Want je denkt dat om het half uur erheen gaan kan bijdragen aan ***DOELGERICHT***
Hans	Ja ja aj
Petra	He dan is er zo'n moment dat ie collega van jou zegt ja hij heeft zich laten separeren om de aandacht. Kan je je dat moment herinneren? (stilte) of viel het mij alleen op?
Hans	Was dat in die voorbespreking denk ik he
Petra	Ja
Hans	Ehm (denkt heel diep na)
Petra	Als je het je niet meer kunt herinneren is het ook oke he
Hans	Ja, kan me niet echt zo herinneren, maar het zijn wel bekende uitspraken ja zeg maar die wel eh nou door collega's kunnen worden inderdaad bij deze cliënt zeg maar
Petra	Zou het verschil maken als het voor de aandacht was?
Hans	Ehm ja nou dat is dus voor diegene die dat zo zegt..ja jij beschrijft ook in die situatie dat we er niet op hebben gereageerd zeg maar
Petra	Nee
Hans	Ja kijk persoonlijk eh..ja voor de aandacht zeg maar ja, eh ik houd er persoonlijk, om het helemaal bij mezelf te houden zeg maar houd ik er niet zo van dat je zeg maar zo eh dat klinkt toch wat negatief zeg maar eh….ja ik weet niet eh…ik zie dat dan, ik zag dat dan in deze situatie ook niet echt zo denk ik ***KOMT NIET OP VOOR INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Maar zou het verschil maken als je je voor de aandacht zou laten
Hans	Voor mij als iemand in die separeer zit dan maakt het voor mij niet zoveel eh uit zeg maar eh ***ZORG ZONDER AANZIENS DES PERSOONS***
Petra	Ok
Hans	Voor hoe ik hem dan bejegen zeg maar.
Petra	Ok. Eh. Jullie komen erachter ehm dat hij zijn televisie heeft gesloopt.
Hans	Mm
Petra	Dat is a-typisch gedrag he
Hans	Ja
Petra	Ja. En dan beslis je dan om dat het eerste moment aan hem te vragen.
Hans	Hebben wij daarnaar gevraagd of niet? bij het eerste moment of niet?
Petra	Nee, nee want hij was de eerste vier momenten nog niet wakker.
Hans	Ja dat was inderdaad het idee van als ie wakker is dan van he dan is het goed om te vragen van he of hij dat nog wel wist he.
Petra	Jsa
Hans	Ja, dat hebben we inderdaad gedaan om even te peilen van eh als hij daarop antwoord zou kunnen geven dan zou je toch eh idee van zijn eh of mogelijk wat inzicht in zijn eh gesteldheid op dat moment zeg maar ***KENNEN DOOR ERVARING***
Petra	En waarom wil je dat inzicht hebben?
Hans	Ja dan kun je ook weer verder bepalen van wat de deseparatie…ja want als je bijvoorbeeld nu nog het idee hebt van dat ie heel verward overkomt of van in de war of eh psychotisch eh overkomt ja dat zijn dingen van in zijn geval waar je het mee zou kunnen peilen van eh "ja ik heb het helemaal niet gedaan', ja als ie van die vreemde verhalen eh komt of op dat moment nog eh, ja het is in de ochtend natuurlijk al weer uren verder ja je kan het meenemen als eh als signaal zeg maar echt als eh eh ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Als observatie eh
Hans	Ja ja ja
Petra	Dan veranderen jullie van samenstelling want je was 's ochtends met die andere man geweest en dan zegt Nienke van ik wil mee he, want Nienke is de PB-er

Hans	Ja ja
Petra	Is het gebruikelijk dat de PB-er meegaat?
Hans	Eh nee hoeft op zich niet per se eh…wat je nog wel eens ziet ***WETEN DOOR ERVARING*** eh nou van ervaring dat een cliënt eh…als ie eh wel goed contact heeft met zijn pb-er nou dat kan natuurlijk ook een opening bieden zeg maar dus op zich vind ik het dan niet heel eh gek op zich als diegene wel een ingang heeft dat je daar dan ook gebruik van maakt zeg maar. Dus dat was nu ook wel de achterliggende gedachte van ok laat haar ook meegaan en dan ja eh misschien krijgen we op die manier gewoon contact. Ja dat is gewoon puur wel eh gericht op het herstellen van het contact en daar gebruik je dan allerlei middelen voor en onder anderen zou je dan in dit ja dan de pb-er. ***FUNCTIONEEL GEBRUIKENVAN DE RELATIE*** Die had altijd wel goed eh goed lijntje zeg maar. Ja dus dat is gewoon voor hem en voor ons goed als daar weer herstel in zou kunnen komen bij deze. Door die interventie om gebruik te maken van
Petra	Maar het goede lijntje kan ook juist verpest worden doordat je meegaat de separeer in. Of niet?
Hans	Ehmm… ja je bedoelt bijvoorbeeld dat die cliënt dan de pb-er ziet terwijl hij in de separeer zit eh (stilte) mja, ja ja, dat zou op zich kunnen. kijk in deze situatie speelt ook wel mee dat zij er niet aan bijgedragen heeft dat hij daar zat zeg maar ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	En dat maakt verschil?
Hans	Dat zou verschil kunnen maken denk ik…op zich…eh….ja…vaak….eh….ja mijn ervaring is wel dat ze vanuit eh ja dat de pb-er toch wel vaak postieve bijdrage zou hebben wanneer die ook weer in contact treedt met de cliënt, ook als hij daar ja ook als hij gesepareerd is, dat hij ook dan, ja dat hij ook dan het positieve contact ervaart zeg maar. ***WETEN DOOR ERVARING*** Niet echt dat je ergens ook weer hele gesprekken, dat als zijn pb-er niet eh…ja want de cliënt kan ook het gevoel ,krijgen als zijn pb-er nooit komt terwijl hij in de separeer zit nou, dat kan ook een soort afkeuring oproepen bij de cliënt eh
Petra	Dat ie juist denk van eh
Hans	Ja van waarom wil ze, wil hij of zij me nu niet zien terwijl ik hier zit. Dat zou natuurlijk ook dat is weer de andere kant. Ja dat is altijd heel lastig te eh…maar mijn mijn ervaring, en dat is inderdaad hier en ook wel op andere, op mijn vorige werk, is dat je je kan op zich wel vaakwel positieve bijdraagt als de pb-er gewoon wel contact zoekt. ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Nou en ik ben op zoek naar jouw ervaring dus..
Hans	Ja nee dat is wel mijn ervaring
Petra	Ja ja
Hans	Ja
Petra	Dat je juist die relatie wil inzetten
Hans	Ja ja ja je zit toch wel op de relatie zeg maar dus je kijkt ja de pb-er heeft toch wel meer inzicht, meer contact met de cliënt als eh als de rest dat over het algemeen heeft, ja ja zo gaat het toch en als dat contact dan ook goed is zeg maar, dat verschilt natuurlijk ook weer per relatie, maar dan als dat wel dan ja. Dus was een beetje onze gedachtegang, daarachter zeg maar. ***LEREN DOOR REDENEREN***
Petra	Ja. En dat er dan geen continuïteit in personeel is, dat je steeds met anderen gaat, dat maakt dan niks uit, is ondergeschikt daaraan
Hans	Ehmm, ja, ja in dit eh, ja, dat is bij sommige patiënten ook wel iets waar je rekening mee moet houden dat het beter is als je het zo houdt. Maar in zijn situatie zeg ik nu, mwa, nee dan geloof ik niet dat het voor hem heel vervelend zou zijn. tenminste, nee, dat idee heb ik niet. ***LEREN ONDERSCHEID MAKEN DOOR REDENEREN/ KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Ok. Dan gaan we erheen. Ik beschrijf dat eerst de separeer, nou je weet hoe die eruit ziet.

Hans	Ja
Petra	En wat me opvalt is dat het niet onprettig ruikt zoals dat soms zo kan zijn dat het naar urine ruikt. Er is veel licht maar de ruimte is wel klein. En de gebruikelijke spullen staan klaar. En dan komt er een heel klein klopje op de deur, het gordijntje wordt weggehaald. Zijn naam wordt genoemd. De deur wordt geopend. Mijn vraag is dan: is dat altijd dezelfde manier waarop je naar binnen gaat?
Hans	Eh voor mij als ik de deur open ja, ik doe altijd aankloppen, ja en toch wel dat je zijn naam noemt zeg maar en wat ik soms ook nog wel eens doe, maar dat heb ik nu misschien wel niet gedaan, dat ik ook mijn eigen naam nog wel noem, ja een beetje zo'n combinatie is wel gebruikelijk zeg maar. ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Vraag je of je naar binnen mag?
Hans	Eh…in deze situatie heb ik dat volgens mij niet gedaan. Ja soms soms doe je dat wel ja. Ja als iemand echt gewoon wakker is en die zit op en die eh, ja dat je dan wel weer gelijk het contact leggen, ja dan ben ik over het algemeen ***ROUTINE/ERVARING*** best wel geneigd om te zeggen van eh nou vind je het goed als ik binnenkom of eh ja
Petra	Ja
Hans	Dus ja je maakt inderdaad wel eh contact.
Petra	Ok. In de deuropening ligt een omgevallen bekertje koffie. Heb je dat bekertje gezien?
Hans	Denk het wel
Petra	Met een straaltje koffie eruit
Hans	Ja dat zou best, dat geloof ik best. ***ACHTELOOS***
Petra	Eh jij gaat dan als eerste naar binnen en dan gaat Nienke daarna. Ehm….alleen naar binnen gaan: dat doe je altijd? Is dat niet gevaarlijk?
Hans	Eh ja ligt ook aan de separeersituatie, maar da tis in dit geval ja hij ligt daar, voordat ik naar binnenstap vermoed ik dat hij nog slaapt omdat ik geen reactie krijg dus dan durf ik het wel aan om naar binnen te gaan. Ja. Op zich heb ik sowieso wel bij het naar binnen gaan als het even kan gewoon 1 persoon echt naar binnen zeg maar. ***INSCHATTEN DOOR ERVARING***
Petra	Waarom?
Hans	Ja, aan de ene kant het wordt gelijk vol. Het kan ook, ja ik vind ook als je met zijn tweeën gewoon naar binnen stapt kun je bedreigend overkomen voor de cliënt zeg maar. Vind ik altijd, ***WETEN DOOR ERVARING*** je bent ook vaak, nee sowieso met nog 1 en vaak ben je met 3 collega's, kijk die tweede persoon staat ook wel in de deuropening of bij de deur dus ja voor de veiligheid vind ik dat eh sowieso in deze situatie was dat voldoende. Ja en in een andere situatie, als die persoon wel agressief is moet je je altijd afvragen moet je überhaupt al naar binnen gaan, maar goed dan zou het wel kunnen zijn dat je misschien wel met nog iemand echt naar binnentreed
Petra	En je laat het dus afhangen van hoe agressief iemand is, niet van het toestandsbeeld?
Hans	Hmm…ja nou ja, in principe gewoon van de agressie, en ja natuurlijk ook van gedrag hoe iemand inderdaad ook eh
Petra	Ja, ok He, en dan kniel je bij het bed.
Hans	Ja
Petra	Waarom doe je dat?
Hans	Ehh, nou ik vind het eh….hij ligt ook te slapen zeg maar op zo'n verhoogd matras wel dan. Als ik er dan zo boven blijf staan schreeuwen, ja dat komt dan ook niet heel, komt niet heel goed eh ja, vind ik niet heel prettig voor hem niet eh en voor mezelf ook niet eh ik eh. Ik denk dat het voor hem beter eh voor hem prettiger is als ik gewoon op dezelfde hoogte communiceer zeg maar dus dat ik eh ja, komt ook wel weer minder bedreigend over zeg maar eh ***OOG VOOR DISPOSITIE***
Petra	Maar is het een bejegeningsding of een communicatieding? Toen ik het zag dacht ik is dit nou een communicatietruc of heeft het iets met bejegening te maken?

Hans	Eh, ja ik denk wel beiden maar het is zit wel iets meer op bejegening inderdaad dat je op gelijke hoogte, gelijkwaardig, dat je naast hem komt zeg maar. Dat ik niet van bovenaf op hem schreeuw dat hij zijn nest uit moet komen. ***OOG VOOR DISPOSITIE***
Petra	Dat is de betekenis die jij eraan geeft.
Hans	Het is meer, ja dan zit je meer op de bejegening zeg maar.
Petra	Ja, ik zit naast je zeg maar
Hans	Ja ja gewoon eh beetje gelijkwaardig niveau zeg maar. Want hij lag ook op zijn zij en als hij zijn ogen zou opendoen dan zou hij zien van eh, zou hij mij ook in het gezicht kunnen zien en dan eh, ja misschien zegt hij dan ook van eh: hee H****, eh Hans (glimlach), maar goed
Petra	Ja. He, en dan raak je hem aan. Denk je daarover na?
Hans	Eh. Ja ja . op zich doe je dat, ja ja, dat verschilt ook weer per situatie en ook persoon, misschien wel. Maar ja in zijn geval, ik was natuurlijk bezig om hem verbaal te wekken, waarbij op zich eh kwam daar volgens mij geen reactie op. Eh. En in zijn situatie ja dan is het ook, dan vind ik het ook wel ja vind ik ook wel dat ik hem aanraak en een beetje heen en weer…volgens mij heb ik aan zijn schouders geschud ofzo, toch geprobeerd hem te laten ontwaken. Ja ook weer vanuit de ervaring dat je hem wel kent zeg maar en hij op zijn kamer sliep ie nog wel eens diep zeg maar en dat je dan toch wel als het dan tijd was om medicatie te nemen dat je hem dan ook 's ochtends wel eens wekte op die manier van eh. ***KENNEN VAN DE INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Dus vanuit de ervaring dat het gewoon kon
Hans	Ja, dat je wel hem aanraakt en een beetje heen en weer schudt van Roy even wakker worden. Dus dat ja is ook een manier van het wakker maken. Meer vanuit de ervaring dat je hem langer kent. Ja
Petra	Ja. En dan geef je hem de informatie he "Roy het is nu half een het is zondag 11 maart." Eh..je geeft dan een bepaalde volgorde, heb je daar een idee achter?
Hans	Ja, het is wel een beetje: iemand gewoon in het hier & nu houden zeg maar. Iemand zit toch in de separeer zeg maar en in zijn geval, ja in elk geval, bij een andere situatie vind ik dat ook wel dat je bij de separeer maak je toch wel meer gebruik van die, van tijd, plaats, locatie zeg maar dat je dat gewoon regelmatig benoemd zeg maar. Je zie t ook wel een klok in de separeer, maar het is toch wel voor mensen, ja je krijgt toch wel daar wat minder mee van eh tijd en plaats en eh dag en datum enzo dus eh dat is op zich wel eh gebruikelijk zeg maar eh dat je dat zeg maar eh doet en eh… ***WETEN DOOR ERVARING.***
Petra	Hoe weet je dat eigenlijk dat dat gebruikelijk is?
Hans	Eh….. nou je hebt ook wel, hoe heet dat, separeerprotocollen waar het ook wel op staat dat je sowieso, in de separeer moet sowieso tijd zijn. en vaak eh mensen die dan ook gesepareerd zijn en vooral als het dagen hebt dat je dan ook wel op het krijtbord schrijft van de dag en de datum zeg maar ***WETEN UIT PROTOCOLLEN***
Petra	Maar dat weet je uit protocollen of hoe weet je dat?
Hans	Ja , ja uit protocollen, maar ook gewoon wel uit ervaring dat je dat eh dat het wel gewoon heel veel zo gebeurt zeg maar. Ik vind het zelf ook heel plezierig om daar gebruik van te maken. Gewoon om iemand in te lichten en ja dat ie gewoon eh gewoon een beetje bij blijft zeg maar. ***WETEN UIT PROTOCOLLEN & WETEN UIT ERVARING***
Petra	In al je communicatie heb je het alleen maar over willen en kunnen. en niet over moeten. Ik weet niet of je dat door hebt gehad.
Hans	Njou dat zou best wel ja
Petra	Is dat iets wat je bewust doet? Is dat een ….. (kan niet verstaan)
Hans	Ehh..ja dat is denk ik wel echt LVG…ja ja dat klopt wel.,. het is ook wel weer bejegening. Hij moet op zich niks maar. Het is inderdaad dat je hem een beetje de keuze, ja gewoon bij hem laat, wat verantwoording. Ja je hoopt gewoon dat hij op die manier gewoon weer een beetje in de samenwerking komt. En als je dan inderdaad 'moeten' gebruikt, ja dat is eh..bij heel veel mensen roept dat ook wel weerstand op. ***WETEN DOOR ERVARING*** En ja kijk eh

	wij eh wij hebben ook liever dat iemand zo kort mogelijk in de separeer verblijft zeg maar. ***DOELGERICHT*** Dus dan zou je zeggen van als ie zijn pillen inneemt ben je al een heel eind, dus dan moet hij ze innemen. Maar ja als hij dat niet wil of zo, ja dan ene kant maakt het ons ook weer niet uit. ik bedoel, klinkt een beetje raar maar dat is ook ja als hij eruit wil ja dan dan zou hij er misschien dan toch voor moeten kiezen dat te doen, maar ik ga hem dat niet echt zo dwingend opleggen. Maar ik geef hem wel alle ruimte om hem dat wel te laten zien dat dat eh dat ook kan.
Petra	Dat het een goede optie is?
Hans	Ja (mompel)
Petra	Eh.. wat me opvalt is dat jullie heel erg afwisselen gewoon, dan ben jij weer aan het woord en dan weer Nienke. Dat loopt allemaal door elkaar heen.
Hans	Ja
Petra	Is dat expres?
Hans	Hmm…ja het was in deze situatie wel een beetje zo dat je ja dat ik heb het geprobeerd inderdaad om hem te wekken, nou dat lukte dan dus niet. het was ook weer zo dat je zegt nou misschien lukt het haar wel zeg maar. Dus dat je dan gewoon de andere persoon ook gebruikt zeg maar. Is meer dat je gewoon eh dat je ook een poging doet van eh je wilt hem toch als het even kan wel wakker hebben. Dus dat is dan een beetje meer dat je dat zo doet. ***SAMENWERKEN/SAMENSPEL***
Petra	Zijn er ook momenten dat je wel echt met 1 woordvoerder werkt?
Hans	Jawel, ja, vaak zie je dat eh zie je wel dat eh, ja je spreekt dan ook wel af als iemand in een dienst, ja als je je dienst begint en iemand zit in de separeer dat je wel afspreekt van eh wie gaat er heen, want eh…ja die cliënt hoort natuurlijk ook bij een bepaalde unit he, oost of west. Dus die kant neemt natuurlijk ook in principe de zorg op zich ***ORGANISATIEFACTOREN***
Petra	Ja
Hans	En eh….dus dan heb je wel iemand die op die kant staat dat ie..nou ja op zich is dat dan gebruikelijk dat diegene dan het woord doet eigenlijk. maar goed van te voren spreken we af van welke mensen gaan er heen en wie doet dan het woord. Dus dat is…op zich is het vaak wel gebruikelijk dat beide eh ja dan bij die persoon is
Petra	Dat het een bekende is.
Hans	Ja
Petra	Eh….nou hier hebben we het allemaal al over gehad. Ja, wat ik heel grappig vind..maar nou zit ik het in te vullen, maar goed…de separeer gaat dicht en dan doe je weer het gordijntje erop, jij of Nienke, ik weet het even niet meer.
Hans	Kan wel zijn ja
Petra	Terwijl, het is….er loopt niemand langs he, het is zo gebouwd dat er eigenlijk alleen maar een blinde muur achter zit. Waarom doe je dat gordijntje dan toch erop, waarom zit dat gordijntje daar eigenlijk?
Hans	Ja, dat is eh…een goede vraag..nee ja het heeft een eh ja enerzijds natuurlijk wel voor de ehh toch voor de privacy van diegene die in de separeer zit eh. Als je zeg maar die voorruimte binnenkomt. Kijk diegene zou nog daar ja naakt kunnen rondlopen zeg maar, dat zou natuurlijk kunnen op zich. ***WETEN DOOR ERVARING.*** En dat je dan iemand eh ja, dan geef je diegene nog wel tijd om zich aan te kleden of om eh nou ja bijvoorbeeld. Dus dat is een beetje vanuit dat oogpunt zeg maar. Anderzijds is het ook eh nog wel zo, of ja zo zie ik het, ik weet niet of het heel, of het zo is officieel, maar als het of het is kantjeboord of je komt met meerdere mensen of zo, ja diegene heeft natuurlijk ook niet helemaal eh door wat er eh wie er zijn, hoeveel mensen er zijn. ja het kan natuurlijk ook soms, het kan ook een manier zijn dat iemand eh niet gelijk het overzicht heeft over eh al die eh, over alle begeleiders. Dus ja, misschien dat je toch een keer de separeer in moet om eh als diegene dat niet wil, maar dan is ie nog even een moment eh dan is ie niet gelijk eh ***WETEN DOOR***

	NADENKEN OVER EIGEN VEILIGHEID
Petra	Kun je hem overvallen ***GEWELDDADIG***
Hans	Ja misschien wel bijvoorbeeld ofzo. Ja dat zou ook, dan is het een beetje meer dat. Maar het is vooral gericht op de privacy hoor. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja. En dan zeg je tegen mij van we gaan zo meteen weer. Dan sluiten we het af he. Dan zeg je *"Ja dan gaan we dus zo weer even, want we willen hem graag wel wakker hebben. want anders is ie vannacht weer onrustig. Maar goed dat hoef ik jou niet te zeggen, dat weet je natuurlijk wel."*
Hans	zei ik dat tegen jou?
Petra	Ja
Hans	Ok
Petra	Ehm, ja dat vind ik dus grappig want ….hoe weet je dat? En waarom ga je ervanuit dat ik het ook weet?
Hans	Eh, ja met jouw kennis of in ieder geval met jou ervaring met de doelgroep of je hebt met separeerzorg gewerkt. Nou ja het zou dus wel eh bij Roy, dat is inderdaad ook wel iemand die dag- en nachtritme helemaal omdraait zeg maar dus dat is ook wel inderdaad dus met dat wekken zeg maar, ja dat wij hem wakker wilden hebben. ***DOELGERICHT*** Enerzijds kijken hoe zit ie erbij he, qua gedrag en eh toestandsbeeld. Maar ook gewoon dat je even, ja dat je denkt van voor hetzelfde geld slaapt ie de hele dag weer en dan kun je op je klompen aanvoelen dat hij 's nachts ook mogelijk wel eh in de weer is zeg maar ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	In de nacht?
Hans	Ja ja. Ook wel overdag maar ook wel gewoon in de nacht zeg maar. Dus dat, daarbij denk je dan ook wel op zo'n moment het is wel fijn als je gewoon 's nachts als de anderen ook slapen eh
Petra	Ja
Hans	…slaapt en overdag nou ja, wel actief is, maar 's nachts ja
Petra	Goed
Hans	Dat speelt dan eigenlijk ook mee.
Petra	Hey, dan gaan we voor de tweede keer erin, dat is om één uur, en dan eh, ik ga er even wat sneller doorheen hoor. maar dan zeg je van eh *"Roy, hoe gaat het met je"* nee, dat vraag je niet, je zegt: "*Roy, het is nu 1300u. Wordt je wakker? Dan kun je je medicatie nemen, even koffie drinken,dan kijken we hoe het met je gaat. dan kun je even roken."* Er is niet een moment dat je aan hem vraagt van hoe is het met je? Je doet eigenlijk alleen mededelingen, je vraagt niks he. Is daar eh, zit daar een afweging achter? Bewust of onbewust ook?
Hans	Ja in zijn geval ook wel weer een stukje bejegening dat je eh, dat je op zich bied je hem wel van alles he en je verwacht ook wel weer wat van hem qua medicatie-inname en ehm ja enerzijds ja ook weer een beetje bejegening, wil je hem ook weer niet eh al te veel ruimte zeg maar geven, dus je wil eh, ja je geeft hem zeg maar wel eh, ja je geeft hem wel koffie en rookwaar, dat wat hij wel eh prettig vindt, ik ga ervanuit dat hij daar wel eh blij mee is of mee zou kunnen instemmen. Maar ja, dan hoop je ook dat hij zijn medicatie neemt en dat je dan eh. ***DOELGERICHT***
Petra	He en niet te veel ruimte geven?
Hans	Eh…ja nou ja hij is ook wel iemand die zeg maar ook eh wel onverzadigbaar is zeg maar in het eh ja ook bijvoorbeeld in het roken of eh in het eh hij legt wel hele grote eh ja, hoe zeg je dat eh op de begeleiding een hele grote eh ***GENERALISEREN/INDIVIDU WEGZETTEN***
Petra	Claim?
Hans	Ja een groot beroep doet hij daar op zeg maar, dus hij, maar dat heeft ook wel te maken met zijn LVG zeg maar en zijn leeftijd zeg maar en zijn emotioneel functioneren dat ie ja

	GENERALISEREN
Petra	Maar waarom, hoe kan het leiden van de vraag "Hoe is het met je" tot een groot beroep op je doen?
Hans	Eh…ja nee ik denk dat je, ja, op zich is dat niet gelijk zo, maar ik denk dat je de situatie, ja, hij is toch een beetje meer eh. Ja we zijn, we waren gewoon gericht op het maken van contact zeg maar en toch die medicatie-inname zeg maar wel belangrijk. Nu hij had inderdaad medicatie voor de anti-psychotica zeg maar. En hij is eh hij is wel gevoelig voor als hij zijn medicatie al een tijdje of eh ja dat gaat toch best wel vrij snel als hij hem slecht inneemt, dan wordt hij toch vrij snel psychotisch. ***DOELGERICHT***
Petra	Dus dat was wel heel erg het doel
Hans	Ja , dus je probeert een beetje, je brengt het niet als zijnde moeten, maar op een andere manier stuur je hem wel een beetje die richting eh. Je verleidt hem wel tot zeg maar ***WETEN UIT ERVARING***
Petra	Ja, je had heel duidelijk een doel denk ik he
Hans	Ja Ja
Petra	Was dat ook zijn doel?
Hans	Eh (stilte), ja ik denk wel dat hij eruit wou ja. Naar mijn idee. Eh. Op zich is hij het dan ook wel weer daar zat eh. En als ie dan eruit kan dan wil hij ook wel weer eh gewoon weer de groep op en eh ja de normale gang van zaken aan vangen , dus op zich eh ***NIET AANSLUITEN***
Petra	Ja. Op een bepaald moment dan schudt je hel dwingend aan de patiënt. Of dwingend….maar dan begin je echt eh
Hans	Heel stevig.
Petra	Te schudden. Daar ga je best ver in, vind ik dan he als buitenstaander. Ehm…hoe ver vind je dat je daarin kunt gaan?
Hans	Ja, dat is inderdaad heel erg afhankelijk van de persoon en situatie ***KENNEN VAN HET INDIVIDU***
Petra	Ja
Hans	En er zijn gevallen inderdaad, wat ik al eerder zei dat je hem toch al kende he. Dat je hem he dat je hem ja met dat wakker maken zeg maar, dat was wel iets wat je wel eens vaker deed zeg maar ook als hij nog op zijn kamer was. ***KENNEN VAN HET INDIVIDU*** Ehm……ja dus in dit geval ehm…… ***INSCHATTEN VAN HET MOMENT***vond ik het blijkbaar wel eh verantwoord of wel eh…
Petra	En het leidt je dus heel erg af vanuit dat je hem kent.
Hans	Ja. De relatie
Petra	Ja.
Hans	Eh ja. De ervaring die je met hem hebt. ***KENNEN VAN HET INDIVIDU*** Ook hoe je ja, ja dat spreekt zeker een rol. Ik zou niet bij iedereen gaan lopen duwen. Nee, op zich ben ik er juist niet zo van om eh bij wijze van spreken dekens eraf te trekken en eh gaan lopen duwen. Maar wat ik zeg, bij hem zou je kunnen zeggen dan mag het wel iets meer eh iets meer druk uitoefenen op die manier zeg maar gewoon eh een beetje heen en weer te schudden. ***GEBRUIK VAN MACHT, VAN ASYMMETRIE***
Petra	Dat kan
Hans	Ja dat vond ik wel verantwoord, ja dat vond ik ook nog eh ja ook nog wel humaan zeg maar.
Petra	Ja ja
Hans	Ja jawel ja
Petra	He dan ga ik even door naar hetvolgende moment. Want dan op een gegeven moment dan zet je het licht aan.
Hans	Ja
Petra	Weet je dat nog
Hans	Ja, ik zie mezelf dat wel doen ja

Petra	Oh je ziet jezelf dat wel doen.. Dat heb je wel vaker gedaan dan?
Hans	Ja. Nou dat is weer een beetje hetzelfde dat je ziet van iemand met zijn dag- en nachtritme, van ok, het is nu dag he. Er viel daar natuurlijk ook wel daglicht binnen in die ruimte. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja
Hans	Maar goed, het blijft natuurlijk wel altijd ietsje , nou ja, niet helemaal zo met dat licht. Ja dat heeft ook wel zo zijn functie van eh dat je hem toch wekt van eh hee het is licht….enerzijds het daglicht, maar ook het licht is aan. Dus het is eh ontwaaktijd eigenlijk, dus het is meer, nog weer een middel dat je toch gebruikt ook op die manier dat je controle enigszins het dag- en nachtritme en ook gewoon eh ja: het is een heel duidelijk eh. ***DOELGERICHT***
Petra	Dus je had heel sterk dat doel voor ogen.
Hans	Ja hoor dat was iets wat ik eh wat bijdraagt aan eh, ja je wil iemand of is dit geval wil je hem toch wel graag ja wakker hebben. ***DOELGERICHT***
Petra	En had je nog meer gedaan? Want op een gegeven moment begin je ook te varieren in stemhoogte..vond ik ook heel grappig
Hans	Ja dat was voor mij ook wel natuurlijk, ja je begint niet gelijk bij wijze van spreken te schreeuwen van 'hey wakker worden' maar eh je doet het eerst normaal en dan misschien dat iemand wat diep slaapt en dan is het ook wel nodig dat je iets meer eh stemgeluid eh gebruikt zeg maar dus ja het was allemaal wel eh op zich heel gericht en duidelijk en ja eh doordacht of nou ja, wel ja bewust van dat je inderdaad wilt, je allerlei pogingen deed om hem te doen ontwaken zeg maar. ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Ja want wat was de volgende stap geweest?
Hans	Ehm…….nou dit was, ik was nu op zich wel (lachje) wel een beetje aan het eind van eh van eh mijn mogelijkheden zeg maar. Je gaat dan eh kijken in zijn geval eh of in de meeste gevallen ja eh…***GENERALISEREN*** nee heel veel verder kun je ook niet gaan zeg maar. Het is niet dat je, tenminste als ik voor mijzelf spreek, zou ik niet eh de deken af eh afgooien ofzo. Dat zou je kunnen doen natuurlijk, je zou de deken kunnen meenemen ofzo. Maar ja dat is eh dat dat doe ik eigenlijk nie…dat zie je nee….
Petra	En waar ligt het verschil dan? Waarom zou je dat niet doen? waarom wel het licht aan en trek je niet de deken eraf?
Hans	Nou, dat vind ik, die deken eraf trekken vind ik wel dat je, ja vind ik wel eh dat je dan nog wat meer inbreuk doet op zijn privacy ***AANTASTEN PRIVACY*** en het is eh het is ook eh..nee ik vind gewoon ja dat ja eh nee dit gaat wel iets eh je moet eh of je neemt eh ja je neemt dan echt iets af zeg maar, ***REFLECTIEF*** ja die deken is niet echt van hem persoonlijk maar hij ligt daar wel onder dus eh…. Nee ik vind het wel eh nee, ik vind
Petra	Daar ligt de grens?
Hans	Ja, dat gaat gewoon te ver dat je hem de deken afpakt of eh ja.
Petra	Hij wordt wel geagiteerd he een beetje met da licht aandoen.
Hans	Ja, hij werd wel een beetje wakker he ***ZELFREFERENTIEEL***
Petra	Ja, noem je het wakker.
Hans	Wakker he ja ja
Petra	Hij werd volgens mij ook een beetje geagiteerd, hij begint een beetje te brommen
Hans	Oh ja.. ja ja, nu begint het een beetje te dagen ja.
Petra	*"Ga nou toch weg" "ik neem geen medicatie".*
Hans	Oh ja ok ja, dat is waar ja. Ja nou ja, we hadden dus het doel bereikt dat ie wakker werd en ja, hij raakte inderdaad wel wat geagiteerd. ***DOEL=HEILIG***
Petra	Maar dat is dan zo
Hans	Ja, dat is dan, dat was dan maar zo. Ja ja, dat is op zich ook wel herkenbaar en ja, ik had ook niet verwacht dat ie heel vrolijk wakker zou worden eigenlijk.. ja misschien ook wel

	gewoon, ja ik vond dit nog wel acceptabel. ***ZELFREFERENTIEEL*** Ja ik snap ook wel ja, wij waren natuurlijk gewoon wel redelijk stevig aan het wekken, dan verwacht ik ook wel, dat mag je ook wel ehm ja, liever werd hij niet wakker, dus ja, dus dan mag ie ook wel. Ik zie het ook wel als gewonde ochtendhumeur-reactie zeg maar. ***MISMATCH*** Ik zag dan niet gelijk zeg maar als enorme agressie maar meer van eh, nou ja: hij vond het natuurlijk niet prettig om gewekt te worden, snap ik ook wel. Dus dat was wel eh, ja ook hoe hij reageerde was het wel eh begrijpelijk, vanuit zijn kant wel. Ook acceptabel. ***NIET AANSLUITEN***
Petra	Want vanuit zijn kant, wat ziet hij?
Hans	Ehm. Ja hij ziet natuurlijk toch dat er mensen proberen te wekken waar hij dan nog geen behoefte aan had, leek het wel. Dus ja, als je dan daar een beetje narrig van wordt, ja is dat wel eh begrijpelijk of ja…kan ik me wel enigszins in inleven zeg maar. ***MACHTGEBRUIK***
Petra	Maar is het vergelijkbaar met de wekker die bij mij om half zeven 's ochtends gaat en dat ik daar ook gewoon soms sacherijnig van kan worden?
Hans	Ja, zo moet je, zo moet je
Petra	Zo moet ik het zien?
Hans	Ja, zo schat ik het een beetje in van eh *nee he, oh sjit ik moet wakker worden. ik wil eigenlijk niet.* en ne nou ja.
Petra	Hee en dan het laatste moment. Dan eh komt de moeder opeens
Hans	Oh ja, dat is waar
Petra	Ehm..heeft zij jullie gebeld? Hebben jullie haar gebeld?
Hans	Nee, zij eh zij eh phoe….zij… ja we hebben wel contact met haar gehad. Wij wisten waarschijnlijk al dat zij zou komen denk ik. dat weten we altijd wel als ze op bezoek komt. Ja wel, we hadden ook wel gebeld van eh inderdaad *hij slaapt nog* . maar ze zou toch komen volgens mij.
Petra	Maar even mijn vraag: informeren jullie familie expres omdat er iemand in de separeer is. of niet per se
Hans	Eh hoeft niet, het is niet dat wij dat bij iedereen doen zeg maar. Ehm… er zijn situaties weer wel eh waar we ook wel contact met de moeder eh….vanuit de verpleging wel. Dus er was ook wel op zich wel goed contact met de moeder. Dus ja, wij lichten haar wel altijd is als hij zeg maar in de separeer zat of hij bijvoorbeeld ook wegliep. Eh ja, zulk soort dingen, we hadden wel contact met haar over haar zoon van nou als er iets was zeg maar. Nee, en zij kwam dus wel eens op bezoek inderdaad ja.
Petra	En de mededeling naar hem van je moeder komt eraan, dat lijkt het omslagpunt he. Vanaf dan wordt het hele contact anders.
Hans	Oke, ja dat zal eh. Dat had wel een positieve invloed?
Petra	Ja. Herken je dat niet?
Hans	Jawel, maar ik weet niet, heb je daar ook iets over staan, want ik…
Petra	Ja. Hans gaat naar binnen. Knielt weer bij hem. Zegt hem eerst de tijd. Vertelt hem dat we graag willen dat hij wakker wordt. (*"het is nu 2 uur, we willen graag dat je wakker wordt.)* Patiënt bromt wat. Dan vertelt Hans dat zijn moeder onderweg is om op visite te komen. Patiënt begint te reageren met 'ja' en 'nee'. Patiënt komt omhoog, gaat zitten. En dan doe ik zelf een stap achteruit. Het eerste moment dat hij begint te bewegen eigenlijk überhaupt ook iets zegt. En dat vond ik zo grappig dus ik was wel benieuwd of die familie nu expres ingezet werd soms als middel.
Hans	Eh……nee, op zich niet. moeder was al een gepland bezoek. Ga ik vanuit, ja dat weet ik haast wel zeker. Ehm..nou ondanks dat hij zeg maar in de separeer zit laat je de moeder wel gewoon komen. ja dat is wel eh, als het even kan ***RELATIEGESTUURD***
Petra	Altijd?
Hans	Eh…nou ik vind, ja, persoonlijk wil ik daar wel vrij ver in gaan dat je het bezoek niet zomaar

	onthoudt zeg maar. ***RELATIEGERICHT*** Nee, je kan sowieso iemand naar de afdeling laten komen en dan kun je altijd op het moment kan het natuurlijk altijd anders zijn. Maar ja, ook in zijn situatie, wat ik zeg, als je ook een contactmoment of moeder is op bezoek ja. Stel hij zat nog in de separeer en zij was daar op bezoek dan. Ja ik bedoel, je doet ook altijd dat je natuurlijk kijkt van eh is het veilig zeg maar. Dus eh. En ja, bij hem verwacht je dan ook niet dat hij bijvoorbeeld als hij met zijn moeder daar zit dat hij dan in een keer enorme agressie losbreekt zeg maar dus dat is ook weer persoon- en situatie-afhankelijk uiteraard. ***WETEN IN TE SCHATTEN DOOR ERVARING*** Maar ja, sowieso.
Petra	Hmhm
Hans	Ben er niet voorstander van als iemand op bezoek komt en iemand is gesepareerd om dan eh te zeggen van *nee, u mag niet of wel ofzo.*
Petra	En zet je wel eens expres familie wel in?
Hans	Eh…. Hier heb ik dat eigenlijk nog niet echt meegemaakt nee. Als ik eerlijk ben. En van mijn vorige werk eh ja, was natuurlijk wel een andere groep mensen, maar daar werd ook wel eens gesepareerd enzo en dat iemand daar ook wel wat langer verbleef. Ja, dan kwam die moeder ook wel op bezoek en dan ja, die deed ook wel haar op haar manier eh ja haar best om die eh haar zoon een beetje positieve dinges… ***DOELGERICHT*** en daar ja daar gaf ik wel ruimte voor altijd ja. Dat juichte je ook wel toe in die zin van ja *zoek maar op, maak maar contact.* Of ja, dat je wel samenwerking met elkaar eh ja. Ja op zich is dat wel iets eh ja, als het kan eh ja! Ben ik daar ook wel voorstander van. ***FUNCTIONEEL GEBRUIKENVAN DE RELATIE***
Petra	Ik lees weer even een stukje voor: De patiënt heeft het vorige moment de tijd verkeerd begrepen: hij dacht dat het toen 1400u was. Begint hier een discussie over: Hans heeft het verkeerd gezegd. Hans gaat hier niet op in. Zegt alleen dat het nu 1400u is en dat zij om 1330u voor het laatst bij hem waren. Zegt ook niet dat de patiënt het verkeerd heeft.
Hans	Nee, dat is ook wel bewust. Hij eh, hij zegt eh…het heeft ook geen zin om dan in een welles-nietes-verhaal te komen. of zo bejegen ik het dan. ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Maar hoe eh hoe weet je dan dat het geen zin heeft? Waarom ga je dan niet juist zeggen van, op je strepen staan?
Hans	Neuh, dat vind ik niet op zich nee, het is ook niet zo'n heel eh. Niet een heel belangrijk ding eh. Eigenlijk he vond ik het eh…ja het was op dat moment 2 uur ja. Ik ja ik eh…ik had eigenlijk zoiets van nee, wat er dan wel achter zit is dat hij eh….ja je had weer met elkaar contact zeg maar met hem, en ja ook wel, op zich ook wel een positief contact gewoon. Ja, de goede kant op. Dus ik heb dan eh, dan heb ik ook geen zin om eh om nu de strijd aan te gaan om zoiets zeg maar. ***DOELGERICHT***
Petra	En hoe weet je dat?, wie eh, Heb je dat geleerd? Heeft iemand je dat verteld? Heb je het uit een boekje?
Hans	Ha, ja het is wel eh ervaring dat het gewoon en ook wel ***WETEN DOOR ERVARING***
Petra	Is het dan dat je het een keertje anders hebt gedaan en dat het dan verkeerd loopt of is het eh heb je het gezien bij iemand?
Hans	Eh..nou als je met mensen inderdaad de strijd aangaat, ***GENERALISEREN*** dat klinkt een beetje zwaar, maar eh en dan als je inderdaad eh ja dan heb je gewoon, dan heb je niet eh dan heb je gewoon niet een positieve manier contact zeg maar. Dus het is gewoon zeg maar dan ook mijn eh bejegeningsstijl om gewoon ja, ik negeer dat gewoon en ik klets er gewoon overheen zeg maar. Dus dat is eh een manier om te, ja dat je dan hoopt dat hij er ook wel over stopt zeg maar. Ja dat is op zich zeg maar, ja dat is eigenlijk schenk je er wel aandacht aan maar niet…ja tenminste zelf, ik had het ook wel door van hee, nu gaan we eigenlijk een weg op die ik niet wil, dus dan (mompel)
Petra	Dus dan neem ik hem ook niet…
Hans	Ja, negeren, ik benoem nogmaals de tijd, dus ik klets er een beetje overheen. Als ik mazzel

	heb dan eh laat hij het even los en dan gaan we gewoon eh die positieve lijn vasthouden.
Petra	En dan eh…leg jij uit dat hij nu zijn medicatie moet nemen en dan om 1430 kan roken en dan om 1500 u zijn moeder kan ontvangen. Letterlijk: *"je neemt nu eerst je medicatie, dan kan je om 1430 roken en dan komt je moeder om 1500).* Patiënt neemt de medicatie en de patiënt wil onderhandelen, wil nu wel roken en koffie drinken. Daar ga je niet op in. En dan zegt hij: *"je kan toch ook over 10 minuten komen, waarom moeten we nu wachten?"* en dan leg je uit dat hij eerst maar eens even rustig wakker moet worden en dat hij dan kan roken. De patiënt denkt juist dat hij weer in slaap gaat vallen als hij alleen wordt gelaten. Je gaat hier niet op in en je zegt dan duidelijk dat je gaat vertrekken en dat je terugkomt met schone kleren, sigaretten en het brandalarm van de separeer uit. De patiënt zegt dat hij geen schone kleren meer heeft en dan leg je uit dat er al wat gewassen is, dat ze dat mee zullen nemen. Dan vertrek je, nadat je hebt herhaald wat de bedoeling is. Je hebt dan net contact met hem.
Hans	Ja
Petra	Hij vraagt dan iets aan jou….en dan ga je er niet op in.
Hans	Over dat roken.
Petra	Ja
Hans	Ja
Petra	Terwijl, je hebt hem eigenlijk in de mee-stand. Waarom ga je er toch niet op in?
Hans	Ehm….wat je…wat je of wat ik wil is…je hebt toch nog wel de behoefte aan dat je enigszins de controle hebt over eh ja, over de situatie zeg maar. ***ZELFREFERENTIEEL*** Ik bedoel je hebt eh eh het doel is wel bereikt zeg maar: hij heeft medicatie genomen en hij is wakker, hij is in de samenwerking, bezoek is onderweg, het lijkt wel dat hij het kan ontvangen zeg maar, dat is wel dat je denkt dat moet wel gaan lukken. Ehm..ja je wilt iemand ook gewoon niet te snel doen zeg maar. Dat is ook weer eh bejegening, een interventie van eh. Ja je wilt ook alles gewoon rustig aan doen, je wilt gewoon even, gewoon een beetje stap voor stap wil je
Petra	En waarom?
Hans	Ehm, ja ook om hem ook gewoon wel wat rust te geven zeg maar. Hij moet niet weer gelijk, hij zit in de separeer, hij zit daar toch al weer zoveel uren, meeste tijd heeft hij wel geslapen, maar goed het is toch een prikkelarme omgeving. En je bent wel eh je hebt toch wel weer wat meer met hem gekletst met hem dan alle momenten daarvoor, hij weet dan zijn moeder komt, dat is allemaal informatie heeft hij net gekregen dat ie moet gaan verwerken. Eh, ja en dan de volgende stap is weer dat eh het aankleden en dat eh roken zeg maar. Je wilt ***GOEDPRATEN VOOR HET INTERVIEW***
Petra	Je wilt het niet overprikkelen, is dat wat je bedoelt te zeggen?
Hans	Ja, niet overprikkelen, je wilt het ook een beetje normaliseren in die zin dat je zegt, ja je wilt toch wel gewoon ja dat hij zich aankleed zeg maar he, hij had nog zijn separeerpakje ***OPVALLENDE WOORDKEUZE*** aan denk ik. dus hij…gewoon eh…hij wil natuurlijk bezoek ontvangen op de afdeling, nou prima dan is het ook weer de gewone, dan heb je weer je gewone kleren nodig. dus dan is stap 1 dat aankleden en dan kan je roken en dan een beetje de..eh ja..eigenlijk je probeert hem ook weer een beetje in het ritme te eh te krijgen van de gebruikelijke ja, van zijn gebruikelijke…. ***ZELFREFERENTIEEL***
Petra	Het regime van de afdeling?
Hans	Nou ja
Petra	En je noemt ook ik wil controle houden. wat bedoel je daarmee?
Hans	Nou ja, dat je wilt, op zich heb je dat je zelf ook nog wel een beetje…eh eh…ja dat je ook gewoon wel een beetje…op die manier zeg maar dat je het ook allemaal kadert zeg maar…een beetje inkadert…nou dan hou je zelf ook gewoon wel eh goed overzicht over de situatie zelf, ***ZELFREFERENTIEEL*** van ok, we gaan eerst even weg, we halen even zijn kleding op, hij kan roken, dus gewoon een beetje stap-voor-stap dan is het eh
Petra	Prettig voor jou of voor de patiënt?

Hans	Ja ja voor hem en voor ons is het ook wel eh toch goed denk ik dat je zo'n momentje, dan kun je nog heel even met elkaar reflecteren natuurlijk van nou, hoe ging het nu. Dus het is ook gewoon een beetje… ***ZELFREFERENTIEEL***
Petra	Ja, dus het gaat er ook om dat jij met een ander kan kijken van zijn we het er echt mee eens dat ie gaat roken en
Hans	Ja je wilt toch even een slagje om de arm houden. ***ZELFREFERENTIEEL***
Petra	Ja
Hans	Ja ja ook
Petra	Hee, we zijn erdoor heen. Nou heb je heel veel verteld en heel vaak heb je gezegd "Ja dat weet ik gewoon". Kun je me iets vertellen over hoe je dat gewoon weet. Heb je ooit een boek gelezen over hoe separeerverzorging werkt, het je een mentor gehad, heb je……
Hans	Nou, je hebt wel heel veel geleerd inderdaad op mijn vorige werkplek met separeer zeg maar, wat daar ook gebeurde. Ja het zijn ook wel toch eh protocollen voor zeg maar. ***WETEN DOOR ERVARING / WETEN DOOR PROTOCOLLEN***
Petra	Dus je kent de protocollen
Hans	Hoe separeerzorg, hoe dat zit en ook gewoon door het vaak, ja misschien helaas, vaak gebeurde, zeg maar. Dat je er toch wel ervaren in bent. ***WETEN DOOR ERVARING*** Dat je weet van nou ja hoe, hoe bejegen je iemand in de zorg. Dus ja, dat speelt allemaal wel mee. het is wel zo inderdaad dat ik vanuit mijn opleiding zeg maar, ik heb eerst MBO gedaan en toen later nog HBO zeg maar, dus ik ben verpleegkundige, daar inderdaad weinig eh, krijg je daar weinig over zeg maar. Of gewoon niet over separeerzorg niet eigenlijk. en je hebt het er ook wel eens over ja. Nou ja, dus dat komt daar heel weinig aan bod zeg maar. Je moet het wel meer hebben vanuit ervaring zeg maar en vanuit wat de instelling ook aanlevert als zijnde protocollen en eh ja reglementen. ***WETEN DOOR ERVARING/ WETEN DOOR DE KADERS***
Petra	Maar je hebt nooit een training gehad?
Hans	Nee, nou je hebt natuurlijk de wat inderdaad op mijn vorige werk dan nog was het de Controle Fysieke Beheersing zeg maar (CFB), nou ja daar heb je dus ook je fysiek ingrijpen is meestal naar de separeer brengen, daar inderdaad heb je ook wel…daar leerde je ook wel uit van inderdaad dus van eh dat van tijd en plaats, dat je met mensen afspraken maakte van wanneer kom ik terug en eh hoe heet ik en dat je bijvoorbeeld aanklopt, dat eh soort plaatje, dat wel. Dan ga je een beetje om en nabij de separeer ook om met die cliënt….dus ja, dat komt daar wel heel erg uit. toch wel, dus dat heb ik ook daar wel geleerd. Ja, dus het is een beetje die combinatie. ***WETEN DOOR CURSUS***
Petra	De combinatie van…?
Hans	Ja, ervaring, nou en die CFB-cursus inderdaad dan, dat was echt zo'n 5daagse training zeg maar. Daar heb ik ook wel veel uitgehaald en dat je wel dan, ja ook wel van mijn vorige werk dan, dat je ook wel geregeld eh ja in situaties eh dat je dus dan mag doen leer je dat ook zeg maar natuurlijk
Petra	Ja
Hans	En ja, dat was het zeg maar. Dat is wel het gros zeg maar. Ik heb toevallig las ik weer eens terug thuis een psychiatrie verpleegkunde boek te kijken en daar stond wel wat in over separaarzorg
Petra	Oke
Hans	Op zich viel me dat dan nog niets tegen. Dat boek was ook niet heel oud ofzo dus op zich is dat eh…maar daar wordt dan toch weinig tot niet behandeld zeg maar. Mijn ervaring he, laat ik het zo zeggen. Dus dat eh
Petra	Ik heb het onderwerp ook niet voor niets gekozen
Hans	Nee, precies
Petra	Oke, hee, dank je wel!
Hans	Oke, graag gedaan.

Bijlage 4c interview Nienke

Op 07-05-2012 vond een interview plaats op Wier+ met Nienke. Het interview werd gehouden aan de hand van de observaties en de bijbehorende vragen, zoals u dat kunt lezen in bijlage 4a.Hieronder vindt u de letterlijke tekst. Waar woorden als ***VOLGT*** getypt zijn, betreft het een codering. In paragraaf 5.1.3. kunt u daar meer over lezen.

Petra	Wat ik heb gedaan, ik heb alle, eh, de hele casus uitgeschreven, van minuut tot minuut zeg maar. En die zal ik steeds voorlezen en dan vraag ik je, dan stel ik stel ik steeds vragen over je afwegingen. Waarbij het dus niet zo gaat om of het goed of fout is, maar meer waarom je doet wat je doet. Ehm..en ik begin eerst even met wat algemene vragen. Oh, ik heb je trouwens Nienke genoemd, dan weet je dat even.
Nienke	Oh ja, dat is goed.
Petra	Ehmm als algemene vraag: hoe lang werk je hier?
Nienke	Op deze afdeling?
Petra	Ja
Nienke	Vanaf september.
Petra	Vanaf september. En daarvoor heb je ergens anders gewerkt?
Nienke	Toen ben ik ook anderhalf jaar invaller geweest bij wier
Petra	Ja
Nienke	En daarvoor heb ik nog 10 maanden stage gelopen bij wier, als maatschappelijk werker.
Petra	Ok, en op al die plekken werd wel gesepareerd?
Nienke	Ja
Petra	Hoelang heb je nu te maken met separeerzorg?
Nienke	Ehm, dat zal nu 2 jaar zijn.
Petra	Ok. En zou je jezelf ervaren noemen, bekwaam?
Nienke	Ehm..nou, niet heel ervaren. Want ik heb het niet heel vaak gedaan.
Petra	Ok. Want deze casus is vaker gesepareerd geweest en die casus daarvoor, [naam], geloof ik ook he
Nienke	Even denken. Ja, maar die zat echt continu in de separeer, dus dat was…ja oke,…
Petra	Dan heb je ook separeerzorg
Nienke	Ja, dat is waar, dat is waar.
Petra	En andere cases, wordt hier veel gesepareerd?
Nienke	Nee, nee. Geloof de laatste tijd niet.
Petra	Nee, dat heb ik gemerkt (lachen beiden)
Nienke	We hadden toevallig er zaterdag nog een.
Petra	Oh echt
Nienke	Maar dat was net na jouw mail (dat ik naar plan B was overgestapt)
Petra	Oh, nou ja goed. Jammer dat er gesepareerd heeft gemoeten, maar goed. Ehm…als je terugdenkt aan die casus met Roy, die dag dat ik meekeek, hoe tevreden was je daarover?
Nienke	Ja, ik ben er wel vrij tevreden over, omdat we, ik in elk geval, voor mijn eigen gevoel wel mijn best heb gedaan om hem zo goed mogelijk te begeleiden die dag ***PATIËNT CENTRAAL***
Petra	Als je jezelf een cijfer zou moeten geven?
Nienke	(stilte)…dan denk ik een 8
Petra	Ja, ja, dat kan. Nou, ik begin even voor te lezen, want dan heb je het misschien weer even terug.
Nienke	Ja
Petra	De patiënt is Roy, RM, afgelopen vrijdag weggegaan tijdens vrijheden, sindsdien ongeoorloofd afwezig. De patiënt is opgepakt in Soest voor diefstal, vanuit

	arrestantencomplex Houten zaterdag begin van de avond met de ambulance naar de kliniek teruggebracht. Dat ging in eerste instantie goed, de heer kreeg kamerprogramma (niet gesloten). In de nacht is de heer steeds aan het heen en weer dralen. Komt steeds van zijn kamer af. Op een bepaald moment heeft hij zijn kamer gesloopt (incl zijn TV) en wil hij naar het kantoor, wil daar het bureau ook slopen. Dit hebben ze voorkomen door hem met koffie uit het kantoor weg te lokken. Toen besloten te separeren. Patiënt is vrijwillig naar separeer gegaan. Als ik die ochtend langskom blijkt er nog geen contact met de patiënt zijn geweest: “Hij ligt in een coma..” De verpleging vertelt me dat er in het behandelplan staat dat hij, wanneer hij vrijwillig gesepareerd wordt, gedesepareerd wordt wanneer verpleging dit verantwoord vindt. Bij twijfel kunnen zij buiten kantoortijden het ANW- hoofd erbij halen. Ik wordt in de ochtend gebeld. Ik overleg met hen. Zij zeggen dat we 1230u naar hem toegaan. Gevraagd wordt of het mij goed uitkomt om 1230, anders kan het eventueel ook wel om 1300u. Tijden lijken niet vast te staan. Tijdens voorbespreking leg ik even uit waar ik sta en dat ik daarna direct ga typen enz. Nienke komt binnen, zij is de PB-er van Roy, zij had een tussendienst, dus later in dienst. Zij wil even bijgepraat worden en ze schrikt ervan. Er wordt gespeculeerd over waarom het zover heeft kunnen komen. Een van de verpleegkundigen denk dat hij zich heeft laten separeren om de aandacht. De anderen gaan hier niet op in, maar spreken het ook niet tegen. Ook vragen de aanwezigen zich af of hij nog wel weet dat hij zo tekeer is gegaan. Hij is bekend met agressie tegen spullen in zijn kamer, maar meestal laat hij zijn apparatuur ongeschonden. De vraag rijst of hij niet psychotisch is geweest? Ook vragen zij zich af of hij zijn anti-psychotica in het cellencomplex wel heeft gehad. Er wordt afgesproken om hem in het contactmoment te vragen of hij nog weet dat hij zijn TV heeft gesloopt. Zo niet, dan geeft dat informatie over zijn staat die zaterdagavond. De PB-er geeft aan dat ze over roken moeten beginnen, daar is hij altijd wel voor te porren. PB-er geeft ook aan mee te willen naar de separeer. Eigenlijk zouden Hans en Ernst gaan. Ernst valt af (*“Anders wordt het zo druk”*). In de middag gaan er dus andere mensen naar de separeer dan in de ochtend. Doel wordt besproken: kijken of ie wakker is, hoe die is, medicatie laten nemen, en dan terug naar kantoor om gezamenlijk te overleggen en te beslissen over wat verder. Herken je het weer?
Nienke	Ja
Petra	Ok, nou dan ga ik hier een paar vragen over stellen. Ehm, in de nacht wordt er..op een gegeven moment dan lokken ze hem weg uit het kantoor met koffie.
Nienke	Ja
Petra	Hoe weet je dit soort dingen van een patiënt?
Nienke	Dat je hem met koffie weg kan lokken?
Petra	ja. En later ook he, jij zegt ook dat ie voor roken altijd wel te porren is, hoe weet je dat?
Nienke	Nou, ja in de andere contacten vaak overdag, dan beginnen we eigenlijk altijd zijn moment met koffie. Want dan is ie ook altijd dan te motiveren om van zijn kamer af te komen en het contactmoment goed te beginnen. Dat is, ja, daar vraagt ie ook eigenlijk altijd zelf om als we beginnen. ***KENNEN INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Staat dat ergens beschreven in een behandelplan, bejegeningsplan
Nienke	Nee
Petra	Ok hee, en hij gaat dan vrijwillig mee naar de separeer. Ehm…maakt het voor jou uit of je

	naar iemand in de separeer gaat die vrijwillig is of die niet vrijwillig naar de separeer is gegaan?
Nienke	Ja, want het, ik vind het sowieso een…ja het lijkt me nooit leuk voor de patiënt om zelf eh ja, om met overmacht gesepareerd te moeten worden. dan heeft ie zelf nog het gevoel dat ie een keuze heeft als ie vrijwillig kan gaan. ***INLEVEN***
Petra	Ja, is dat zo?
Nienke	Ja..eh..tenminste als ie vrijwillig gaat
Petra	Ja?
Nienke	Ja, dat denk ik wel. Want we hebben wel, ja,in zijn geval eh. Het is lastig, ik denk. Sommige patiënten geven aan dat ze voor hun eigen rust gesepareerd willen worden, dat ze afgesloten kunnen worden en weinig prikkels kunnen hebben. dus als hij er dan vrijwillig voor kiest om naar de separeer te gaan..tja, ik denk dan toch wel dat hij daar een keuze in heeft.
Petra	Ja. En dat maakt dus voor jou verschil hoe je erheen gaat?
Nienke	Ja ja
Petra	Want…waarin dan? Wat doe je dan anders?
Nienke	Ehm.. je bedoelt als we dan daarna een contactmoment hebben als hij in de separeer is
Petra	Ja, bijvoorbeeld.
Nienke	Ja, nou, het is in het algemeen zo denk ik dat als je iemand onder dwang naar de separeer moet brengen, dat het gewoon niet fijn is voor de cliënt. ***INLEVEN***
Petra	Nee, dat snap ik. maar als iemand onder dwang in de separeer zit dan ga je er op een andere manier heen dan als ie vrijwillig in de separeer zit, zeg je
Nienke	Nou, ik denk niet als ie er eenmaal inzit.
Petra	Oh dan is het anders. Maar je bedoelt meer het separeren zelf
Nienke	Ja, maar als ie er eenmaal inzit dan is gewoon het doel denk ik om hem zo snel mogelijk weer eruit te krijgen. ***DOELGERICHT***
Petra	En dan maakt het niet uit of iemand tegen zijn zin of met zijn zin erin is gegaan?
Nienke	Nee, dat vind ik niet.
Petra	Ok. Hee, en hoe schat je in dat het vrijwillig is? is dat wat de patiënt zegt? Zelf zegt?
Nienke	Ja, en dan hangt het er nog vanaf wat, denk ik, wat de achterliggende gedachte is dat ie naar de separeer wil. Dat is altijd wel een afweging. Ja, en vaak, dat is mijn ervaring hier, dat we pas echt onder dwang separeren als ie agressief is naar anderen, of of of naar ja, een gevaar is voor zichzelf.
Petra	Ja. Maar en..als ie niet een gevaar is voor zichzelf of voor een ander, dan kan hij wel alsnog vrijwillig gesepareerd worden?
Nienke	Ja, dat ligt er echt aan. Dat is echt een afweging die we dan met zijn allen ook maken. Wat het doel is, wat wat schiet hij ermee op als hij vrijwillig naar de separeer gaat? ***INLEVEN IN DE SITUATIES EN GEZAMENLIJK AFWEGINGEN MAKEN***
Petra	Ja. Want die andere collega zegt, nou, het is misschien wel aandacht. Heb je dat gehoord? Kan je je dat herinneren, dat hij dat zei?
Nienke	Ja
Petra	Wat vond je daarvan? (pieper gaat. *"Moet je daarop reageren?" "Nee")*
Nienke	Ja, nou, ik snap op zich de gedachte wel want, bij die patiënt was het soms wel dat het een spel kon zijn. dat hij inderdaad iets zocht om over te kunnen onderhandelen of iets af te kunnen dwingen. ***KENNEN INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Hmhm
Nienke	En dat vind ik wel belangrijk om naar te kijken ***KENNEN DOOR REFLECTIE*** : is het dan eh, ja, gaat het nu daarom, schiet je er dan echt wat mee op als ie dan naar de separeer gaat of komt er dan weer een volgend spel
Petra	Ja

	En als hij dan voor de aandacht daar zou zitten, zou je dan ook op een andere manier daarheen gaan? Zou je hem anders bejegenen bedoel ik eigenlijk.
Nienke	Nou, ehm, dat denk ik eigenlijk niet, dat, het meeste wat voorop staat is zeg maar dat hij weer in het normale te krijgen. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja, dat is gewoon het doel
Nienke	Ja
Petra	Ja oke ja. Hee, en dan bel ik en dan zeggen jullie, nou ja, daar was jij dan zelf niet bij, maar goed, dan wordt er gezegd van we gaan om 1 uur, maar we kunnen ook om half 1 al naar gelang wat mij uitkwam eigenlijk he. Zijn er geen vaste tijden bij separeren?
Nienke	Nou vaak is er wel een programma waar tijden op staan. Dus, ja, als ik daar zo aan terugdenk is dat wel iets wat we
Petra	Ja, er was ook wel een separeerprogramma, maar volgens mij hebben we ons daar ook niet aangehouden.
Nienke	Nee, wat ik me nog herinner is dat we het een aantal keren geprobeerd hebben om hem wakker te krijgen, wat dan weer niet lukte en dat we dan 10 minuten later weer gingen. Dus ik denk dat het daarom een beetje zo is gelopen.
Petra	Ja, dan wijk je af van het programma.
Onder-breking	*Er komt een verpleegkundige met patiënt binnen om te vragen over bepaalde medicatie.*
Nienke	…
Petra	Dus dan ligt het daaraan, dat je hem gewoon wakker wilt krijgen.
Nienke	Ja inderdaad, dat hij gewoon zijn dagstructuur, gewoon zijn dag kan starten. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja, klopt het dat ik dacht dat je schrok? Toen je het hoorde, het verhaal hoorde
Nienke	Ja, het verbaasde me wel.
Petra	Waarom
Nienke	Nou ja, omdat bij hem had hij gewoon wel goede dagen en en dan in een keer zo'n heel verhaal dat ie is weggelopen en dat ie terugkomt, dat ie dan dat in de nacht is gebeurt dat hele idee, ja, daar schrik ik vaak wel van als dat dan gebeurt als dan toch zo ver komt dat hij gesepareerd moet worden ***RELATIEGESTUURD***
Petra	Want jij was zijn pb-er he
Nienke	Ja
Petra	Had je, hij is er niet meer toch?
Nienke	Nee
Petra	Ja, had je goed contact met hem?
Nienke	Ik had wel het gevoel dat ik een lijntje met hem had.
Petra	Ja? Wat is dat, een lijntje met iemand hebben?
Nienke	Dat je, op momenten dat anderen bijna geen ingang meer hebben, dat jij dat nog wel sneller dan hebt. Dat is voor mij een lijntje met iemand hebben ***FUNCTIONELE BESCHRIJVING VAN EEN RELATIE***
Petra	Dus het gaat om contact dan of eh waar gaat het dan om?
Nienke	Ja ja en in de samenwerking zijn. en ik heb meer dan zo'n idee dat als je iemand zijn kamer oploopt en echt probeert hem bijvoorbeeld te motiveren of contact met hem probeert te maken en het lukt niet en als, dat het mij dan misschien sneller zou lukken.
Petra	Dan heb je een lijntje
Nienke	Ja
Petra	Ja. Ehmm….jullie beslissen dan om het eerste contactmoment gelijk aan hem te vragen over die apparatuur. Waarom gelijk het eerste contactmoment?
Nienke	Nou ja, op dat moment denk ik om een inschatting te maken van, wat hij zich nog

	herinnert van de afgelopen nacht en die informatie wil je natuurlijk kunnen gebruiken voor de het verdere contact weer
Petra	Want, wat zou daar uit kunnen komen dan?
Nienke	Nou ja, stel dat hij zich dat niet meer herinnert is het denk ik de vraag om te kijken hoe dat dan zo komt dat ie zich dat niet meer herinnert. En waar dat dan vandaag kan komen en heb je daar iets nuttigs aan dat te gebruiken voor daarna. ***CONFORM METHODIEK***
Petra	Ja. Ja. En dan gaan jullie met zijn tweeën naar hem toe. Hoe beslis je om met zijn 2en te gaan? Waar hangt dat vanaf?
Nienke	Nou ja, het is sowieso niet handig om in je eentje te gaan omdat je nooit weet hoe de patiënt erbij zit. En ik denk dat als je met zijn drieën gaat dat het dan zo aanvallend over kan komen, want hij zit al in de separeer en dan kom je met zijn drieën en dan..ja ik weet niet, het zou mij persoonlijk, zou ik dat wel een beetje… ***INLEVEN*** ja, dan staan er in een keer 3 mensen voor je, twee is dan toch wat minder erg als er eentje dan wat meer op de achtergrond blijft.
Petra	En je zegt: dan zit je al in de separeer. Wat betekent dat dan denk je voor patiënten? Om daar te zijn?
Nienke	Nou ja, het hoeft niet zozeer negatief te zijn, want er zijn wel patiënten die het wel prettig vinden. Maar ja, het lijkt me niet fijn om daar wakker te worden zeg maar en dan, ja ik zit in de separeer, tenminste, ik denk toch dat het wel een stapje achteruit is. als je hier in behandeling bent en je zit in de separeer ***INLEVEN***
Petra	Denk je dan dat het als falen voelt ofzo voor de patiënt? Of als een dip in zijn behandeling of eh terugval of weet ik het
Nienke	Ja, ik weet niet of hun dat zo ervaren eigenlijk maar het is denk ik wel dat het over het algemeen hier is als je in de separeer bent hier dan is dat geen stap vooruit
Petra	Nee, precies. Ik snap het. En jij wil dan zelf mee. omdat je PB-er bent? Of omdat je een lijntje hebt
Nienke	Ja, graag, omdat ik zijn pb-er ben dat ik gewoon mee kan, ja de situatie kan zien. en dat ik het dat wel belangrijk vind om daarin betrokken te worden
Petra	En waarom? Voor jouzelf of voor hem?
Nienke	Nou ja, ook voor de observatie van ook hem zeg maar gewoon dat moment. Het is toch fijner om gewoon vanuit eerste hand te observeren dan om uit tweede hand terug te horen. ***RELATIE FUNCTIONEEL INGEZET***
Petra	Ja. En ik kan voorstellen, juist in de separeer omdat het ook waarschijnlijk vaak niet fijn is voor de patiënt om daar te zijn dat het ook wel gek is om dan daar je PB-er te zien.
Nienke	Om die wel te zien?
Petra	Ja, of om hem juist niet te zien. beiden kan misschien. Ik weet niet, hoe kijk jij daar tegenaan?
Nienke	Nou ja, ik denk dat het wel fijn is om iemand te zien die je misschien een beetje vertrouwt ***INLEVEN/PERSPECTIEF WISSELEN***
Petra	Ja?
Nienke	Ja, want eigenlijk zit je wel in een soort van vreemde omgeving op dat moment. Omdat je kamer eigenlijk jouw plekje is denk ik. en dan zit je in een vreemde omgeving is het wel denk ik fijn om iemand te zien waar je op dat moment inderdaad wel een lijntje mee hebt. ***INLEVEN/PERSPECTIEF WISSELEN*** Ja ik weet natuurlijk niet of hij dat ook zo heeft ervaren, dat lijntje, maar
Petra	Nee, maar jij bedenkt om mee te gaan de separeer in als PB-er. Je kan er ook voor kiezen om het juist niet te doen omdat je misschien je band goed wilt houden, je kunt het ook beslissen om het juist wel te doen omdat je je band goed wilt houden he, dat kan beide kanten op.
Nienke	Ja

Petra	Het gaat mij er natuurlijk om van welke afweging maak jij. En jij zegt: ik wil er wel bij zijn, enerzijds omdat ik dan zelf observatiemogelijkheden en anderzijds omdat ik denk dat dat prettig is voor de patiënt.
Nienke	Ja
Petra	Ja. En dan gaan we ernaar toe. En ehm..nou ja, dan beschrijf ik eerst de ruimte. En beschrijf ik in ieder geval dat ie eigenlijk heel fris ruikt voor een separeer. Dat is echt dat kan wel eens veel erger
Nienke	Ja
Petra	En dat ie heel nieuw is eigenlijk. ehm…en dan eh, dan wordt die separeer geopend en dan Er is een klein klopje op de deur, het gordijntje wordt weggehaald. Zijn naam wordt genoemd en de deur wordt geopend. Is er een bepaalde volgorde om dat te doen? om de separeer in te gaan?
Nienke	Ehm..nou ja wat ik heb meegemaakt is dat wel zo dat je inderdaad eerst even de situatie inschat vanuit achter de deur. ***LEREN DOOR AF TE KIJKEN*** dat je even door dat glas kijkt en kijkt hoe diegene erbij zit. Voor hetzelfde geld staat ie voor de deur en ja, je weet het niet. en eh, ja dan even te laten weten dat je binnen gaat komen. en zijn naam even te noemen. En ja, dan de deur te openen. Ik…ja ik denk dat wat ik nu heb meegemaakt dat dat zo gaat. ***LEREN DOOR AFKIJKEN***
Petra	Dat zie je anderen ook doen.
Nienke	Ja
Petra	En zo doe je het zelf ook
Nienke	Ja
Petra	Ja. En vraag je wel eens of je de separeer in mag komen?
Nienke	Nee, vaak gaat het wel zo van we komen even binnen of….
Petra	En hoe doe je dat bij een kamer?
Nienke	Oh bij een kamer zeg ik dat wel altijd. Ik doe altijd eerst kloppen, dan wacht ik eventjes. Als ik niets hoor, geen gehoor krijg dan klop ik ook. En…ja ligt eraan hoe lang het duurt…want ja, in de meeste gevallen probeer ik niet zomaar naar binnen te gaan als ik nog geen akkoord heb gekregen. En als het nou echt noodzakelijk is dan zeg ik wel van he, ik ga nu naar binnen toe en dan geef ik nog even de tijd en dan ga ik naar binnen. ***ZORGVULDIG MET DE ANDER***
Petra	En wat ik dan grappig vind, of grappig…ik bedoel opvallend: bij een kamer doe je dus eh vraag je wel of je binnen mag komen, en bij een separeer niet. daar heb je natuurlijk een reden voor. Denk ik dan. Heb je enig idee waarom je dat zo doet?
Nienke	Nou ja, omdat het toch wel belangrijk is om op dat moment de situatie in te schatten. ***DOELGERICHT***
Petra	Omdat het belangrijker is om binnen te komen?
Nienke	Ja
Petra	Meer urgent?
Nienke	Ja omdat ik het het liefste zo snel mogelijk contact en dat diegene zo snel mogelijk weer uit de separeer komt. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja
Nienke	Dus dan wil ik toch liever naar binnen gaan dan
Petra	Ja, dus het heeft iets te maken met de haast die je hebt eigenlijk
Nienke	Ja
Petra	Nee, grappig. En dan eh in de deuropening ligt een omgevallen bekertje koffie met een straaltje koffie eruit. Heb je dan gezien heel toevallig.
Nienke	Ja (direct)
Petra	Ok. Daar was ik benieuwd naar. Ik zag het elke keer weer liggen. Je hebt het niet

	opgepakt.
Nienke	Nee.
Petra	Waarom niet?
Nienke	Ja, dat is een goeie vraag, dat weet ik eigenlijk ook niet.***(ZOEKEND NAAR EIGEN PROFESSIONALITEIT)*** omdat ik op dat moment meer bezig was met hem en daarop gefocust was. En dat niet echt als….ja….belangrijk zag op dat moment
Petra	Nee, nou, dat kan. Er zijn heel veel redenen voor. Je kan, ja nee, dat kan. Hans gaat naar binnen. En jij staat in eerste instantie bij de deur. gaan jullie altijd alleen naar binnen? Als het kan?
Nienke	Ja.
Petra	Ja? Met als achterliggende reden……
Nienke	Nou ja, mocht het verkeerd gaan dan sta ik nog bij de deur en dan kan ik heel snel weg en dan kan ik de deur bedienen zeg maar en dan kan hans er zo achteraan. ***VEILIGHEIDSEISEN***
Petra	Ja, en is dat, heb je dat bij iemand gezien, is je dat verteld, heb je het uit een boekje of hoe weet je dat?
Nienke	Ja ik denk ook wel van het rondkijken inderdaad, wat andere mensen doen en meer het gevoel van een veilige situatie creëren. ***LEREN DOOR AFKIJKEN***
Petra	Dus gewoon van het afkijken.
Nienke	Ja
Petra	Heb je bij een bepaalde verpleegkundige extra veel afgekeken
Nienke	Nee.
Petra	Je hebt het gewoon van iedereen geleerd.
Nienke	Ja
Petra	Heb je iemand van wie je vindt dat hij echt heel mooi separeerzorg geeft ofzo. Of heb je een voorbeeld. Zoals je soms een voorbeeld kunt hebben.
Nienke	Nee er zijn eigenlijk niet vaak mensen waarbij ik het gevoel heb van die doet echt iets heel raars op dat moment.
Petra	Ok, dus je vindt eigenlijk dat iedereen het wel goed doen.
Nienke	Ja, want daar let ik eigenlijk meer op van waarom heb je daar nou voor gekozen?
Petra	Spreken jullie dat na ***LEREN DOOR REFLECTIE***
Nienke	Ja
Petra	Ja? Mooi ja. Eh, hans gaat dan naar hem toe en die knielt dan bij het bed. Wat vindt je daarvan? Je doet het later zelf ook trouwens
Nienke	Ja, ik eh, ja, op dat moment kun je je afvragen of dat wel veilig is. maar anderzijds is het net zoals bij kleine kinderen eigenlijk dan ga je ook zeg maar eigenlijk op je hurken om om op ooghoogte te zitten. Anders dan ja, dan lig je daar op zo'n bed en dan staat er iemand zo over je heen gebogen. Dat lijkt me nou ook niet heel fijn ofzo. ***INLEVEN/PERSPECTIEF WISSELEN***
Petra	En wat zou daar niet fijn aan zijn?
Nienke	Ja, dat iemand echt op je neerkijkt misschien. ***DISPOSITIE***
Petra	Dus dat heeft iets met de relatie te maken.
Nienke	Ja
Petra	He en hans raakt hem dan ook aan. Begint echt aan hem te schudden. Heb je dat eh….ja, dat heb je ongetwijfeld gezien. Wat vond je daarvan? Zoals hij dat deed?
Nienke	Nou ja, ik weet niet of het handig is op dat moment te doen, om echt aan hem te zitten. Want je kan, je weet nooit hoe iemand daarop reageert, of diegene dat zelf wel wil. Maar, bij hem is dat misschien meer een gevoel want ik heb het later zelf ook gedaan, en dat was ook meer het gevoel van oh ja dat op dat moment wel bij hem ***KENNEN VAN***

	DE INDIVIDUELE PATIËNT
Petra	En is dat intuïtie
Nienke	Ja (direct)
Petra	Ja? ***INTUITIEF LEREN***
Nienke	Ja
Petra	En kende je dat van eerder bij hem, dat je hem aan mocht raken?
Nienke	Nee, meestal als ik hem wakker ging maken op zijn kamer dan heb ik dat niet eerder gedaan.
Petra	Ben jij aanrakerig in de hulpverlening op zich? Raak je makkelijk mensen aan?
Nienke	Nee nee,
Petra	Je kijkt er ook vies bij
Nienke	O, haha. Echt?
Petra	Ja
Nienke	Ja, ik weet niet, ik weet niet, het zit zo opgeslagen in mijn hoofd dat je dat niet doet. Want je weet niet hoe iemand dat opvangt. Terwijl eigenlijk zou ik het misschien wel wat meer willen doen want omdat dat juist normaal is, omdat in mijn eigen omgeving doe ik dat ook wel. Dus waarom zou dat, ja het blijven toch gewoon wel mensen. ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Ja
Nienke	Dus
Petra	Nou, is iets om over na te denken
Nienke	Ja ja
Petra	En waarom zou je het dan wel meer willen doen? omdat het normaal is?
Nienke	Ja. Omdat ja, je hebt het altijd over afstand en nabijheid. Maar je blijft allebei mensen ***OOG VOOR ASYMMETRIE*** dus eigenlijk is het niet heel raar als je iemand een klapje op zijn schouder geeft of ja ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Dat je dezelfde nabijheid zou zoeken als je normaal zou doen bij iemand
Nienke	Ja, want je hebt toch wel andere gradaties natuurlijk, maar het zou helemaal niet zo verkeerd zijn denk ik ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Ja, en op een gegeven momentkom jij ook de separeer in. Hoe beslis je daartoe om dan toch de separeer in te komen. ik bedoel, je kan dan niet meer sleutelen wat je net zegt.
Nienke	Ja klopt. Nou ja, ik dacht dat ik daar hans lukte het op dat moment niet, dus, dan, ja anders heb ik zo'n gevoel dat ik dan hem alleen laat staan en dan ***COLLEGIALITEIT***
Petra	Hans? Of Roy?
Nienke	Ja Hans. En dat het dan niet lukt en dan denk ik ja…eigenlijk is het toch wel handig als ie wakker wordt want dan kunnen we de dag weer verder beginnen. Dan wil ik ook nog een poging wagen, want misschien dat het mij wel lukt. ***DOELGERICHT***
Petra	Ja. En dan eh….daarna wordt de separeer weer gesloten. Is daar ook een bepaalde routine in, zoals dat bij openen is? de separeer sluiten?
Nienke	Ik denk niet zo bewust als het openen. Vooral niet omdat hij nu nog zo in zijn bed ligt. Dan heeft het ook niet zoveel haast om die deur te sluiten. Dus ik heb daar op dat moment niet echt over nagedacht.
Petra	Ok, want de deur wordt heel zachtjes gesloten, want als je zo'n deur dichtgooit dan geeft dat heel veel herrie he. Maar dat was dus ook niet express dan?
Nienke	Nee, daar heb ik niet over nagedacht
Petra	En dan wordt het gordijntje erop gedaan. Terwijl als je naar die separeer kijkt, je ziet alleen maar blinde muur daarachter. Waarom doen jullie dan toch het gordijntje erop?
Nienke	Ja, ik denk toch het gevoel van privacy. ***OOG VOOR PRIVACY***
Petra	Ja. Dat het afgesloten is
Nienke	Ja

Petra	Ok. Nou dan gaan we naar het derde, eh tweede moment. Ja, dan gaat hans, die komt dus weer heel dichtbij he en die knielt weer bij hem en dan vraag hij of hij wakker wil worden en hij geeft aan wat de bedoeling is wakker worden, medicatie nemen, koffie drinken kijken hoe het met hem gaat, even roken. Het gaat zo ongeveer van *"Roy, het is nu 1300u. Word je wakker? Dan kun je je medicatie nemen, even koffie drinken, dan kijken we hoe het met je gaat. dan kun je even roken."* Er wordt niet op zo'n moment iets eh.. gevraagd van hoe is het met je. Er worden eigenlijk alleen maar mededelingen gedaan. Geen vragen. Eh..is dat gebruikelijk?
Nienke	Daar heb ik eigenlijk nooit zo over nagedacht om dat te doen eigenlijk. ***LEEREFFECT VAN HET INTERVIEW*** het is nu jij het zegt dat ik denk eh ja daar heb je wel gelijk in. Ja, ik eh weet niet, ik heb ook het gevoel als iemand het eerst zeg maar wakker is, en je zit, ja je bent gewoon even koffie aan het drinken even uit die separeer, even uit die ruimte dan pas met die vragen te beginnen ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Maar niet al in de separeer?
Nienke	Ja, want meestal doen we dat dan in die ruimte daarnaast.
Petra	De verpoos
Nienke	Ja
Petra	En waarom?
Nienke	Ja, ik weet dat eigenlijk niet. misschien omdat iemand dan gewoon echt wakker is? ***ZOEKEN***
Petra	Hmhm
Nienke	en om hem even, op dat moment, uit die situatie te halen, maar ja, daar heb ik eigenlijk niet echt over nagedacht.
Petra	Ja nee, het kan ook heel symbolisch zijn, dat je hem daar weghaalt. Of niet
Nienke	Ja.. ja meer gewoon uit. ik weet niet, misschien is het wel gewoon te veel mijn gevoel bij de separeer, want ik denk dat het toch eerder iets naars is dan iets leuks. Dat het dan fijn is als je daar even uit bent. ***PERSECTIEF WISSELEN***
Petra	Want wat is jouw idee bij de separeer, hoe denk je dat dat is dan? Om daar te zijn?
Nienke	Nou ja, het lijkt me heel vervelend dat je een soort van afhankelijkheidsgevoel van andere mensen hebt, want je zit daar maar, je kan er niet uit, je hebt helemaal geen bewegingsvrijheid ofzo. Je zit er maar. En je hebt zo weinig (….versta niet). ja dat lijkt me toch ook iets vervelends. Ook omdat je, ja je bent toch ook afhankelijk van andere mensen eigenlijk die, je bent afhankelijk of zij wel brood komen brengen, of zij wel naar je omkijken, ja het lijkt me toch wel angstig. Want echt, om dat echt mee te maken, ja, je moet vertrouwen op mensen dat ze echt komen ***INLEVEN***
Petra	Ja
Nienke	En als je dan uit die separeer bent dan ben je toch weer, ja, dan heb je toch meer bewegingsvrijheid.
Petra	Ook al ben je in een verpoos alleen maar. Ook daar al?
Nienke	Ja, dat denk ik wel ja.
Petra	Gevoelsmatig
Nienke	Ja ***INTUÏTIE***
Petra	En dan eh herhaalt hij weer het programma van de dag he. Wakker worden, kijken hoe het met je gaat en hij herhaalt heel veel in zijn communicatie. Dat is heel opvallend. Het doel is dan eigenlijk heel steeds he: wakker worden en desepareren he. Dat is dan eigenlijk wat het doel is. denk je ook dat het zijn doel was? Van de patiënt? ***DOELGERICHT***
Nienke	(Stilte, lange stilte) Ja op dat moment denk ik niet echt dat hij een doel had. (stilte) Dat is een lastige vraag, dat weet ik eigenlijk niet. ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Ok.

	Hans gaat dan schudden. En begint dan ook behoorlijk te schudden he. Ik sta erbij en ik kijk ernaar en denk nou…hij gaat bestwel ver vind ik. vond jij dat ook? Is het je opgevallen?
Nienke	Ja, ik heb het zelf ook best wel gedaan, zeg maar. Voor mijn gevoel. Ja, ik denk als je er achteraf op terugkijkt dat het,***REFLECTIEF LEREN*** ja ik weet niet, hij heeft inderdaad best, want de patiënt heeft op dat moment niet echt de keuze van of hij dat goedkeurt of niet. kijk, hij reageert er nauwelijks op, maar ja en…maar de andere vraag is weer van wat moet je anders, want je wil toch iemand wel, ja je wilt toch wel contact met iemand hebben. ***ERKENNEN VAN A-SYMMETRIE***
Petra	Hmhm
Nienke	Dus dus en bij hem is vaak wel bekend dat hij 's morgens op zijn bed ligt en dan heb je het gevoel dat ie wel wakker is maar dat ie gewoon geen zin heeft om te reageren en ook echt, ja dat het voor hem ook echt een bewuste keuze is. dus misschien dat dat dan ook gewoon een beetje in je achterhoofd speelt, van, ja ik blijf het gewoon proberen ***KENNEN VAN INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Ja
Nienke	Want het is, misschien dat hij op dat moment niet het gevoel heeft dat het dat het van belang is dat hij buiten de separeer komt. Dat hij, misschien is het zelfs zo dat hij op dat moment pas de groep op wilde als hij iets anders voor elkaar kon krijgen ofzo. Maar dat weten we niet, ik zit maar gewoon een beetje na te denken. ***ZOEKEN NAAR PROFESSIONALITEIT***
Petra	Hee, maar hij begint dan op een gegeven moment te grommen he. En dan eh, ja volgens mij reageert ie nog niet echt maar wel zo van eh wegwezen. Ehm…en hij rilt dan over zijn hele lijf en dan heeft ie eh hij heeft helemaal blote voeten, zijn voeten zijn helemaal bloot. Heb je dat gezien?
Nienke	Ja
Petra	Heb je erover gedacht om daar iets mee te doen of juist niet?
Nienke	Nee, ik dacht, ja mocht ie het koud hebben of zoiets dan zou ie wel bellen.
Petra	Dan kan hij het zelf ook.
Nienke	Ja
Petra	Ja . ok ja. Nou, dan kom jij weer dichterbij en dan eh dan kniel je dus ook bij hem. Nou, daar hebben we het al over gehad he en dan noem je zijn naam en dan schud je aan hem en dan noem je niet je eigen naam, zo van, ik ben het of eh..wat dan ook he. Moet je daarom lachen?
Nienke	Ja, hihi, ja dat is echt grappig, ja ik zeg altijd, maar dus niet op dat moment ***REFLECTIEF LEREN, GEEN ROUTINE***
Petra	Ja, maar dat doet er ook helemaal niet toe, ik was gewoon benieuwd waarom je op dat moment dat deed of dat je bewust je eigen naam niet hebt genoemd. want ik kan me voorstellen, juist omdat je de Pb-er bent dat je echt om jou mee naar binnen gaat. en misschien herkent ie je stem wel, waarschijnlijk wel.
Nienke	Ja, maar eigenlijk als ik nog eens dat zou doen, dan had ik wel mijn naam genoemd. ***REFLECTIEF LEREN, GEEN ROUTINE***
Petra	Ok. Nou, dan gaan we nog een keer naar binnen. en ehm. dan gaat weer hans alleen naar binnen. Daar hebben we het al over gehad. (zoeken in papieren) eh, oh ja, en dan ga jij naar hem toe en dan zegt eh..hans zegt eh misschien wil een vrouwenstem het verschil maken bij deze schone slaapster en dan ga je bij hem staan en dan kniel je die keer niet.
Nienke	Oh (verbaasd)
Petra	Oh, daar is dus geen reden voor.
Nienke	Nee. Dat had ik eigenlijk ook wel willen doen. ***REFLECTIEF LEREN, GEEN ROUTINE***
Petra	Je weet niet wat het zou kunnen zijn?

Nienke	Ja nee ja (stilte) ja dat weet ik eigenlijk niet.
Petra	Ok. Vervolgens gebeurt er wel wat, want Hans die zet het licht aan. Weet je dat nog, dat hij het licht vol aan draait
Nienke	Nee, dat weet ik niet meer
Petra	Oh, dat weet je niet meer ok. En daar reageert hij heel geagiteerd op en dan loop je naar buiten en dan denk ik aan je gezicht te zien, maar dat is misschien wel een eigen invulling, dat het even spannend was zeg maar. Want hij gromt dan echt en hij zegt:Ga nou toch weg en ik neem geen medicatie. Echt zo heel brommerig
Nienke	Ja. Ja, dat weet ik nog wel, maar dat dat is denk ik…..ik vind het ook wel jammer dan op dat moment dat het niet uitpakt zoals ik zou willen eigenlijk
Petra	Want hoe zou het uit moeten pakken?
Nienke	Nou ja, dat het wel lukt om goed contact met hem te maken
Petra	Ja
Nienke	Ja. En dan, ja misschien dat ik toch de hoop had van als ik daar binnenkom dat hij dan wel goed reageert. ***HULPVERLENERSNARCISME***
Petra	En wat zegt dat over jou dan?
Nienke	Dat het aan mij ligt. Haha. Dat ik misschien dan wel denk dat ik verschil kan maken terwijl dat echt niet, terwijl dat echt tussen mijn oren kan zitten ***HULPVERLENERSNARCISME***
Petra	Ja, maar ook dat je dat zo jammer vindt. Wat eh wat is dat dan
Nienke	Ja, omdat ik hem het allerliefste zou desepareren. En daarvoor is dan toch weer wel een voorwaarde dat hij goed in contact is. ***LIEF & DOELGERICHT***
Petra	Ja, ja. Dus je wilde dat gewoon heel graag.
Nienke	Ja
Petra	Ja, ok. Nou, dan neemt hans het weer over. en dan gaan we een vierde keer. En dan eh, dan blijkt opeens dat de moeder langskomt. Kan jij je dat herinneren, eh, heeft die moeder jou gebeld of heb jij de moeder zelf gebeld? Of heeft iemand anders haar aan de telefoon gehad?
Nienke	Ik weet dat niet helemaal meer zeker.
Petra	Maar wat denk je?
Nienke	Ik dacht dat zij gebeld had hierheen. Ja, zij had hierheen gebeld dat ze onderweg was en dat ze eerst nog en broodje ging eten of halen ergens bij Utrecht en dan hierheen zou komen. Zoiets was het.
Petra	Maar wist zij al dat hij gesepareerd was?
Nienke	Nee
Petra	Ze kwam gewoon regulier op bezoek omdat het zondag was.
Nienke	Ja
Petra	Ok. Want eigenlijk, vanaf dat moment is hij in contact he. Als hij weet dat zijn moeder komt
Nienke	Ja
Petra	Ik had heel erg het idee dat dat het omslagpunt was
Nienke	Ja
Petra	Jij ook
Nienke	Ja
Petra	Dus dat deed mij denken van goh, zetten jullie wel eens gewoon express de familie in bijvoorbeeld. Of zou je misschien de familie express hebben gebeld omdat je gewoon, uit de trucs was
Nienke	Nee, nee, dat doen we eigenlijk nooit.
Petra	Nee
Nienke	Nee

Petra	Maar de familie is wel altijd welkom in de separeer?
Nienke	Nou, dat was eigenlijk wel een beetje de vraag, want dat wist ik dus ook niet zo goed van nou ja, hij zit nog in principe in de separeer dus ja, kies je er dan voor om visite wel daar op bezoek te laten komen, want eigenlijk is dat wel een beetje vreemd ofzo ***LEREN VAN PROTOCOLLEN***
Petra	Want?
Nienke	Nou ja, stel nou dat iemand, ja, Roy heeft dan de vorige dag toch wel een beetje zijn kamer gesloopt enzo. ***BAGETALISEREN VAN DE SITUATIE*** Hij zit niet gewoon voor een leuke reden in de separeer en dat dan toch, ja je weet niet of het veilig genoeg is, want hij zit niet voor niets daar in de sep. En dan, dat je dan, ja kies je er dan voor om bezoek daar te laten komen terwijl het juist anderzijds, ja in dit geval het eigenlijk heel goed werkte dat zijn moeder was gekomen ***VEILIGHEIDSEISEN***
Petra	Ja
Nienke	Maar ik, dat is meer van ja mag dat dan wel of mag dat dan niet. ***LEREN***
Petra	Goed, dan komt hij eigenlijk in contact en dan eh, dat is dus grappig. Hans vertelt dat zijn moeder onderweg is en dan begint ie te reageren met ja en nee en dan komt ie omhoog en dan gaat ie zitten en dan doe ik zelf een stap terug. Ehm. En dan heeft roy het vorige moment de tijd verkeerd begrepen. Hij dacht dat het toen 2 uur was. Patiënt begint hier een discussie over: Hans heeft het verkeerd gezegd. Hans gaat hier niet op in. Zegt alleen dat het nu 1400u is en dat zij om 1330u voor het laatst bij hem waren. Zegt ook niet dat de patiënt het verkeerd heeft. Kun je je dat nog herinneren? Die discussie?
Nienke	Nou, niet heel letterlijk nee.
Petra	Nee? Ok, nou dan gaan we even door. En dan zegt hij dat hij zijn medicatie moet nemen en dat hij dan om half 3 kan roken en dat om 3 uur dan zijn moeder komt. En de patiënt neemt dan de medicatie aan en dan wil ie onderhandelen, hij wil gewoon nu roken en koffie drinken. En daar gaat hans niet op in en de patiënt zegt, je kan toch ook over 10 minuten komen, waarom moeten we nu wachten. Hans zegt dan dat hij even rustig wakker kan worden en dan kan roken. De patiënt denkt juist dat hij dan weer in slaap gaat vallen. En daar gaat hans helemaal niet op in. Hij zegt duidelijk dat hij nu vertrekt, dat hij terugkomt met schone kleren, sigaretten en het brandalarm van de separeer uit. De patiënt zegt dat hij geen schone kleren meer heeft. Hans legt uit dat er al wat gewassen is, dat ze dat mee zullen nemen. Dan vertrekt hij, nadat hij heeft herhaalt wat de bedoeling is. Kun je je dat nog herinneren, dat hij toen gelijk wilde roken en koffie drinken
Nienke	Ja
Petra	Jullie gaan daar niet op in.
Nienke	Nee
Petra	Waarom niet? kun je me uitleggen waarom niet?
Nienke	Omdat bij hem heel vaak zo was dat ie van die discussies aanging. Dat was bij hem heel vaak zo en dat was eigenlijk een soort van ja niet zo'n…als hij zeg maar een goeie dag had, echt een goede dag, en hij was in de samenwerking dan vroeg hij dat soort dingen niet, want dan legde hij zich daarbij neer en dan was het ok, dus het was eigenlijk gewoon een soort van negatief teken over hoe hij erbij zat. Want als je daarop, onze ervaring was dat als je daarop ingaat dan wil ie daarna nog meer dat was, dan kreeg ie die ruimte en dan wilde hij meer ***KENNEN INDIVIDUELE PATIËNT***
Petra	Ok, want van de andere kant lijkt het als buitenstaander van je hebt eindelijk contact met iemand.
Nienke	Ja, ja, dat is ook zo.
Petra	Maar het is eigenlijk ervaring, wat je zegt van..heeft het iets met zijn diagnose te maken of met zijn ontwikkeling

Nienke	Dat weet ik niet (stilte). Daar durf ik geen antwoord op te geven.
Petra	Nee, dat hoeft ook niet. Rook je zelf?
Nienke	Ja
Petra	Zou je naast hem gaan zitten in de separeer? Een sigaret roken?
Nienke	Ja. ***RELATIEGESTUURD***
Petra	Ja?
Nienke	Hij heeft er wel vaker in gezeten en dan heb ik ook wel een sigaretje met hem gerookt.
Petra	En waarom? Wat betekent dat voor jou, bedoel ik.
Nienke	Ik denk toch ook dat je dan heel even iets samen doet. Dat het niet is, ja ik weet niet. anders zou hij misschien het gevoel hebben dat ik maar zit te wachten totdat hij klaar is met zijn sigaret omdat je dan weer verder kan. Ik neem altijd wel de tijd om samen een sigaretje te roken. Misschien gewoon iets samen ofzo ***VERBINDING ZOEKEN***
Petra	Want dat lijntje, daar gaat het om.
Nienke	Ja
Petra	Ok. Dank je wel.
Nienke	Alsjeblieft.

Bijlage 5a interviewopzet familielid

Inleidend
Welkom heten
Interviewer stelt zichzelf voor als student-onderzoeker
Interview duurt half uur
Korte uitleg van doel onderzoek: wat is goede separeerzorg en hoe wordt het aangeleerd?
Even spreken over hoe te noemen in uitwerking.
Heeft de respondent nog vragen over het interview?: kunnen nu beantwoord worden

Algemeen oriënterend:
Wanneer is de laatste keer geweest dat je broer gesepareerd werd? Hoe oud was hij toen? Wanneer minderjarig: was het in de jeugdpsychiatrie?
Hoe vaak is hij gesepareerd geweest?
Werd hij kort of lang gesepareerd?
Ben je er altijd bij geweest?
Was dat dan eenmalig of vaker?

Wat is het eerste dat bij je opkomt als je aan jouw separatie denkt?

Algemeen over het bezoek:
Kun je me vertellen hoe het was om hem te bezoeken?
Hoe kwam je in de separeer terecht? Uitgenodigd of zelf gevraagd?
Kreeg je vooraf uitleg? Ging je alleen? Gingen ze mee? Legden ze je uit hoe het werkte of werd aangenomen dat je het wel wist?
Wat ging je doen in de separeer?/Wat was je doel?

Wat blijft je in positieve zin bij?
Wat blijft je in negatieve zin bij?
Waren ze goed voor jou?
Waren ze goed voor je broer?

Kreeg je nazorg na je bezoek aan de separeer? Werd het met je geëvalueerd?
Heb je iets gemist in die bejegening? Heb je iets erg kunnen waarderen?

Ervaringen broer:
Heb je met hem gesproken over hoe het was om daar te zijn? kun je iets vertellen daarover (uitsplitsen naar episode insluiten, verzorgen, uitsluiten).
Wat is het belangrijkste wat hij jou verteld heeft over het gesepareerd zijn?
Weet hij waarom hij gesepareerd moest zijn? Was het nodig?
Is er een lievelingsverpleegkundige geweest in die periode en waarom?
Is er een slechtste verpleegkundige aan te wijzen en waarom dan?
Heeft hij er nog last van? Waarvan dan?

De dubbelrol:
Was je al verpleegkundige in die periode? Heeft je beroepskeuze daar wat mee te maken gehad?
Heeft het je bepaald bij wie je nu als hulpverlener bent? Heeft het je veranderd in je werk?
Vertel eens hoe het je heeft veranderd?
Is dat wat broer verteld heeft of wat je zelf hebt gezien/gehoord/gevoeld?
Maakt het je unieker in je werk? Hoe dan?
Vind je het moeilijk om separeerzorg te geven?

Heb je het moeilijker gevonden in een eerder stadium? Kun je altijd opbrengen om separeerzorg te geven? Zo nee, heeft dat te maken met deze periode?
Wat zou jij alle verpleegkundigen wel willen aanleren? Wat zou jij alle verpleegkundigen wel willen afleren?
Wat is het belangrijkste in separeerzorg geven?
Wat is voor de familie het belangrijkste om in de separeerzorg te geven?

Ben je achteraf wel eens betrokken bij een evaluatie? Is er met je broer geëvalueerd?

Kun je me een korte omschrijving geven van het 'perfecte' separeerbezoek?

Bijlage 5b interview familielid

Op 07-05-2012 vond een interview plaats op Roosenburg. Dit interview werd gehouden aan de hand van de vragen die u in bijlage 5a kunt lezen. Hieronder vindt u de letterlijke tekst van dit interview. Waar woorden als ***VOLGT*** getypt zijn, betreft het een codering. In paragraaf 5.1.3. kunt u daar meer over lezen.

Petra	Ik ga het opnemen. Ik had nog even met Erwin Pietersma overlegd. Want ik dacht, ik moet toch even aan hem vragen of er toch niet een of andere…..ik denk niet dat het helemaal niet onze werkrelatie in de weg kan staan, maar ik moet even kijken of ik geen blinde vlek heb. Maar hij vond ook van niet dus.
Anna	Oke.
Petra	Nou,ehm, je weet dat ik ernaast ook nog studeer he, dus in die hoedanigheid zit ik hier nu. Het duurt ongeveer een half uur en het doel van het onderzoek is om uiteindelijk te zoeken naar wat is goede separeerzorg en hoe kan je dat nou het best aanleren. Dat is eigenlijk de achterliggende vraag
Anna	Bij collega's?
Petra	Ja, aan personeel. Hoe zou je aan nieuwe mensen kunnen uitleggen van wat goede separeerzorg is en hoe leer je dat dan aan. Kun je dat in een boek schrijven of moet je dat voordoen of weet ik het. Ehm..en ehm..wat we nog even af moeten spreken is hoe noem ik jou uiteindelijk? Medewerker van Altrecht?
Anna	Ja, ja hoor. Dat maakt niet zoveel uit.
Petra	ja, mooi. Had je nog vragen over het interview verder?
Anna	Nee. Nee, eigenlijk niet. Kom maar op!
Petra	Kom maar op! oke. Jouw broer, hoe vaak is ie gesepareerd geweest?
Anna	Één keer.
Petra	En hoe lang is dat geleden?
Anna	Oe eh poe. Drieeneenhalf jaar nu.
Petra	Hoe oud was ie toen?
Anna	19
Petra	19, dus hij zat in de gewone psychiatrie, niet in de jeugdpsychiatrie.
Anna	Nee, in de gewone, in het UMC.
Petra	Oh, in het UMC. En hoe lang is hij gesepareerd geweest?
Anna	Anderhalve week? Ongeveer.
Petra	Ja. Ok, en ben je er eenmalig of vaker bij geweest?
Anna	Bijna elke dag.
Petra	Bijna elke dag ben je erbij geweest.
Anna	Ja.
Petra	Vanaf de eerste dag?
Anna	Ja.
Petra	Ok. En wat is het eerste wat bij je opkomt als je aan separatie denkt?
Anna	(stilte). Vreselijk! (beetje lachen), ja (resoluut). Zowel als hulpverlener en als zus. Ja. Vreselijk. En voor de client***. PERSPECTIEF WISSELEN***
Petra	Ja. En wat is er zo vreselijk aan?
Anna	Ehm..als zus of voor de client? Of als collega? ***EEN CONTINU WISSELEN VAN PERSPECTIEVEN***
Petra	Alledrie mag je
Anna	Als zus…zoveel verdriet. Ja, doet je gewoon heel veel verdriet als je je broertje achter ..je

	komt binnen en je ziet hem achter dat raampje staan en hij kijkt jou aan en je kijkt hem aan en hij staat in zijn separeerjurk, met zijn foto's van al zijn dierbaren tegen zijn hart aangedrukt en niet loslaten anderhalve week lang. ***RELATIEGESTUURD*** Ehm..voor de cliënt, ja dat ie niet weet wat er gebeurt en denkt dat iedereen tegen je is en dat ze eigenlijk ja en hoe kattig tussen aanhalingstekens verpleging eigenlijk kan zijn en hoe hard de verpleging tegen je kan zijn. ***HARD***
Petra	Daar komen we zo ook nog op terug.
Anna	Ja. En als hulpverlener. Ja, de onmacht wat je met soms met de cliënt kan doen, dat ik, je weet dat het niet goed genoeg is voor een cliënt, sepa…. ***AMBIVALENTE GEVOELENS*** nou ja, soms is het wel goed voor de cliënt, maar dat je weet hoe vreselijk het is dat je in zo'n hok moet zitten en moet wachten tot er iemand komt en ja, en dan al die dingen die in je hoofd gebeuren waar wij niet begrijpen ***INLEVEN/PRAKTISCH WIJS***
Petra	Ja.
Anna	Dat.
Petra	Ok
Anna	En ik denk ook wel dat het verschil is dat wij, ik vanuit een gezonde relatie met mijn broer he, wij hebben gewoon als familie een hele goede gezonde relatie met hem. Maar dat hier soms ook niet gezonde relaties zitten tussen familie en cliënt. En dat je dan helemaal niemand hebt, deze cliënten. ***INLEVEN***
Petra	Die ze komt bezoeken in de separeer.
Anna	Ja
Petra	Want denk jij dat het belangrijk…heb je ooit van je broertje gehoord of het belangrijk was dat jij daar was?
Anna	Ja
Petra	Wat heeft hij daarover gezegd
Anna	Hij weet niet heel veel meer exact, maar hij weet wel dat hij altijd, dat wij er altijd voor hem waren ***BELANG VEILIGE FAMILIE***
Petra	In die periode
Anna	Dus hij wist dat wij….hij vertrouwde niemand.
Petra	Hmhm
Anna	Geen verpleging, niks. Maar als wij kwamen, dan vertrouwde hij iemand. (kameralarm gaat) sorry. ja dan vertrouwde hij iemand. Dus dat was heel fijn voor hem, dat hij wist dat er mensen waren die naar hem toe kwamen. ***VEILIGHEID***
Petra	Ja ja. Ok. En hoe was het om hem te bezoeken?
Anna	Fijn. Heel fijn.
Petra	Ja?
Anna	Als zus, ja heel fijn!
Petra	En wat maakt het zo fijn?
Anna	Nou, dat je wat voor hem kan betekenen. Want hij dan, even specifiek naar hem. Hij nam zijn medicatie niet van de verpleging, maar wel van ons. Dus hij nam zijn medicatie daardoor. Hij at niet, maar wel als wij hem voerden. Want mijn moeder ging twee tot drie keer per dag naar hem toe. Ja en, dat je gewoon ook kan zien hoe het met hem gaat en dat je met hem kunt praten, hem kan wassen en hem kan douchen en dat ie schoon blijft en ja. Dat je nog wel wat voor hem kan doen. ***INTERVENTIE & UITDRUKKINGSHANDELING***
Petra	Ja
Anna	Ja
Petra	En je moeder ging twee tot drie keer per dag?
Anna	Ja.
Petra	Was dat normaal voor het UMC of waren jullie een uitzonderlijke familie? of weet je dat niet?
Anna	Weet ik niet zo goed. ik weet wel dat wij..ik denk dat twee keer wel uitzonderlijk was. Een

	keer waren sommigen ook nog wel, maar wij waren wel de familie die het vaakste kwamen.
Petra	Ja. Ok
Anna	Ja, en mijn vader kwam elke dag, alleen 's avonds, ik bijna elke dag. En mijn zus, ja die woont er natuurlijk verder vandaan. Dus die probeerde twee keer per week te komen.
Petra	Ja.
Anna	Ja
Petra	Hoe kwam je in de separeer terecht? Werd je uitgenodigd, heb je je 'opgedrongen'.
Anna	Hoe wij daar kwamen?
Petra	Ja?
Anna	We werden uitgenodigd. ***HARTELIJK/WELDADIG***
Petra	Oh ja? Ja dus je werd gebeld of jullie dus in de separeer wilden?
Anna	Nee, mijn broertje kwam de eerste dag binnen, toen heeft ie de eerste nacht ist ie gesepareerd. Omdat hij heel angstig was en bij iedereen op de kamers ging kijken. Toen is ie gesepareerd, ook een spuit gehad. Maar eigenlijk niet met overmacht. Ehm…hij is meegelopen
Petra	Ja
Anna	En toen werden mijn ouders gebeld dat hij in de separeer was en toen is mijn moeder 's ochtends vroeg gegaan en die mocht er eigenlijk meteen bij.
Petra	Dus dat is eigenlijk nooit een vraag geweest.
Anna	Nee
Petra	Het is echt een aanbod geweest van het A..UMC?
Anna	Ja
Petra	Ok. En toen je daar aankwam, werd jou uitgelegd wat je kon verwachten of werd ervan uitgegaan van jou ja, die is toch, die werkt toch in de GGZ dus die zal het wel weten.
Anna	Ehm..bij mij, ik was al door mijn moeder ingelicht. Dus, ehm, ik ging er gewoon heen, maar mijn moeder is wel uitgelegd van als ik het goed begrijp wat ze kon verwachten. ***ZORGVULDIG & GASTVRIJ***
Petra	Ja
Anna	Ja
Petra	Ok. En wat ging je doen in de separeer, wat was je doel van daar zijn?
Anna	Bij hem zijn. ***PRESENTIE***
Petra	Gewoon bij hem zijn.
Anna	Ja, en hem de medicatie geven en hem eten geven. ***UITDRUKKINGSHANDELING & INTERVENTIE***
Petra	Ja
Anna	En wassen. Ja ***UITDRUKKINGSHANDELING***
Petra	En omdat ie van andere mensen de medicatie niet nam bedoel je
Anna	Ja
Petra	Wat blijft je in positieve zin bij van die periode, van wat je hebt gezien aan zorg
Anna	Ja, dat wij erbij mochten komen. dat wij erbij mochten *zijn.* ***PRESENTIE*** En vanuit de verpleging,….ehm….dat er een paar waren waar ie goed mee kon en dat die dan ook naar hem toe gingen. En dat ze die ook….nou ja ik weet natuurlijk niet hoe ze waren als wij er niet bij waren, maar dat degenen die met hem mochten, die met hem konden, dat die ook aardig waren.
Petra	Dus hij had met sommige mensen een lijntje
Anna	Ja
Petra	En die gingen ook steeds naar hem toe dan
Anna	Niet altijd, maar wel, die bleven ook gewoon aardig en die lieten ook geen angst zien ***MOEDIG*** waardoor het voor hem ook fijn was.

Petra	Ja
Anna	En lieten hem ook in de waarde dat ie soms…ehm….er was een verpleegkundige en die leek op mijn oom en die hij noemde ook de naam van mijn oom tegen hem, maar hij liet hem in zijn waarde dus hij liet ook gewoon die oom zeggen en hij vond de verpleging op Máximá lijken, dus hij zei ook steeds Máximá en dat was prima. Ze hadden zoiets van…weet je dan noem je mij toch Máximá , prima. Maar als we contact hebben is dat goed. ***AFSTEMMING***
Petra	Ja
Anna	Dat vond ik heel positief. Hem in zijn waarde laten omdat ie, hij had het toch niet door wat er gebeurde en je kon hem wel corrigeren maar dat snapte hij toch niet. ***AFGESTEMD***
Petra	Ja, dus dat is eigenlijk heel erg ehm….hoe noem je dat….nou, ja, ik kom er even niet op.
Anna	Hij werd eigenlijk ehm als iemand zo, en dan noem ik het maar even gek is, begrijpt hij toch niet dat ie dingen raar zegt. Dus dan kan je continu wel zeggen “ik ben Máximá niet”, maar dat snapt ie niet, dus waarom moet je het continu herhalen dat hij het fout doet, zo
Petra	Dus eigenlijk werd ie, mocht ie gek zijn. ***ERKENNING***
Anna	Ja
Petra	Is dat het dan?
Anna	Ja eigenlijk soort van wel.
Petra	Ja. Ok
Anna	En ze hadden wel zoiets van in de separeer is dat prima, dat doen we wel weer als ie eruit is, gaan we dat wel weer normaliseren
Petra	Dat doet er nu niet toe. ***WETEN DOOR ROUTINE***
Anna	Ja
Petra	En in negatieve zin? Is er ook iets dat je in negatieve zin is bijgebleven?
Anna	Ja, geen separate-evaluatie. ***TRANSPARANTIE*** Geen….hij heeft dus een spuit gehad en hij weet dus tot op de dag van vandaag niet waarom. ***TRANSPARANTIE*** Eh omdat dat niet met hem besproken is. dat ehm nou er ook sommige verpleegkundigen ehm niet aardig waren. Gewoon ‘je gaat nu die doen en zo doen we het’. En niks anders. ***MACHTSMISBRUIK***
Petra	Maar niet aardig is dan directief of eh eh kattig noemde je het in het begin
Anna	Ja, kattig ja, gewoon van als ie dan bijvoorbeeld iets vroeg en dan ‘nee dat gebeurt nu niet want zo doen wij dat’ ja, dat vind ik heel naar maar dat vind ik ook naar als we hier werken, dat vind ik gewoon heel naar werken. Zo van ‘ik heb de macht en eh zo.’
Petra	Oh dus zo voelde het?
Anna	Ja
Petra	Machtsmisbruik? ***MACHTSMISBRUIK***
Anna	Ja. Ja. En ook van eh hem niet geloven bijvoorbeeld eh..mijn broertje zei dan bijvoorbeeld van ik zal vrouwen nooit slaan en ik zou ze ook nooit aanraken en mannen ook niet en het dan eh dan toch bang zijn dat ie het doet. Omdat ie groot was. ***NIET AFGESTEMD***
Petra	Oh hij is een grote vent.
Anna	Ja, hij is bijna 2 meter
Petra	Ja
Anna	En breed.
Petra	Ja ok
Anna	En dat is dan echt vanuit mij, nu, ik snap de hulpverleners, maar vanuit de cliënt en vanuit familie vind ik dat eh niet fijn.
Petra	En niet fijn is dan …wat is dat dan?
Anna	Ja, dan denk je, het is een mens en eh behandel het ook, behandel hem ook als een mens. ***ERKENNING***
Petra	En niet als….
Anna	Als een dier, zo voelt het dan.
Petra	Ja

Anna	Of als een weet ik veel wat.
Petra	Ja. Heb je met je broer verder gesproken hoe het daar was?
Anna	Nee, ja, ik niet persoonlijk heel erg. Maar mijn moeder wel en die weet dan alles wel van hem
Petra	Maar je hebt niet zelf met hem gesproken, daarover, over die periode?
Anna	Nou, we hebben het er wel over.
Petra	Hmhm
Anna	Alleen, hij vindt het nog heel moeilijk om daarover te praten. Dus over separaties zelf niet heel erg omdat ie het ook heel veel niet meer weet.
Petra	Nee, ok
Anna	Ja, maar wel, mijn moeder heeft het er wel met hem over gesproken en daar is ie wel heel open en eerlijk over. en dan zegt ie ook van 'dat is zo gek ben geweest, wat erg'.
Petra	Wat is het belangrijkste wat hij vertelt over die periode? Wat is nou het meest in het oog springend?
Anna	(stilte) dat hij, dat hij mensen niet kon vertrouwen. Dat hij dat gevoel had, ***RELATIONELE VEILIGHEID***
Petra	Personeel?.
Anna	Ja, personeel
Petra	Was er niet een die hij kon vertrouwen?
Anna	Nee
Petra	Ook die oom niet?
Anna	Nee, niemand niet. nou ja, en dat ie het heel fijn vond dat wij kwamen. Ja..
Petra	Ja. Ja. Hee, en had hij een lievelingsverpleegkundige in die tijd?
Anna	Ja, hij had wel twee waar ie heel goed mee kon.
Petra	En wat eh…snapte jij dat?
Anna	Ja
Petra	Wat hadden, wat waren dat voor types
Anna	Nou, eentje was een man en die was gewoon eh eh ja die kon., die was wel directief he, dat was op zich wel goed, maar op een goede , ja ik kan het niet uitleggen, maar op een goede manier en hij zei waar het op sloeg tegen hem maar was ook heel vriendelijk en ook in voor een grapje en ehm. Ja, lastig te zeggen, het is denk is ook gewoon de click die je dan met iemand hebt. Ja. ***HET LIJNTJE/ RELATIEGESTUURD***
Petra	Ja?
Anna	Ja dat is moeilijk te zeggen, maar het sprong er wel op de ene afdeling 2 uit.
Petra	En die waren allebei zo?
Anna	Ja, ze waren gewoon heel aardig voor hem en ook tegen ons en ze nodigden ook nog ons als we uit de separeer kwamen uit op kantoor van 'kom even met ons praten' en dan mochten wij ook huilen en onze machteloosheid uitspreken en doen en dat is voor ons als familie heel fijn en ik denk voor hem ook omdat wij het ook nog met hun konden bespreken en dat wij goed op de hoogte bleven zodat hij dat ook wist dat wij op de hoogte bleven. Want ja, wat hij zei klopte natuurlijk ook voor geen meter. ***HARTELIJK & WELDADIG***
Petra	Nee. (lachje)
Anna	Nee. (lachje) Dus ja, ik snapte het wel van hem
Petra	Maar je kreeg dus altijd nazorg ook van de verpleegkundigen?
Anna	Ja
Petra	Knap
Anna	Ja, altijd.

Petra	Ehm…en de slechtste verpleegkundige? Was er ook eentje tussen dat je denkt van eh
Anna	Ja!
Petra	Oh, ja dus (samen lachen om resolute antwoord Anna)
Anna	Ja, die was eh, ja daarbij had ik het gevoel dat er machtsmisbruik werd gedaan ***MACHTSMISBRUIK***, zo van *'jij zit in de separeer en ik vertel jou hoe het hier moet en dat ga jij maar zo doen en doe je dat niet, ja dan heb je pech en ga je weer achter slot en grendel'.* Dat gevoel kreeg ik
Petra	Dus je moet het doen, zoals ik het doe.
Anna	Ja.
Petra	Geconditioneerd worden.
Anna	Ja.
Petra	Kan je daar een voorbeeld van geven?
Anna	Waar wij een keer bij stonden, nou een keertje toen wij erbij stonden en dat ie een stap dus naar voren zette en dat meteen heel boos werd van *'je moet geen stap naar voren zetten want eh straks eh sla je me en je gaat maar terug de separeer in'* en dat hij nog uit wilde leggen van *'luister, ik sla nooit vrouwen, zal ik ook nooit doen, heb ik van mijn ouders geleerd, dat doe ik niet'.* en dan toch zeggen, je gaat de separeer in. Dat vind ik machtsmisbruik. En dat zij eh, dat wij niet alleen met hem mochten zijn, van haar ***MISKENNING***
Petra	Want je was meestal wel alleen toch, met hem?
Anna	Ja ja, zij stonden op de gang, ja, en wij zaten met hem
Petra	Zij stonden op de gang
Anna	Ja
Petra	En de deur was dicht…
Anna	Ja
Petra	…van de separeer?
Anna	Nee nee wij zaten niet in de separeer, wij zaten in de tussenruimte
Petra	Ja
Anna	En zij stonden dan op de gang
Petra	Ok
Anna	Van de tussenruimte.
Petra	En de deur van de tussenruimte was gewoon dicht
Anna	Ja
Petra	Dus je kon een-op-een met hem praten
Anna	Ja, privé
Petra	En daar was ook geen camera of iets?
Anna	Ja, daar had je glas.
Petra	Oh ja, dus ze konden wel wat zien
Anna	Dus dat is wel heel fijn.
Petra	Ja. Maar bij deze verpleegkundige mocht je niet alleen met hem zijn?
Anna	Nee.
Petra	Omdat?
Anna	Weet ik niet.
Petra	Wat was dat voor eigenschap bij haar of karaktertrek of hoe je het maar moet noemen?
Anna	Touwtjes in handen houden misschien en weten wat wij met hem doen en dat zij dat…
Petra	Controle?
Anna	Ja, denk het, controle over de situatie ***ANGST***
Petra	Hm. En nou heb je een dubbelrol, want je bent de verpleegkunde ingegaan. Je deed toen al de opleiding toch?

Anna	Ik was toen al verpleegkundige
Petra	Je was al afgestudeerd ook?
Anna	Ja, ik was toen MBO-afgestudeerd en ik was toen bezig met mijn HBO
Petra	En heeft je beroepskeuze hier iets mee te maken gehad, met dat je broertje ziek werd?
Anna	Nee, want dat wist ik toen nog nie…ik was 16 toen begon ik in de..dus dat wist ik niet
Petra	En je hebt ook altijd de GGZ-kant op willen gaan?
Anna	Nee, nee, dat is gewoon echt, ehm, ik ging stagelopen in de psychiatrie en ik ging stage lopen in het algemeen ziekenhuis en toen wilde ik weer terug naar de psychiatrie
Petra	Voordat je broertje ziek werd?
Anna	Voordat mijn broertje ziek werd.
Petra	Ok, dus daar heeft het eigenlijk niets mee te maken.
Anna	Nee
Petra	Heeft het je veranderd? In je werk?
Anna	Ja, heel erg.
Petra	Heel erg zelfs.
Anna	Ja
Petra	En kun je me uitleggen hoe?
Anna	Eh… ik bekijk dingen eigenlijk ehm 9 van de 10 keer vanuit de cliënt. ***INLEVEN*** En ook wel vanuit de verpleging, maar ook hoe zou dit voor een cliënt zijn en hoe zou hij zich voelen en wat zou het beste voor *hem* zijn en eigenlijk heel erg vanuit de cliënt. ***PERSPECTIEF WISSELEND***
Petra	En deed je dat ervoor niet?
Anna	Jewel, maar minder.
Petra	Ja?
Anna	Dan keek je toch meer vanuit de verpleging, hoe vinden wij het en eh
Petra	Ja
Anna	En wat vinden wij dat goed voor hem is en wat vinden wij dat watvoor therapieën hij moet en eh wat ie aankan en oh, hij zegt dat ie dingen niet aan kan, maar volgens mij kan ie het wel. Ja ***PATERNALISTISCH/NIET AANSLUITEN***
Petra	Ja. En ehm…heeft het je ook bepaalt bij hoe je separeerzorg geeft op de een of andere manier?
Anna	Ja, ik den kook wel, dat was wel grappig. Toen dat allemaal net achter de rug was, want ik heb toen een tijd geen separeerzorg gedaan..
Petra	Nee?
Anna	Nee, ik denk een half jaar niet. bewust, samen met de huidige teammanager van toen. En eh, toen ben ik op een gegeven moment ehm weer erheen gegaan en toen zei de teammanager, die was daar ook een keer bij, die zei *'ja het is bijzonder om te zien hoe natuurlijk het bij jou gaat en dat je eigenlijk de separeerzorg en woordvoerder echt heel goed doet, alleen niemand zal begrijpen waarom jij dat opeens zo goed kan'*.
Petra	En wat is dat dan? Wat maakt het verschil tussen jou voor en na dat je daar bij je broertje bent geweest?
Anna	Ehm. Ja, dat weet ik niet. ja, ik denk het gevoel dat je weet hoe erg het is of zo. Ja, je weet natuurlijk al hoe erg het is als je het gaat doen, maar ik denk dat je pas, dat je pas *echt weet hoe erg het is* als je het echt mee hebt gemaakt. Denk ik. ***AFGESTEMD& WETEN DOOR VOELEN***
Petra	Ja
Anna	Ik bedoel he, iedereen weet wel hoe vreselijk het is, maar ik denk dat je heel erg veel meer echt gevoel, echt heel gevoel bij komt. Dat je er ook aan terugdenkt van oh ***LEREN DOOR VOELEN/ DOOR MEEMAKEN***
Petra	Ja precies, omdat je het mee hebt gemaakt.

Anna	Ja
Petra	Hee, en je hebt dus een half jaar geen separeerzorg gegeven, bewust niet
Anna	Ja
Petra	En nu doe je dat wel
Anna	Ja
Petra	En…wat doe je nu anders?
Anna	Oe, dat is lastig, dat is lastig. (stilte). Ja, proberen gelijk te zijn. ***ERKENNEND*** Kijk, het kan niet helemaal natuurlijk he, omdat je natuurlijk weet dat jij straks weer de deur dichtdoet en hij moet erin, ***ERKENNING VAN ASYMMETRIE*** maar wel gewoon van iemand ja, in zijn waarde laten inderdaad en ik laat iemand ook gewoon zijn psychotische verhaal vertellen en ik knik af en toe ***AFGESTEMD*** en ik doe af en toe en soms probeer ik hem even naar de werkelijkheid te krijgen, lukt vaak niet, dus dan laat ik dat ook gewoon zo. ***ERKENNING*** Ehm…..ja, en ik probeer altijd ooghoogte op te zoeken
Petra	Ja?
Anna	Zodat je door de hurken gaat en niet het gevoel hebt dat je er boven staat
Petra	Hmhm. Ook als dat veiligheidsrisico's met zich mee kan brengen?
Anna	Ehm. Ik denk dat als jij in de deuropening zit en je gaat gehurkt zitten en hij zit op het bed, dan zit je wel op ooghoogte, maar zit er wel een heel eind bij mekaar vandaan en de collega kan wel je wegtrekken, dus ik denk niet dat er heel veel veiligheidsrisico's zijn. als je gewoon zegt ik ga op mijn hurken zitten omdat hij ook zit en trek mij weg als… ***PRAKTISCH WIJS/MOEDIG***
Petra	Ja
Anna	Dan denk ik dat eh.
Petra	Zou jij eh, vind jij dat een PB-er iemand in de separeer moet begeleiden of juist niet?
Anna	Ik denk het wel.
Petra	Juist wel?
Anna	Ja
Petra	Waarom?
Anna	Zodat je vanaf moment 1 al ja, een band kan opbouwen ofzo ***RELATIEGESTUURD***
Petra	Hmhm
Anna	En het erna ook goed samen kan hebben van eh wat was er nou en ***IN DE BEHANDELING PLAATSEN***
Petra	Want nazorg is het belangrijkste?
Anna	Ja, nou ja belangrijkste? Maar heel belangrijk wel ja
Petra	Ja. Hey wat zou je allerbe…als je alle verpleegkundigen 1 ding zou moeten aanleren, van nou, je mag maar 1 ding noemen in de separeer, wat is het allerbelangrijkste?
Anna	Oe ehm
Petra	Je mag ook meerdere dingen noemen hoor
Anna	Nou ja, het is een lastige vraag. Ja, misbruik niet je macht en wees vriendelijk en weet dat het een mens is. ja. En niet altijd zo streng. ***DISPOSITIE***
Petra	Ja
Anna	Als iemand tussendoor een keertje, tussen de bedrijven door een koek wil, geef het hem en doe niet van *'hij heeft drie maaltijden per dag.'* Zo, denk ik ***WELDADIG***
Petra	Kom de ander tegemoet in zijn wensen
Anna	Ja ja
Petra	Ok. En wat zou je alle verpleegkundigen willen afleren?
Anna	Moeilijke vragen. Moet ik heel diep denken. Nou ja, alle, niet iedereen is natuurlijk over een kam te scheren, maar ik denk soms dat eh hele beheersmatige. Denk ik
Petra	Zoals?

Anna	Ja, ja ik moet even. ja dat is natuurlijk niet vanuit de separeer, dat is meer met kamerprogramma's
Petra	Maar dat is misschien wel vergelijkbaar?
Anna	Ja, om soms heel strikt, een heel streng programma 10 minuutjes en dan denk niet meer. ***NIET AFGESTEMD*** En ik denk soms kan je volgens mij ook meer uitproberen en laat het soms ook, zonder dat de veiligheid in de weg staat dingen ook op zijn beloop en soms gaat dat beter dan dat wij denken ***MOEDIG***
Petra	Dus probeer niet teveel de controle te houden, eigenlijk kom je weer bij die controle uit van eh die verpleegkundige ***WELDADIG***
Anna	ja, eigenlijk wel
Petra	Ja ok. Wat is het perfecte separeerbezoek, hoe ziet dat eruit? Dat is de laatste vraag he.
Anna	Oh ja, het perfecte separeerbezoek, voor de cliënt?
Petra	Als je nu naar eh, die man die nu bij ons in de separeer zit bijvoorbeeld he
Anna	Ja, wat ik doe is wel in het begin afspraken met hem maken ***RELATIEGESTUURD SAMENWERKEN***, zodat hij weet waar hij aan toe is en waar ik aan toe ben. ***TRANSPARANTIE***
Petra	Hmhm. Afspraken over?
Anna	Nou ja, bijvoorbeeld, ik zeg ook nooit bijvoorbeeld ik wil dat jij mij met respect behandeld, maar dan zeg ik zullen we elkaar met respect behandelen. ***RELATIEGESTUURD*** Dus die afspraak bijvoorbeeld he. Maar dan leg ik het ook bij mijzelf dat ik ook dat ik ook respectvol naar hem ben he. Ehm…zullen **we** de veiligheid garanderen, zodat ik dat kan doen, maar hij ook, want ik ben misschien ook helemaal niet veilig voor hem. ***INLEVEN & WETEN DOOR VOELEN*** Ehm…nou ja, dat. En dan eigenlijk eh, ja dan gewoon met hem gaan zitten en hem lekker laten kletsen en als ie iets vraagt terugpraten en kijken, als hij een wens heeft, eh, ja kijken of je dat wel of je dat die wens kan waarmaken bijvoorbeeld telefoneren of wat dan ook. ***WELDADIG***
Petra	Ja , of die koek
Anna	Ja, of die koek of die eh wat dan ook. En er voor diegene zijn, ik denk gewoon het gevoel van ik ben er voor je en ik ben er niet om je te pesten, maar ik ben er gewoon om jou te helpen.
Petra	Ja.
Anna	En soms nog niet te veel op zijn psychose door te gaan van 'je bent ziek en eh', dat snappen ze toch niet in het begin, want dat zijn ze niet ***AANSLUITEN***
Petra	Nee dus dat heeft geen zin om te zeggen
Anna	Nee, dat zijn ze niet, ze zijn niet ziek
Petra	Maar ook niet als iemand heel angstig is?
Anna	Ehm…
Petra	Als iemand nou echt bang is om opgehaald te worden door eh
Anna	Ja, maar ik denk dat je hem dan beter gerust kan stellen dat dat niet gebeurt en dat wij er voor hem zullen zijn en dat wij er niet voor zorgen dat ie opgehaald wordt of dat ***AANSLUITEN& PERSPECTIEF WISSELEN***
Petra	Dus dan ontken je niet dat ze komen, je zegt alleen dat het ze niet gaat lukken
Anna	Ja ja
Petra	Is dat het?
Anna	Ja, gewoon van wij zijn er voor je en je wordt niet gehaald door eh God ofzo wat ze kunnen denken, wij blijven er voor je zijn, meer dat ***PRESENTIE***
Petra	Ja.
Anna	En niet zeggen van het is niet zo, want dat gaat niet in dat hoofd dat gaat diegene nooit snappen ***AANSLUITEN***
Petra	En dan, dat is toch ook niet erg?
Anna	Nee, maar dan ben je wel heel erg aan het zeggen van maar jij bent ziek en eh God die eh

	tuurlijk kan ie niet naar beneden komen dus doe even normaal en dat voelt weer wat minder vertrouwd natuurlijk ***INLEVEN***
Petra	Ja
Anna	Voor de cliënt
Petra	Want daar gaat het om 'vertrouwen' ***RELATIEGESTUURD***
Anna	Dat denk ik wel.
Petra	Uiteindelijk
Anna	Ja, dat er iemand voor je is. ***PRESENT***
Petra	Ja. Dank je wel.
24:52	

Bijlage 6a casus ten behoeve van de focusgroep

Het betreft Ahmed, een man van 33 jaar, van Marokaanse komaf. Hij lijdt aan schizofrenie van het paranoïde type, met daarbij op As II een uitgestelde diagnose. Het behandelteam ziet wel veel trekken van anti-sociaal gedrag. De patiënt verblijft sinds januari op jullie afdeling, en is binnen Altrecht al jaren bekend. Hij is onder behandeling van het ACT-team en is een dakloze man die zich erg zorgmijdend opstelt.

Het ging de afgelopen tijd best heel aardig met hem, maar nu is er een medicatieverandering ingezet. De ene anti-psychotica is afgebouwd in de hoop dat een ander middel hem meer zal helpen. Enkele weken hebben jullie als team gezien dat het steeds slechter met hem ging. Onder invloed van 20 energiedrankjes per dag en een aantal blowtjes ging het steeds slechter. Uiteindelijk was hij ervan overtuigd dat jullie hem in de gehaktmolen wilden gooien omdat hij eigenlijk Joods is en jullie Katholiek en werd hij steeds angstiger. Afgelopen nachten heeft hij amper geslapen en vannacht heeft hij tegen een uurtje of vijf de beveiliger bedreigd te vermoorden omdat hij er katholiek uitziet. De verpleegkundige zag er wel Joods uit en mocht dus blijven leven. In overleg met het ANW-hoofd[101] is besloten hem te separeren. Omdat hij bekend is met ernstig verzet en hij ook groot is (1.96m) zijn er 8 mannen opgeroepen uit het pand en is hij overmeesterd. Hierbij is Tranxene gespoten en is hij in HCT3-methodiek naar de separeer gebracht. Het is een heftige separatie geweest: Ahmet heeft gevochten voor zijn leven. In de separeer heeft hij een rustige nacht gehad, onder invloed van de medicatie. Het eerste moment was hij nog niet aanspreekbaar, het is nu 930uur en jullie gaan erheen.

- Wie gaan? (mannen of vrouwen? Ervaren mensen of juist niet? PB-ers of juist niet?)
- Met hoeveel mensen gaan jullie?
- Wat is het doel?
- Wie is er woordvoerder?
- Beschrijf het moment (openen deur, eerste contact maken, bukken of juist niet? Afstand bewaren of juist niet? Mee naar de tussenruimte of daar roken?)
- Waarom noem je bepaalde zaken als eerste?
- Waar let je op tijdens het moment?
- Hoe ziet het separeerprogramma eruit?

Laten we zeggen dat het eerste moment goed gaat. Ahmet is gedrogeerd, hij is aangepast en hij lijkt ook angstig te zijn. Hij loopt in de pas, is in de samenwerking.

- Hoe ziet het tweede moment eruit? Wie gaan er dan? Evenveel?
- Waar is dan het moment?
- Wat als hij iets wil hebben, bijvoorbeeld even douchen. Hoe streng ben je met tijden.
- Hij stelt je de vraag waarom hij is gesepareerd. Geef je antwoord? En wat er is gespoten: wat zeg je?

Richting het einde van het moment, houdt hij het niet langer vol. Hij begint over Joden en Katholieken en dat de psychiater katholiek is, dat hij daarom gesepareerd is: hij is immers Joods.

- Wat doe je?
- Welke consequenties heeft dit voor het volgende moment?

De rest van de dag gaat gewoon goed. in de middag vraagt hij of hij eruit mag. Hij is weer rustig. Maar je ziet ook dat ie angstig is.

- Wat doe je?
- Wat zeg je?

[101] Avond-, Nacht-, en weekendhoofd

Bijlage 6b uitwerking focusgroep

Op 20-06-2012 vond een focusgroep plaats op Roosenburg. De focusgroep werd gehouden aan de hand van een casus, deze kunt u vinden in bijlage 6a. Hieronder vindt u de letterlijke tekst. Waar woorden als ***VOLGT*** getypt zijn, betreft het een codering. In paragraaf 5.1.3. kunt u daar meer over lezen.

ikzelf	En dan ga ik gewoon de casus voorlezen. Ja? Het gaat er dus niet om wat goed of fout is, maar gewoon om waarom je doet wat je doet, met je heel-veel-ervaring of weinig-ervaring. De casus. *Het betreft Ahmed, een man van 33 jaar, van Marokaanse komaf. Hij lijdt aan schizofrenie van het paranoïde type, met daarbij op As II een uitgestelde diagnose. Het behandelteam ziet wel veel trekken van anti-sociaal gedrag, maar hij is dus nog niet gediagnosticeerd. De patiënt verblijft sinds januari op jullie afdeling, en is binnen Altrecht al jaren bekend. Hij is onder behandeling van het ACT-team en het is een dakloze man die zich erg zorgmijdend opstelt.* *Het ging de afgelopen tijd best heel aardig met hem, maar nu is er een medicatieverandering ingezet. De ene anti-psychoticum is afgebouwd in de hoop dat een ander middel hem meer zal opleveren. Enkele weken hebben jullie als team gezien dat het steeds slechter met hem ging. Onder invloed van 20 energiedrankjes per dag en een aantal blowtjes ging het steeds slechter. Uiteindelijk was hij ervan overtuigd dat jullie hem in de gehaktmolen wilden gooien omdat hij eigenlijk Joods is en jullie Katholiek en werd hij steeds angstiger. Afgelopen nachten heeft hij amper geslapen en vannacht heeft hij tegen een uurtje of vijf de beveiliger bedreigd te vermoorden omdat hij er katholiek uitziet. De verpleegkundige zag er wel Joods uit en die mocht dus blijven leven. In overleg met het ANW-hoofd is besloten hem te separeren. Omdat hij bekend is met ernstig verzet en hij ook groot is (hij is 1.96m) zijn er 8 mannen opgeroepen uit het pand en is hij overmeesterd. Hierbij is Tranxene gespoten en is hij in HCT3-methodiek naar de separeer gebracht. Het is een heftige separatie geweest: Ahmet heeft gevochten voor zijn leven. In de separeer heeft hij een rustige nacht gehad, onder invloed van die medicatie. Het eerste moment was hij nog niet aanspreekbaar, het is nu 930uur en jullie gaan erheen.* Eh ja, reageer maar wie als eerste wil reageren. Wie gaan er?
aart	Ik ga er wel heen
ikzelf	Jij gaat erheen?
mimi	Jij ziet er niet katholiek uit?
ikzelf	En wie neem je mee? wat zeg je?
Mimi	Ik zeg: hij ziet er katholiek uit.
	Lachen allemaal
Aart	Wie neem ik mee, nou degene die wil. Dat zou ik vragen. Van deze club zou ik Corrie of jou jou vragen wie gaat er met me mee naar hem toe. Wie ziet het zitten. Dat zou ik vragen. Wie ziet het zitten om met mij mee te gaan? ***SAMENWERKEN IN EEN TEAM-COLLEGAZORG***
Corrie	En met hoeveel man ga je dan ook?
aart	Eh, dat bepalen wij dan ook. Ja
ikzelf	Ja?
Koen	Met zo weinig mogelijk he. ***AFSTEMMEN*** Maar wel op de achtergrond ***VEILIGHEID***
allen	Ja ja
aart	Op de achtergrond.
ikzelf	Maar waarom met zo weinig mogelijk?
Koen	Omdat ie bang is. ***INLEVEN***
aart	Nou, hangt ervan af of je naar binnen gaat natuurlijk.
mimi	Ja maar wel gewoon stand by he,
Corrie	Er moeten wel meerdere mensen zijn ***VEILIGHEID***

mimi	In het zicht bijvoorbeeld drie ofzo
aart	Ja
Corrie	En de rest eh
aart	In principe 2 tot 3 en de rest eh op de achtergrond.
ikzelf	Ok
Corrie	Ik zou voor meer, ja inderdaad ja ***VEILIGHEID***
ikzelf	Mannen? Vrouwen?
Henk	Is er al een separeerprogramma? Voor hem? ***PROTCOLLEN***
ikzelf	Weet ik niet?
mimi	Nee
ikzelf	Jij zou daarmee beginnen?
Corrie	Ja. Ja zeker. Ik ga er vanuit dat dat er al is. want dat doen we altijd als eerste toch?
ikzelf	Maar wanneer maak je een separeerprogramma?
Henk	Ik vind dat hij daar gewoon recht op heeft. ***RECHT VAN DE PATIËNT***
ikzelf	Ja, maar wanneer maak je dat?
Henk	Zodra hij ingesloten is.
Corrie	Ja.
ikzelf	Voordat je hem hebt gezien?
mimi	Ja, je kan het ook in overleg doen. ***SAMENWERKEN MET PATIËNT***
Henk	Ja
mimi	Maar misschien is ie
aart	Je kan een standaardprogramma maken he, altijd ***PROTOCOL***
Corrie	Ja daarom
Henk	Een standaardprogramma
Corrie	Ja
ikzelf	Ok. Even terug naar jou (tegen Koen). jij zegt ik zou met zo min mogelijk gaan want hij is bang. Hoe weet je dat? Niet dat hij bang is, maar hoe…eh… je zegt dus het is beter om als iemand bang is met minder te gaan. Waar heb je die kennis vandaan?
Koen	Nou ja, als hij bang is dat dat ze hem iets aan willen doen als je dan met 8 man daarnaar toegaat kan ik me voorstellen dat je bang, ***INLEVEN*** zou ik zelfs al bang van worden denk ik. ***PERSPECTIEF WISSELEN***
ikzelf	Zou jij bang van worden.
Koen	Ja
ikzelf	En daarom denk je dat de patiënt
Koen	(tegelijk) dus hij al helemaal ***PERSPECTIEF WISSELEN***
ikzelf	Is dat ook, heb je dat ook in de praktijk gezien? Dat mensen dan angstiger worden? of heeft iemand je dat geleerd of
Koen	Ja het is denk ik ervaring ja ***LEREN UIT ERVARING***
ikzelf	Ervaring.
Koen	Als je met een heleboel mensen ergens naar toegaat is de sfeer heel anders dan dat je met weinig mensen gaat. ***INTUITIEF WERKEN***
ikzelf	De sfeer in de separeer of ook al bij het voorbespreken?
Koen	Nee, de sfeer die ontstaat. Als jij naar de separeer toegaat en je gaat met een heleboel mensen dan is de verhouding heel anders. Dan staat…iemand zit in de separeer in zijn eentje tegenover 8 mensen aan de andere kant van de deur dat is heel anders dan dat je in je eentje in de separeer zit en er staat niemand in de deuropening ***INLEVEN / OOG VOOR DISPOSITIE***
ikzelf	Ja
Corrie	Ja maar goed, ik zou dan voor het eerste bezoek niet zo kiezen. Als de deur zeg maar openging zou ik niet kiezen met weinig mensen te gaan. Want het is een grote man, is met

	HCT3 daar gegaan, is tegen zijn wil gespoten, is psychotisch, zou daar niet voor kiezen. ***VOORZICHTIGHEID***
Henk	Ik denk ik denk
Corrie	Ik zou voor de veiligheid gaan voor ons ***VEILIGHEID***
Henk	Ja, ik denk dat je in dit geval een aantal dingen moet in overweging nemen ofzo he. Veiligheid is denk ik heel belangrijk ***VEILIGHEID***
ikzelf	En waar let je dan op bij veiligheid?
Henk	Eh, gezien zijn toestand he van gisteren wat er met hem gebeurd is. tenminste dan zou ik het eerst aan denken voor veiligheid voor hem en voor ons ***VEILIGHEID***
Corrie	Eerst voor ons, zou ik zeggen. Het is een man van 196 ***GENERALISEREN***
ikzelf	Eerst voor ons?
Henk	Ja, en dan ga ik minder op letten dat ik met minder mensen ga dat ie bang wordt ofzo. Ik zou best wel op de achtergrond wat mensen hebben ***VEILIGHEID BOVEN ALLES***
Corrie	Ja juist
ikzelf	Ok. Dus we hebben eigenlijk twee stromingen hier. De ene helft zegt je moet met zo min mogelijk mensen gaan want dat is beter voor de patiënt en de ander zegt je moet met genoeg gaan want anders dan is het onveilig.
Henk	Ja
mimi	Maar ik denk dat jij Koen ook bedoelt dat je gewoon met voldoende man moet gaan, maar niet in het zicht
Corrie	(tegelijk) Op de achtergrond ja
Koen	Ja, uit het zicht ja ***VEILIGHEID IN PROPORTIE***
aart	Ja
	Allemaal tegelijk, waaronder:
Koen	Ja weet je, je maakt eerst contact door de deur heen. Je zegt van joh weet je beetje praten van joh vind je het goed als ik de deur open doe ***OOG VOOR DISPOSITIE*** en kunnen we afspreken dat jij even gaat zitten of wat dan ook ***SAMENWERKEN MET PATIËNT*** , wat wat goed voelt ***INTUITIEF WERKEN***. En dan ga je gewoon langzamerhand kijken hoe ver we gaan in hoeverre kunnen we in contact komen. ***INSCHATTEN***
ikzelf	Ja
Koen	En het kan zijn dat ie meteen tegen de deur aan springt en eh ja, ja dan moet je even de deur niet open doen denk ik.
ikzelf	Nee
Koen	Maar dan ga je dat sowieso niet doen. of je nou met 10 man bent of in je eentje ***VEILIGHEID= RELATIEF***
ikzelf	Ja
Henk	Ja
aart	Je hebt eigenlijk maar drie man voor de begeleiding nodig en de rest moet op de achtergrond. En het is waar, je klopt op de deur en je vraagt hoe is het
	Ondertussen gaat mijn werktelefoon
aart	En eh als ie zegt, als ie niet aanspreekbaar is of hij geeft een trap tegen de deur dan zeg je ik kom over een half uur weer terug ***VEILIGHEID***
Corrie	Ja
Corrie	Dan komen we terug ***PROTOCOL***
aart	En dan gaan we eens kijken of het wel kan. Zolang hij agressief blijft moet je niet naar binnen gaan ***VEILIGHEID***
Henk	Ja
ikzelf	Ok
Henk	En jouw vraag was ook van eh
ikzelf	Mannen vrouwen?

Henk	Mannen, vrouwen en ervaring of geen ervaring denk ik op dat moment
ikzelf	Ja?
Henk	Ik zou best wel appreciëren dat je op dat moment ervaren mensen ***ERVARING*** toch een beetje toch beetje gaat brainstormen wat gaan we doen? ***SAMENWERKEN IN EEN TEAM***
Corrie	Maar dat kan ook een vrouw zijn
Henk	Ja, nou, dat maakt niets uit ofzo
Corrie	Ja
Ikzelf	Man of vrouw maakt niet uit?
Aart	Nee
Henk	Als je maar
Ikzelf	Ervaring maakt wel uit?
Mimi	Nou dat vind ik ook…ligt eraan, als men weet dat die man heel angstig eh is of kan zijn door mannen dan ga je, weet je dan laat je misschien het woord doen door een vrouw ***AFSTEMMEN***
Corrie	Door een vrouw
mimi	En mannen op de achtergrond, gewoon voor de eh eh kracht zeg maar ***VEILIGHEID***
Henk	Ja ja
Mimi	Dus ik denk dat je ook wel, maar goed als je het niet weet dan denk ik dat je op ervaring..wat zei jij, op ervaring toch?
Henk	Ja, maar waarom doe je dat op dat moment, op dat moment moet je gewoon de basis separeerverpleging in acht nemen denk ik voor hem. Weet je wel, dat wat ie recht op heeft. ***RECHT VAN DE PATIËNT***
Ikzelf	Hmhm
Henk	En dan kun je altijd eh eh , ja moet ik zeggen van eh, hij is angstig gesepareerd, moet ie dan door de arts worden bekeken als de eerste keer de deur opengaat denk ik en eh van daaruit kan je denk ik best wel verder beleid maken denk ik. ***PROTOCOL***
ikzelf	Ok. En eh eh als een van jullie Ahmet nu heel goed kent, speelt dat nog mee?
mimi	Ja dat denk ik wel. Dan zou je denk ik diegene het woord laten of kunnen laten doen en als jij, als ik weet dat een collega een hele goede ingang bij hem heeft dan kan je dat inzetten. ***RELATIEGERICHT WERKEN***
ikzelf	En eh…dan….verpest je dan niet de relatie?
aart	Juist niet ***RELATIEGERICHT WERKEN***
mimi	(tegelijk) dat is dan het risico ***OOG VOOR ASYMMETRIE***
aart	Die maak je toch juist goed daardoor?
mimi	Nee, nou nee ik denk dat
Corrie	Nee ik denk dat als dat vertrouwen er is dan eh kan je dat wel doen
Henk	Nou, je kunt alle plusjes meenemen ***INTERVENTIONEEL***
Corrie	Ja, dat kun je in overweging nemen ja
mimi	Maar dat moet je wel zelf willen denk ik. als ik een hele goede band met Ahmet heb en ik denk dat ik dat kan inzetten in het contact dan zou ik dat doen
Corrie	Ja
mimi	Met het risico dat onze band anders zou worden, ik denk dat dat risico er wel is.
ikzelf	Ja?
mimi	Ja.
Corrie	Hmhm
ikzelf	En waarom dan?
mimi	Omdat iemand zo psychotisch angstig is ***PERSPECTIEF WISSELEND***
aart	(er doorheen) Ja maar je geeft juist vertrouwen
mimi	Ja dat hoop ik dan
aart	Ja maar dat mag je ook verwachten ***RIGIDITEIT IN OPVATTING OVER RELATIE OP 1 ZETTEN***

mimi	Ja nou ja
Corrie	Maar dat is ….(allemaal door elkaar)…op dat moment
aart	Ja
mimi	Ja ja
aart	Dat blijkt meestal wel zo trouwens vind ik hoor. Dat is mijn ervaring wel…als je iemand kent… ***WETEN UIT ERVARING***
ikzelf	Nou noem eens die ervaring dan?
aart	…en die persoon voelt zich buiten de separeer voelde hij zich ook geborgen bij jou en veilig, ***RELATIEGERICHT WERKEN*** dat zet zich door in die separeer ook. ***SEPAREERVERZORGING NIET LOS VAN DE BEHANDELING GEPLAATST*** Dan heb je al, dat is winst, dat kan winst zijn. en als zo'n persoon in principe niet aanspreekbaar is moet je dus niet naar binnen gaan. Maar als je dat wel kan doe dat dan met iemand die die vertrouwt en dan probeer je die vertrouwensrelatie zeg maar op te bouwen weer. ***RELATIEGERICHT WERKEN*** Kijk want veiligheid is natuurlijk is altijd een voelen is niet alleen maar een zijn met die man he. Jij moet je veilig voelen, maar de patiënt moet zich net zo goed veilig voelen ***AFSTEMMEN***
ikzelf	En wat betekent dat dan dat je je veilig voelt
aart	(tegelijk) nou dat als jij je veilig voelt dat je dat moet uitdragen ook naar de patiënt en dat je hem ook dat vertrouwen moet geven dat je hem dat hij zich veilig kan voelen en dat je dan ook naar binnen kan gaan uiteindelijk. Denk ik ***WEDERKERIGHEID***
Henk	Ik denk ik denk
ikzelf	(tegelijk) sommige van jullie hebben best wel veel ervaring met separeerverpleging, misschien jullie alle vijf trouwens inmiddels wel ehm hebben jullie ook de ervaring dat je ooit de relatie echt hebt verpest door daar naar binnen de gaan?
allen	Nee
ikzelf	Unaniem nee ***(vergelijk antwoord Mimi vorige pagina)***
	Instemmend knikken
ikzelf	Wat is het doel van separeerverpleging?
Henk	Nou ik denk meer eh.. het crisis eh ***INTERVENTIE GERICHT***
Corrie	(Tegelijk) Contact
Henk	Eruit halen of zo
Corrie	Ja en contact aangaan ***CONTACT AANGAAN***
ikzelf	Contact aangaan en jij zegt crisis…
Henk	Nou ik denk gewoon eh…de patiënt in veiligheid brengen als ie die zelf ***INTERVENTIE GERICHT***
ikzelf	Ja ja en separeerzorg? Op het moment dat je om half tien naar Ahmet gaat…wat is wat is het doel van je separeerzorg?
Henk	Zou dat ze de normale ADL krijgt. ***INTERVENTIE GERICHT***
ikzelf	De ADL ja verzorgen.
Henk	Ja gewoon als doel een beetje contact ***CONTACT AANGAAN***
Corrie	Contact aangaan ja vind ik ja
Henk	Je kan op dat moment eh eh qua observeren visueel kijken hoe zijn toestand is ***INTERVENTIE GERICHT***
ikzelf	Observeren, ADL, contact maken
Henk	Ja of er realiteit toestand en samenwerking
Koen	Zo snel mogelijk weer eruit ***DOEL IS DESEPAREREN***
Corrie	Zo snel mogelijk ja desepareren
ikzelf	Desepareren
Corrie	Ja
Koen	Ja
ikzelf	Doel van separeerzorg is desepareren

Koen	Uiteindelijk wel
Corrie	Uiteindelijk wel ja
Henk	Ja ja
mimi	Ja als er geen crisis meer is
Henk	Ja maar daar hoort voorafgaand ook een aantal elementen in acht te worden genomen.
	Allemaal tegelijk en instemmend
ikzelf	Andere dingen nog?
aart	Het is, je bent verplicht om erheen te gaan, dus je moet er sowieso naar toe ***PROTOCOL***
ikzelf	Het is gewoon protocollair ja
aart	Dat is dat is en eh…..eh ja…crisis bezweren
Corrie	Ja de patiënt heeft er gewoon recht op zou je bijna zeggen ***RECHT VAN DE PATIËNT***
aart	De crisis moet bezworen worden
ikzelf	Ja ja ok. Ehm een van jullie die ervaring heeft of minder ervaring, maakt eigenlijk niet uit, wil je eens beschrijven gewoon heel van seconde tot seconde bijna wat je doet als je naar iemand toegaat. Hoe dat gaat
aart	Stel je voor dat ik daarheen zou gaan?
ikzelf	Ja, je bent woordvoerder
aart	Ok. Dat weet ik wel. ***(WAT IS DIT VOOR REACTIE?)*** Ik ga erheen, ik loop naar de deur ik heb ervoor gezorgd dat Koen of sita of we gaan met zijn drieën naar die deur toe. Een aantal mensen staan daarachter, een beetje uit het zicht, ik klop eh, ik haal het gordijntje weg, ik klop op de deur, ik zeg eh goeiemorgen, hoe ist ie?
ikzelf	Doe je eerst het gordijntje weg of eerst op de deur kloppen
Corrie	Eerst kloppen
aart	Eh eh
mimi & Corrie	Eerst kloppen
aart	Ja, dat weet ik niet eens. Maakt me niet zoveel uit
mimi	Jewel, dat maakt wel uit.
aart	Ja?
Corrie	Je klopt
Henk	Hij kan schrikken als je niks zo iets verbaal zegt ***INLEVEN***
aart	Nee, maar ik klop eerst ***LEEREFFECT INTERVIEW***
mimi	Ja
aart	Ik klop eerst, dan haal ik het gordijntje weg, kijk door het raam heen en dan eh zeg ik van eh iemand kan slapen of niet dus als ie op bed ligt dan klop je nog een keer tot ie wakker is (INTERVIEWVRAAG LATEN LIGGEN…), dan zeg je “Hoe is tie” of eh goeiemorgen, hoe is tie. En dan reageert iemand en die reactie he, naar aanleiding van die reactie zet je de volgende stap. Als iemand dan het bed uit rent en die geeft een trap tegen de deur dan zeg je ik kom over een half uur wel weer bij je terug. Als iemand zegt van eh nou eh, meestal zeggen ze van eh klote en ze hebben me vannacht mishandeld en eh nou ja dan vraag je hem van eh of ie op de rand van het bed wil gaan zitten ***VEILIGHEID / DISPOSITIE*** en kunnen we dan binnenkomen bij wijze van spreken. En dan moet je de inschatting gaan maken of je dat wel of niet doet. ***INSCHATTEN***
ikzelf	Hmhm. Is er iemand die het nog iets anders doet?
	Stilte
Koen	Er is wel altijd de afweging dat ik wil dan de patiënt altijd zoveel mogelijk zijn gang laten gaan maar het moet wel duidelijk zijn dat ik de regie heb zeg maar op dat moment ***ZELFBESCHIKKING BINNEN BEPERKINGEN***
Corrie	Juist

Koen	Dus ik probeer het altijd wel zo te doen dat ik
ikzelf	Waarom?
Koen	Omdat iemand vaak in de war is die daar zit en er gaat iets gebeuren wat anders is als normaal zeg maar dus hij krijgt bijvoorbeeld een contactmoment en dat wil ik wel de duidelijke afspraken maken van nou ja, weet je wel, we gaan dit en dit doen, we doen het zo en zo en deze ruimte is er en dat het goed loopt. ***DIRECTIEF*** Want wat je ook niet wil is dat je bijvoorbeeld als je in de tussenruimte zit dat je uiteindelijk iemand weer met geweld terug naar de separeer moet brengen ***WETEN UIT ERVARING***
ikzelf	Hmhm
Koen	Dus
aart	Maar dat is wel een schijnveiligheid hoor…
	Iedereen door elkaar, onder andere:
Corrie	Als je daarmee de veiligheid kan waarborgen. Als je daarmee naar de patiënt kan overdragen dat het veilig is en
aart	Ja maar het gesprek tijdens tijdens zo'n separeermoment
Corrie	(onderbreekt)…….Er kan van alles bij gebeuren klopt ***GRILLIGHEID ZORGPROCES***
aart	Het zou zo maar kunnen omslaan
Corrie	Klopt ja. Laatst hebben we dat ook ervaren dus we spreken uit ervaring ***TRAUMATISCHE ERVARING***
Koen	Tuurlijk
aart	Dus dan moet je ook bedenken van hoe kom ik hier weer weg dan ***VEILIGHEID***
Corrie	Ja ja
Koen	Maar ik denk wel dat als iemand eh eh eh eh achterdochtige waanideeën heeft dat als jij gewoon heel duidelijk zegt van dit is wat we gaan doen, heel duidelijk de ….
mimi	Lijnen uitzet?
Koen	Ja de lijnen uitzet , ik denk dat iemand daar uiteindelijk baat bij heeft ***AFSTEMMING***
aart	Ja maar dat kan je
ikzelf	En hoe weet je dat? Hoe heb je dit
Koen	Dat is denk ik gewoon ervaring..als je dat niet doet, dat is natuurlijk, dat verschilt altijd per keer, dat mensen gaan zeggen van ja maar ik wil nog even een shaggie roken of ik wil nog even dit of nog even dat…dat geeft onduidelijkheid. ***WETEN UIT ERVARING***
Corrie	Ik denk dat ook belangrijk is als je het programma hebt dat je dan samen met de patiënt ook doorneemt, dat ie daar hangt, dat ie zicht heeft op het programma ***SAMENWERKEN MET PATIËNT***
aart	Ja, maar dan heb je een patiënt die is al een stuk stabieler als ie zijn programma kan doornemen. Je moet er maar vanuit gaan dat iemand daar zit dat dat ***WETEN UIT ERVARING***
Corrie	In het begin is het alleen maar roken en dan weer terug
aart	Ja…dat dat ook gewoon niet lukt.
aart	Het kan wel eens zo zijn dat je de ene keer dat je zo'n patiënt ook zegt ik rook nog een shaggie en dat je dan een keuze moet maken wat ga ik doen? ga ik met eh ga ik de regie houden en ga ik nu zeggen van ik jij rookt die sigaret niet en dat je met 8 man naar binnen moet om hem dus weer te separeren eigenlijk met geweld of ga je de aftocht blazen maar ***WETEN IN TE SCHATTEN***
mimi	Ja ja
aart	Op een bepaalde manier dat je ook wel de regie hebt
Koen	Dat is wat ik ook zeg, je kan nog
aart	Dat je denkt ik kan wel met 8 man naar binnen, hij kan die sigaret wel roken maar ik moet zorgen dat ik hier weg kom. ***VEILIGHEID*** Ik ga nu over tot observeren en ik zie dat hij er gewoon heel slecht bij zit die man ***PATIËNT MAG ZICH OPENBAREN***

ikzelf	Hmhm
aart	En dan ga ik de volgende ronde ga ik daar een andere actie op zetten ***INTERVENTIE***
ikzelf	Dus wat is nou regie houden bij een separeerbezoek, wat is dat dan?
aart	Eh je moet
ikzelf	Ik zit ook naar jou (Koen) te kijken, ik weet niet…want je zegt ook je moet soms ook meebewegen met iemand
aart	Ja
Ikzelf	Wat is dan regie houden?
Mimi	Veiligheid waarborgen misschien ***VEILIGHEID***
Aart	Nou…
Mimi	Daar gaat het uiteindelijk om. ***VOORZICHTIGHEID***
Koen	Ja, maar dat is het niet helemaal denk ik. ***RUIMERE OPVATTING VAN ZORG***
Corrie	Nee maar hij zoekt de regie want eh als je ziet hoe de laatste keer de separatie verlopen is dan eh dat de patiënt ook heel vaak gewoon de regie had dan krijg je onderling ook miscommunicaties en geen duidelijkheid. ***TRAUMATISCHE ERVARING***
ikzelf	Hmhm
Corrie	Dus je moet vanuit je team moet je die regie blijven proberen te houden, met zijn allen, want anders krijg je in het team onduidelijkheid, dan krijg je veel gedonder mee ***ERVARING UIT MISLUKKING***
aart	Ja maar hij had de regie niet dat was een idee van regie soms ook
Corrie	Nee maar
aart	Je geeft het idee dat ie regie heeft maar je weet van tevoren dat jij de regie hebt ***ZELFBESCHIKKING BINNEN BEPERKINGEN***
ikzelf	Maar wat is dat dan regie hebben
aart	Regie is het gevoel dat je een zekere mate van controle hebt op de omstandigheden denk ik ***CONTROLE***
mimi	Ja
ikzelf	Maar ik hoor jullie ook zeggen dat dat niet betekent dat je van minuut tot minuut weet wat er gebeurt vooraf
aart	Nee
ikzelf	Want het kan, het mag heel onverwacht lopen, hij mag er eentje extra roken of eventueel eentje minder he, als het niet goed gaat ***FLEXIBILITEIT BINNEN KADERS***
Koen	Ik denk dat als je het gevoel, of als je de regie hebt, dat je ook veiligheid geeft aan de patiënt ***LEREN DOOR REDENEREN & INLEVEN***
ikzelf	Ja
Koen	Dat je een soort duidelijkheid geeft die, iemand zit niet voor niets in de separeer, die is over het algemeen ERG in de war en die heeft ook duidelijkheid nodig ***AANSLUITEN***
Corrie	Die heeft duidelijkheid nodig
Koen	Die wil dat ook uiteindelijk
Corrie	Ja
ikzelf	Ja? Hoe weet je dat?
aart	Nee, dat is niet zo wat je daar zegt
Henk	Ik denk ik denk
ikzelf	*Iedereen door elkaar, waaronder de interviewer:* Nou, laat anders even, laat hem eerst even antwoord geven, want
Corrie	Ik denk van wel…
Koen	Ik denk dat iemand die erg psychotisch is en erg angstig is…. ***INLEVEN*** als je die duidelijkheid geeft
Corrie	Ja
Koen	Dat dat een heleboel prikkels wegneemt en dat dat uiteindelijk vaak rust geeft. ***LEREN***

	DOOR REDENEREN
ikzelf	Hmm
ikzelf	Ok. En jij (AART) bent het er niet mee eens?
aart	Nou, je kunt ook de verkeerde duidelijkheid geven aan de patiënt, waar die helemaal niet van gediend is. ik heb een keer met een collega de separeer gedaan en die vertelde, toen vroeg die die patiënt waarom zit ik in de separeer. Toen zei die *"collega je bent psychotisch en daarom zit jij in de separeer. Hoe kom je erbij dat ik psychotisch ben?"* En hij was wel psychotisch, maar hij meende dat hij daarmee duidelijk was, nou dat ging helemaal fout! Helemaal fout ging het. ***LEREN DOOR MISLUKKING***
ikzelf	Ja
aart	Juist daarom
ikzelf	Ja
Koen	Maar dat betekent toch niet dat je kan zeggen: jij zit in de separeer want wij vinden dat, wij zien dit en dit en dat maakt dat wij jou in de separeer hebben gezet? ***STANDVASTIG IN ANTWOORDEN***
aart	Maar je moet dus heel
Koen	Want als je gaat liegen….
aart	Nee nee je gaat niet liegen ***DRAAIT IN ANTWOORDEN***
Koen	of niets gaat zeggen
aart	Maar je moet dus je woorden heel zorgvuldig kiezen
ikzelf	(onderbreekt) dan dan? (tegen Koen)
Koen	Nou dat kan, dat kan, dat kan je niet eens doen denk ik. dat mag je niet eens doen. ***PRINCIPIEEL / MOREEL***
ikzelf	Dat mag je niet doen?
Koen	Nee nee
Corrie	Nee Absoluut niet ***MOREEL***
ikzelf	Want dat is? onjuist
Corrie	Nee je mag niet liegen
Koen	Ja dat gaat tegen je eigen gevoel in toch? ***INTUITIEF WERKEN***
Koen	Uiteindelijk wil je iemand helpen en dat doe je niet door tegen iemand te liegen ***WERKEN UIT OVERTUIGING***
Corrie	Niet te liegen
Henk	Maar de bedoeling van separatie is toch desepareren
ikzelf	Ja
Henk	Aan de ene kant en eh deze casus gaat over meneer eh Ahmet die 1 meter 96 is en gisterenavond best wel eh met HCT3 gespoten is, tenminste meegenomen is, ik denk dan nie
Koen	Ja maar dat is toch niet eh
Henk	Ja, dan komen we op dit onderwerp regie hebben ofzo dan eh…..ik denk eh het is gewoon samenwerking is heel belangrijk ***SAMENWERKING MET PATIËNT***. Regie is ook best wel een groot woord denk ik. je moet net in je handelingen op zijn toestand een beetje inspelen ofzo ***AFSTEMMEN***
ikzelf	En hoe doe je dat?
Henk	Gewoon observeren, zijn gemoedstoestand even kijken en op dat moment moet je hapklare handelingen erop zetten ***WETEN DOOR ERVARINGEN.***
ikzelf	Maar als ik 18 ben en ik kom van de HBOV hoe weet ik dan hoe ik in moet spelen op wat hij…hoe doe ik dat dan?
Corrie	Nou dan ga je niet gelijk mee. Als je geen ervaring hebt en geen HCT, er zijn wel bepaalde voorwaarden dat je dan wel mee kan. En als je 18 bent en net van de HBOV afkomt, totaal geen ervaring, dan ga je bij mij niet mee. ***VOORZICHTIG***

ikzelf	Dan ga je niet mee
Corrie	(resoluut) nee.
ikzelf	En hoe leer ik het dan?
Corrie	Ehhhhh ja, hoe leer je dat, dat is wel moeilijk, dat is…dan stroom je op een gegeven moment daar mee in, dan ga je de HCT doen, heb je die grepen en dan kun je op afstand, kun je het sleutelwerk doen, je kunt meehelpen met opruimen en andere dingen doen.. ***MEESTER/GEZEL***
ikzelf	Totdat ik op een gegeven moment in de frontlinie sta
Corrie	Ja ja
aart	Je bedoelt je moet eigenlijk met mensen optrekken die ervaring hebben, moet je volgens mij meelopen ***MEESTER/GEZEL***
Corrie	Dat moet je zeker meenemen
aart	Vaak vaak die neem je gewoon mee en dan zeg je kijk zo moet je dat doen
Corrie	Ja, want op een gegeven moment als het niet meer zo zo zo hoe noem je dat? Als het wat rustiger is, ik kan niet op het woord komen, dan kun je ook zo'n collega meenemen want zij moeten het ook leren uiteindelijk
ikzelf	Ja
Corrie	En dat is aan ons dat de collega moet leren ***MEESTER/GEZEL***
ikzelf	Ja ja
ikzelf	Ok en kan iedereen het leren? Kan iedereen leren goede separeerzorg te geven?
Henk	Ja, het is meer een kwestie van ervaren, lerendewijs gewoon werken ofzo vind ik als het ware ***LERENDEWIJS***
Corrie	Ik denk het wel
Henk	Het is niet van, het is nooit van een arrestatie of een noem maar op, het komt erop neer, het gaat niet vlekkeloos. Het is toch op dat moment gewoon doen. het woord zegt het al een crisis weet je wel. Maar je hebt best wel basis dingen wat je moet doen en maar op dat moment, als het erop aankomt dan eh ja, je leert wel ***GRILLIGHEID ZORGPROCES***
ikzelf	Maar de vraag is: kan iedereen het leren? (tegen AART) Jij twijfelt..
mimi	Ik denk wel dat diegene dat moet willen want als diegene niet wil dan denk ik dat je het ook niet kunt aanleren. ***OPENSTAAN***
ikzelf	En waarom niet?
mimi	Omdat het iets natuurlijks is, je kan niet geforceerd daar staan. ***ATTITUDE / NATUURLIJKS***
aart	Je moet je in de patiënt kunnen verplaatsen, als je dat niet kan, moet je er niet heengaan denk ik ***PERSPECTIEF WISSELEN***. heb ik wel eens meegemaakt met collega's, die konden zich absoluut niet verplaatsen in die patiënt, nou dan krijg je een tegenoverdracht joh, ongelooflijk ***LEREN UIT MISLUKKING***
Henk	(ondertussen) ja ja
Corrie	Nou, als je echt zo'n pacifist hebt denk ik dat ie niet echt eh
ikzelf	Nou, maar wat Aart zegt, herkennen jullie dat? Je moet je kunnen inleven in de patiënt?
mimi	Ook ja
Henk	Ik denk dat is best wel moeilijk
	Drie mensen tegelijk
ikzelf	Even 1 tegelijk, want anders kan ik het nooit uittypen…
Henk	Ja, nou kijk, medelijden. Als je als je als je echt met de patiënt medelijden hebt ofzo dan kan je gewoon eh niet kunnen optreden
aart	Je hoeft geen medelijden met hem te hebben
ikzelf	Wat is medelijden eh…..
Henk	Nou je zegt, je moet kunnen inleven ***GEINTERVIEWDE KAN NIET UIT DE VOETEN MET HET ONDERWERP***
aart	Je moet je wel kunnen inleven ja…

Corrie	Ja professioneel he, het niet zielig vinden
aart	Je ziet allemaal dingen en je hoort allemaal dingen
ikzelf	Waarom mag je het niet zielig vinden?
Corrie	Nee je mag wel, maar je moet wel professioneel blijven, je moet wel die afstand hebben. niet dat het te dichtbij komt, anders kan je niet werken. ik zou niet kunnen werken als alles wat ik meegemaakt heb en zie dichtbij komt, als het persoonlijk wordt gemaakt, nou dan kan ik mezelf afschrijven hier. ***ZELFBESCHERMING***
Henk	Ja maar sommige collega's hier, de eerste keer een separatie meemaken die willen weer mee. sommigen kicken een beetje
ikzelf	Ja?
Henk	Laat maar zo stellen, die willen een keer een separatie meemaken. Die willen onder spanning, onder stres ***THRILLSEEKING***
ikzelf	En wat vind je daarvan?
mimi	Gevaarlijk
ikzelf	Gevaarlijk? Want
Henk	(fluistert) nou ja, gevaarlijk…….
mimi	Je moet daar niet heen willen omdat het een kick geeft. ***STANDVASTIGE MENING***
Henk	Nee maar
ikzelf	En waarom niet?
mimi	Omdat dat is niet het uitgangspunt waarom je daar bent. Ik vind dat je dat, ik vind dat je zelf de patiënt en je collega's in gevaar brengt omdat je denk ik om hele andere motieven daarheen gaat en dat kan leiden tot gevaar, letterlijk gevaar in situaties maar ook gewoon in de zorg gevaar. ***MOTIEVEN ZIJN VAN BELANG***
Henk	Nee maar ik bedoel niet….
ikzelf	En wat moet de motivatie zijn dan? Wat jou betreft?
mimi	Nou wel gewoon de professionaliteit en alles wat daarbij hoort echt de zorg voor de patiënt en kijken of iemand dus eruit kan of niet. dat moet dat moet ***(=OMSCHRIJVING VERANTWOORDE ZORG)***
Corrie	Dat moet voorop staan
mimi	Niet omdat het een kick geeft
Henk	Nee maar met een kick geven bedoel ik niet een straatvechten ofzo, dat kan wel meedoen, maar het moet gewoon alles professioneel zijn. kijk, je moet kunnen durven ofzo ***NIET ANGSTIG ZIJN***
mimi	Ja (wijfelend)
Corrie	Ja, maar er zijn weleens mensen die zeggen van YES. Dan eh
Henk	Wat mijn ervaring is, wat mijn ervaring is eh heel veel separeersituaties, al hoewel goed bedoeld is, hoe moeten we doen, wat moeten we doen, gewoon mislukken omdat we op dat moment bij mensen gewoon de stress opkomt ofzo weet je wel van (doet schrik reactie na) weet je wel, dan doe je ook zo van eh….en daar had ik het, je moet gewoon normaal zijn ofzo eh ***STRESSBESTENDIG***
	Allemaal door elkaar, waaronder
Corrie	Maar sowieso als je angstig bent eh ***NIET ANGSTIG ZIJN***
Henk	Maar daarom zeg ik
aart	Ik heb hier bij die separeer, bij die man toen gezeten en dat zitten er 5 man personeel zitten buiten de deur op mij te letten, in plaats van op de patiënt,
	Lachen!
aart	Ik kom wel weg daaro….dat is mijn ding….dat is heel vervelend
	Allemaal door elkaar
aart	Ik ga er niet meer heen de volgende keer
Henk	Ik heb ook meegemaakt een patiënt die die op BC werd gesepareerd, hij wilde gewoon

	groene ranja hebben altijd. Als er geen groene ranja is dan eh, en er was in de separeer ook ranjas. Ik zei 5 bekers groene ranja. De collega was zo gespannen, ik heb héél duidelijk gezegd groene ranja. En die bracht gewoon oranje ranja. En op dat moment kan ik eh eh kan hij op mij boos worden ofzo ***ERVARING UIT MISLUKKING***
Corrie	Ja ja, de communicatie is heel belangrijk
Henk	Dus daarom zeg ik eh (versta ik niet);…..moet gewoon ontspannen zijn. ***NIET ANGSTIG ZIJN***
ikzelf	Stressbestendig?
Henk	Stressbestendig zijn ja
Corrie	Ja maar de communicatie moet helder zijn ook ***COMMUNICATIE***
Henk	En minder ervaren collega's op dat moment kunnen van ervaren collega's leren weet je wel, stel je leerbaar op ***MEESTER/GEZEL***. Ontken niet dat ik het ook kan weet je wel. ***ERKENNING VAN ANCIENITEIT*** Het kunnen durven, wel in een aanvaardbare situatie.,
ikzelf	He, laten we zeggen dat het eerste moment goed gaat he. En eh hij is ook gedrogeerd, dus dat is ook eh, dat neemt natuurlijk een hoop weg en je ziet ook wel dat hij echt heel angstig is, maar hij loopt in de pas, hij is in de samenwerking. Hoe ziet het tweede moment er dan uit? met hoeveel mensen ga je dan?
mimi	Ik denk met evenveel. Ik denk niet dat je snel moet wisselen in dat soort dingen.
ikzelf	In de samenstelling niet?
mimi	Ja in de samenstelling. Tenzij je daar een goede reden voor hebt, maar ik denk dat je per dag ofzo moet kijken
Corrie	Ja, niet per moment.
mimi	Niet per moment. Tenzij je daar dus echt een goede reden voor hebt.
Koen	Dat weet ik niet hoor
ikzelf	Wat zijn dan goede redenen (tegen Mimi)
mimi	Eh, stel dat iemand, dat je denkt van nou eh eh de veiligheid die is goed zo weet je het kan met twee of drie man minder, dan is het, dan moet je daar ook gewoon voor kiezen. Maar bij twijfel denk ik dat je dat niet moet doen. ***INSCHATTEN***
Koen	Maar dan ga je er al vanuit dat de separatie langer duurt dan een paar dagen. Je kan ook zeggen van waarom zou je iemand niet weer in de middag weer misschien op de groep kunnen zijn
mimi	Als dat, ja als dat kan eh
Corrie	Als dat kan dan wel ja
Koen	Dan vind ik ook dat je alvast, dan zeg je wel dat de begeleiding met 5 man personeel, van nou ja, nu mag je weer naar je kamer.
Corrie	Ja maar we hebben het wel over het tweede moment nu he
ikzelf	We hebben het over het tweede moment
Koen	Ja, maar ik kan me goed voorstellen van het eerste moment ga je daarnaar toe en je zegt van "Nou er is iets heftigs gebeurd vannacht, voor de zekerheid zijn er wat meer mensen meegekomen en we gaan even kijken hoe het gaat" ***TRANSPARANTIE***
mimi	Ja
ikzelf	Dat zou je tegen hem zeggen "Voor de zekerheid heb ik meer mensen meegenomen"
Koen	Ja
ikzelf	Ja
Koen	En als het dan goed gaat zeg je het volgende moment van 'nou, ik heb er vertrouwen in…' ***TRANSPARANTIE & VERTROUWENSCHENKEND***
aart	Dat is wel snel hoor Koen want hij heeft ook tranxene gehad en de tranxene is nog niet eens uitgewerkt, je weet niet hoe die uit die tranxene komt ***VOORZICHTIG***
Corrie	Maar je weet niet hoe psychotisch hij is naar een joodse collega, naar een christelijke collega, want daar gaat heel erg van weet je, daar loop ik daar even toevallig langs en zie ik er als een Jood uit misschien, nou dan eh…. ***ANGSTIG***

Koen	Ik vind dat als het goed voelt dat je dan dat je dat gewoon moet doen. ***INTUITIEF WERKEN***
ikzelf	Als het goed voelt…
Corrie	Ja, maar voor de een is goed voelen voor de ander heel anders he….
Koen	Ja ok
Corrie	Wat voor jou goed voelt wil niet zeggen dat voor mij ook goed voelt.
Koen	Ja, maar dan moet je natuurlijk gewoon zo overleggen voor zo'n moment ***SAMENWERKEN IN TEAM***
Corrie	Ja, dan moet er overlegd worden, met elkaar
Henk	Je moet kunnen overleggen met elkaar. Als je een mening hebt die kan uit de separeer, ik zeg ik vind van niet dan moet je best wel met elkaar
	Allemaal door elkaar, waaronder
aart	Dit soort dingen moet je gewoon door de behandelaar laten beslissen ook ***SAMENWERKEN IN MULTIDISCIPLINAIR TEAM***
mimi	Nee
Henk	Nee, maar je hebt ook eh socio-therapeuten….
ikzelf	Nee? Waarom niet? (tegen Mimi)
mimi	Die is daar niet, de behandelaar gaat daar niet elk moment heen. Wij gaan daarheen ***VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN***
aart	Maar de behandelaar bepaald of ie eruit of erin gaat toch
mimi	Ja, maar wij gaan daarheen, niet de behandelaar?
aart	Maar de behandelaar beslist of ie eruit gaat of niet
Corrie	Maar de behandelaar beslist uiteindelijk, maar dan op onze bevindingen.
mimi	Niet met hoeveel ik daarheen ga.
Koen	Nee
aart	Nee, dat niet, maar wel of die eruit of erin gaat en das maar goed ook. ***SAMENWERKEN IN MULTIDISCIPLINAIR TEAM***
mimi	Ja uiteindelijk gaat de behandelaar toch af op onze observaties ***VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN***
Henk	Ja, maar dat is toch je verantwoordelijkheid naar de behandelaar
mimi	(blij met bijval) JA JA
aart	Maar ik vind dat de behandelaar moet bepalen of ie eruit gaat, de behandelaar
ikzelf	Dat is ook wettelijk op zich he
aart	Ja en dat is ook goed dat er iemand is die overstijgend is en die kijkt van, wij zien natuurlijk gewoon van hoe ie in contact is, maar die man slikt ook medicatie, die heeft tranxene gehad en die gaat van de ene naar de andere psychoticum, die moet ook gewoon een beetje kunnen bepalen of dat goed is en of eh of dat eh wel goed afloopt, ***SAMENWERKEN IN MULTIDISCIPLINAIR TEAM***
mimi	Maar Aart, dat is toch gewoon geen natte vinger werk. Een behandelaar gaat toch ook gewoon af op onze..hoe wij vinden dat het gaat en hoe wij
	Allemaal door elkaar, waaronde
aart	Dat is ook zo, maar wij geven hem advies, wij geven ook advies…..
mimi	Ja
aart	Maar hij neemt uiteindelijk de beslissing
mimi	Ja
Corrie	Juist
aart	Want als ik de beslissing zou nemen waren ze er binnen een halve dag allemaal weer uit. (INTERVIEWVRAAG LATEN LIGGEN…)
ikzelf	Even terug weer naar die intuïtie he. Want eh Koen zegt van eh, dat is echt een onderbuikgevoel. Herkennen jullie dat?
allen	Ja

ikzelf	Dat hebben jullie allemaal dat je soms op de intuïtie gewoon iets doet? ***INTUITIEF WERKEN***
allen	Knikken
ikzelf	Stel nou dat eh tijdens dat moment om 5 voor eh voordat het moment is afgelopen vraagt hij om iets. Nou, wat zullen we zeggen. Broodje paling? Of een douche of wat dan ook. Wat doe je?
Corrie	Bijna als het moment voorbij is?
ikzelf	Ja, het moment is bijna voorbij
Corrie	Kijken of het het volgende moment kan. ***STRUCTUUR***
Ikzelf	En waarom doe je het niet op dat moment?
Corrie	Hangt ervan af met hoeveel mensen je daar bent en eh hoe druk het is. dus weet je het is, het hangt er van af of het reëel is ook. De zorg die die op dat moment vraagt ***DRAAIT IN HET ANTWOORD***
Ikzelf	Ja, ok, maar we hebben het over Ahmet he die is gespoten en hij is goed, hij is vrij rustig en hij wil, nou laten we zeggen, hij wil even zijn tanden poetsen ofzo
Corrie	Nou dat mag ***DRAAIT IN HET ANTWOORD***
Ikzelf	Maar dan loopt je moment wel uit
Corrie	Ja , maar het is niet echt
Ikzelf	Hij pakt wel ruimte
Corrie	Ja, maar dan spreek je ook af van je mag even poetsen, dan neem je, wat is poetsen? 2 , 3 minuten ***STRUCTUUR***
Ikzelf	Ja, maar je moet zijn tandenborstel pakken en alles bij mekaar misschien weer 5 minuten
Corrie	Maar alles ligt toch al klaar daar?
Henk	Je hebt toch al een separeerprogramma gemaakt ***PROTOCOL***
Mimi	Ja ja
Henk	Je hebt toch al een programma gemaakt dan ***PROTOCOL***
Ikzelf	Oke, maar stel je hebt al een programma gemaakt en daar staat niet of douchen en hij wil wel douchen, wat doe je Henk?
Henk	Dan zou ik eh (versta het echt niet),
Corrie	Ja
Ikzelf	En dan gaat ie niet douchen?
Henk	Nee ***STRUCTUUR***
Corrie	Volgende moment
Ikzelf	Doet iemand anders het wel?
Koen	Nou….
aart	Nou, dat ligt eraan. Als het binnen de tijd is, als ie een half uur heeft ***STRUCTUUR***
Corrie	Ja binnen de tijd
aart	En er staat geen douchen op…bij mij gaat ie een half uur onder die douche staan. Ik heb daar geen moeite mee. ***FLEXIBEL***
Henk	Maar we hadden het toch net over regie?
aart	Ja, dan heb ik de regie toch?
Henk	Maar ik bedoel eh
ikzelf	Waarom heb je dan de regie?
	Allemaal door elkaar heen, waaronder
aart	Ja, omdat ik dit van tevoren heb ingecalculeerd. Omdat ie niet fris ruikt en het hoognodig is dat ie zich moet gaan douchen ***PRATEN NAAR HET ANTWOORD?***
mimi	Moet heel hard lachen
aart	En als je het dan zelf nog aanbiedt van ga maar douchen, maar wel binnen die vastgestelde tijd. En het kan ook zo zijn dat je in het uitstel tot het volgende moment, dat vind ik ook wel een goed idee soms. Want als ie dat kan betekent dat dat je afspraken kan maken met die persoon ***INTERVENTIE***

Corrie	Ja
ikzelf	En wat betekent dat dan?
aart	Dat ie toch stabieler aan het worden is. als je met iemand afspraken kan maken ***OBSERVEREN***
Corrie	Dan is ie ook in de samenwerking
Henk	Maar ik ben een moeilijke collega en ik kom in de vroege dienst en ik zeg eh: dat stond toch niet in het eh lijstje dat ie gedoucht moet worden ofzo weet je wel ***SAMENWERKEN IN TEAM***
mimi	Ja
Henk	Waarom heb je dat toegestaan?
aart	Ja dan zeg ik, ik heb het woord gedaan en ik heb op dat moment, ik ben de woordvoerder, ik ben naar binnen gegaan, ik heb een beetje, op dit moment heb ik, vind ik de zeggenschap om dat te doen ook. ***DOMINANT IN ANTWOORD*** Dat meen ik ook wel hoor. net zo goed dat iemand zegt dat je hem een tosti geeft…ja wat maakt dat…..waarom niet? waarom zou ik iemand geen tosti geven?
Henk	Ja, (tegen mij) deze discussie komt vaak voor weet je wel. Dat teamleden zeg maar de ene vind van wel en de andere
aart	Ja klopt klopt klopt
Henk	En eh ja, hoe manage je dat met elkaar. Dat kom ik vaak tegen ***SAMENWERKEN IN TEAM***
aart	Ja een tosti mag niet, dit mag niet, dat mag niet.
mimi	Het ligt ook aan de patiënt ***AFSTEMMEN***
ikzelf	Waarom geef jij de tosti wel?
aart	Nou ja, waarom zou hij geen tosti mogen, op de groep mogen ze toch ook een tosti eten? Hij zit er toch niet voor straf? Als iemand zin in een tosti heb, dan krijgt ie hem ***WELDADIG***
Corrie	(tegelijk) Ja hoor, krijgt ie
ikzelf	(onderbreekt) maar hij neemt zoveel regie…als ie een tosti moet om 5 uur, terwijl je hem om half 6 warm eten geeft, dan ga je hem toch geen tosti geven?
aart	Nee om half zes krijgt ie warm eten, maar als ie tussendoor een tosti wil…net als een ander kan die die tosti krijgen. Je zou er maar zitten in dat hok.24 uur ***PERSPECTIEF WISSELEN***
ikzelf	Nou, wat is dat dan
aart	Een ramp
ikzelf	Ja?
aart	Straf is het voor de patiënt. Was van de van het nieuws gisteren he,
Corrie	Nieuws?
aart	Ja, wij separeren veel te lang in Nederland. Nog steeds!
ikzelf	Ja
aart	(tegen mij) heb jij zeker ook wel gehoord he
ikzelf	Ja. Tegen het einde, aan het einde van het moment eh…vraagt ie eh aan jou als woordvoerder waarom ie gesepareerd is. Wat eh, wat zeg je?
Koen	De waarheid ***TRANSPARANTIE***
Corrie	Ik denk dat je mag benoemen wat er vooraf is gegaan
mimi	Ja, de reden waarom hij er zit
Corrie	Ja, de reden waarom hij gesepareerd is
mimi	Ja
ikzelf	Er is niemand die zegt: wacht maar even op de behandelaar?
aart	Ja ik zou misschien, ik zou een gedeelte misschien..ik zou zeggen wacht maar op de behandelaar, ik heb geen idee waarom ***VOORZICHTIG***
Henk	Je kan ook heel beschaafd zeggen
Corrie	Nee maar als jij zegt ik heb geen idee waarom je gesepareerd bent dan is dat ook raar
aart	Of nou, geen idee….maar het is wel jouw verhaal he, het is ons verhaal

Corrie	Ja, maar wij doen heel vaak het verhaal ook. Dus dat zou ik gewoon zeggen. Dat en dat is gebeurd ***TRANSPARANTIE***
Henk	Ja maar wat nu als, het ging gisteren helemaal niet goed
Corrie	Ja, het is gisteren niet goed gegaan
Henk	Ja, dan heeft ie toch antwoord op zijn vraag? ***VOORZICHTIG***
Corrie	Ja, ja daarom
ikzelf	Maar dan vraagt ie door: maar hoezo ging het gisteren niet goed
Henk	Nee, dan zou je best wel zeggen: de volgende moment komt de arts ***VOORZICHTIG***
Corrie	De arts en die legt het je verder uit ***VOORZICHTIG (DRAAIT IN HET ANTWOORD, Z.O.Z.)***
ikzelf	Verder zou je het niet vertellen?
mimi	Maar je kunt toch zelf zeggen van ik eh
Corrie	Ik zeg het wel ***(DRAAIT WEDEROM IN HET ANTWOORD)***
mimi	Van je hebt de hele boel gesloopt
	Allemaal door elkaar, waaronder
Corrie	Ja, je hebt iemand bedreigd
	Allemaal door elkaar, waaronder
aart	Ja, maar dan zegt ie (aart doet het voor): zie je hier die bubs, en een blauw oog heeft ie ***VOORZICHTIG***
Henk	Maar je kunt dus wel zeggen van ging niet goed ofzo
ikzelf	Maar wat zeg je dan Mina?
mimi	Dan zeg ik, maar dat meen ik dan ook echt, dan zeg ik dat ik dat heel vervelend vind ***MEELEVEND*** en dat ik dat heel jammer vind en dat we dat willen voorkomen en dat ie daarom daar is voor zijn rust, nou ja en het hele verhaal.. ja, (fel) waarom moet ik dat afschuiven op Martha (Psychiater), dat kan ik toch, dat kan ik toch zelf ook vertellen? ***VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN***
Henk	Maar je moet wel serieus oppassen met wat je zegt he ***VOORZICHTIG***
ikzelf	Waarom?
	Allemaal weer door elkaar, waaronder
ikzelf	Even een voor een, oh, jullie zijn verschrikkelijk (met lachje)
Henk	Waarom kan de deur niet open, waarom zit ik hier. “Je bent psychotisch”.
Corrie	Ja, maar dat zeg je niet
Henk	Je moet best wel afwegen wat je zegt weet je wel ***VOORZICHTIG***
Corrie	Ja maar dat zeg je niet. je kleedt het mooi aan ***VOORZICHTIG***
mimi	Ja precies
aart	Nee maar de behandelaar kan wel zeggen je zit hier omdat je, vanuit zijn ziektebeeld kan een behandelaar veel makkelijker dingen uitleggen waardoor de patiënten het wel pikken van ***VOORZICHTIG***
Koen	Maar wij kunnen wel het gedrag beschrijven waarom hij er letterlijk zit ***TRANSPARANTIE***
	Allemaal erdoor heen
Corrie	Wij hebben toch gezien wat er gebeurd is
mimi	Precies
Corrie	....waarom hij daar zit
mimi	Ja
Corrie	En alleen dat wil ie weten
Henk	Maar dan moet je best wel je verpleegkundige deel eh opnoemen ofzo ***VOORZICHTIG***
Corrie	Zeker
Henk	Je moet niet in een kader komen dat ie nog moeilijkere vragen gaat stellen van en dat ie komt vast te zitten ***VOORZICHTIG***
Corrie	Dat weet ik, maar je calculeert op dat moment van eh….(maakt zin niet af)
ikzelf	Hey Henk, nou vraagt ie aan je of ie het goed heeft onthouden dat ie gespoten is.

Henk	Ja
ikzelf	Wat is gespoten dan?
Henk	Tranxene
ikzelf	Dat zeg je?
Henk	Ja
Corrie	Daar heeft ie recht op. ***PROTOCOL***
ikzelf	Jullie allemaal
allen	Ja, zeker
mimi	Hij mag dat weten ***PROTOCOL***
Corrie	Ja, hij mag het weten
Henk	Hij moet het weten omdat wij met een naaldje in zijn lichaam is gegaan ofzo ***PROTOCOL***
Corrie	Hij heeft er recht op zelfs ***RECHT VAN DE PATIËNT***
Henk	Ik denk ik denk dat je dat moet kunnen zeggen, het staat op papier toch alles? Alles is legaal gegaan, dus we zeggen gewoon je bent conform eh het medicatieprotocol ***PROTOCOL***
Corrie	Ben je gespoten eh
Henk	Ja
Corrie	Ja
ikzelf	Laatste stuk eh… tegen het einde van het moment gaat het toch eigenlijk weer niet goed. je ziet toch dat hij het niet volhoudt. Hij begint weer over joden en katholieken en dat de psychiater katholiek is en dat hij daarom gesepareerd is, want hij is namelijk Joods. Wat doe je dan?
	Deur wordt geopend en een collega komt vragen of het nog lang duurt, ze neemt waar er wil eigenlijk wel naar huis. Mimi en Corrie verlaten de ruimte.
aart	Hij wil en wat is dan de bedoeling dan?
ikzelf	Aan het einde van het moment houdt ie het toch niet vol. Je zit in de tussenruimte en hij houdt het toch niet vol, hij begint weer over katholiek en jood en iemand van de beveiliging is Jood en wat dan ook he. Wat doe je dan? Als dat gebeurt, 5 minuten voor tijd.
aart	Nou eh gewoon eh aanhoren. Toch?
ikzelf	Aanhoren?
aart	Ja, een tijd aanhoren en afbouwen he, dan ga je in de afbouw zitten ***WETEN DOOR ERVARING***
ikzelf	En wat betekent dat? In de afbouw zitten?
aart	Gewoon rustig aanhoren en gewoon ook afronden. En dat moet je ook voor jezelf kunnen incalculeren dat het wel eens 5 minuten langer zou kunnen duren als de tijd die je afgesproken hebt. Maar als je op een gegeven moment, als er een onveilige situatie kan ontstaan omdat iemand psychotisch wordt, moet je wel kijken dat je er goed uit kunt komen. ***VEILIGHEID*** en dat moet je van tevoren bedenken dat je dat ook dus weer afbouwt en dat je weg kan gaan. ***WETEN DOOR ERVARING***
ikzelf	En wat betekent dat, dat je een gesprek afbouwt?
aart	Eh, dat je het, dat je jezelf de ruimte geeft om dat gesprek te voeren met hem. ***AANSLUITEN*** En dat je je niet jezelf gaat lopen opfokken. Of dat je in een tegenoverdracht weer komt van een eh eh of op je klok kijken van ik moet nu weg en eh “ik zie dat het nu weer slecht met je gaat”. gewoon iemand zijn ding laten zeggen. ***DE ANDER ZICH LATEN OPENBAREN***
Koen	Wat soms ook wel weer goed kan zijn. ***TRANSPARANTIE***
aart	Hè, jaaa, als je
Koen	Als het te hoog gaat oplopen dat je zegt….
aart	Nee, maar ik heb het meegemaakt dat eh ***WETEN UIT ERVARING***
Henk	Ja, maar de spanning stijgt he, bij hem

aart	Weet je die man die hier toen vanuit eh
Koen	(noemt een naam)
aart	Nee die andere, die grote kerel
ikzelf	(noemt een naam)
aart	Die zat hier in de separeer en die begon ook aan het einde begon die. En toen dacht ik, hier moet ik weg zien te komen. en de collega zat alleen maar op de klok te kijken, terwijl ik zoiets had van, ik kom hier wel weg hoor, daar niet van, maar laat me wel even, laat hij zijn babbel doen en dan mijn babbel nog en ik was al aan het terugtrekken ***WETEN DOOR MISLUKTE ERVARING***
ikzelf	En waarom doe je dat
Koen	Maar dat scheelt heel erg per patiënt, want als jij iemand hebt die heel erg psychotisch is en die, waarvan je ziet van die, dit moment heeft te lang geduurd, hij gaat nu helemaal in zijn hoofd, nou ja hoe moet je het zeggen netjes, doordraaien, dan kan ik me ook voorstellen dat je zegt “nou ik zie dat het heel onrustig en heel moeilijk voor je wordt, ik wil eigenlijk het moment nu wel afbreken.” ***TRANSPARANTIE***
aart	Ja, dat kan je ook doen. die beslissing kan je ook maken ***DRAAIT IN HET ANTWOORD***
ikzelf	Maar dan spiegel je dus heel transparant wat je ziet.
Koen	Maar dat verschilt heel erg per patiënt. ***AFSTEMMEN***
aart	Ja, maar dan moet je wel incalculeren dat je er goed wegkomt vind ik ***VEILIGHEID***
Koen	Dat moet altijd
aart	Dat moet je incalculeren. Anders moet je een andere actie erop zetten. Ik heb ook wel eens gehad dat ik zei “ik stop nu het moment, klaar.” Maar dan kon ik ook weg. Als je tegenover hem zit en je kan niet snel genoeg weg dan moet je het afbouwen het moment
ikzelf	Ja
Henk	Maar de escalatie begon met joden enzo, had iets te maken met joden ofzo
ikzelf	Ja joden christenen ja
Henk	En 5 minuten aan het einde is weer begonnen met joden en christenen. Dat moment, ja ik denk je moet geen olie op het vuur gooien, laat maar gewoon, wat je zegt, laat maar gewoon zeggen en eh gewoon normaal eh ***AFSTEMMEN & VEILIGHEID***
ikzelf	Dus niet direct afkappen
Henk	Nee nee. Laat maar even aanhoren weet je. Op dat moment ga je niet zeggen weet je wel eh, ik moet wat zeggen. Eh zeg maar niks. Andere mensen weten dat het 4 uur afgelopen is ofzo, over drie minuten ofzo gaat het moment gewoon eindigen en op dat moment komt gewoon de tijd.
Koen	Maar dit is dus zo’n voorbeeld dat je dan de regie hebt en dan kan het 5 minuten langer duren of 5 minuten korter ***REGIE & FLEXIBILITEIT***
aart	Dat bepaal je zelf
Koen	Maar je hebt wel de regie
Henk	Juist. Tuurlijk moet je de regie hebben altijd ***(LEEREFFECT VAN HET INTERVIEW: ER IS EEN DEFINITIE VAN REGIE)***
	Allemaal door elkaar, waaronder….
aart	…en je kunt de persoon ook altijd de procedures uitleggen. ***PROTOCOL***
Henk	En wat ik de laatste tijd ook gezien heb weet je, maar ook iets vooraf ofzo. Een separatiebezoek is altijd op het kantoor altijd goed voorbespreken ***SAMENWERKING IN HET TEAM***
	Corrie komt terug de ruimte in
Henk	Als je iets goed besproken hebt, dan is het halve werk altijd. Weet je wel, dan kan je altijd die patiënten van 5 minuten voor het einde weet je wel, hoe doe ik dat ofzo ermee.
aart	Ja maar dat is lastig Henk. Want er gebeuren altijd onverwachte dingen ***GRILLIGHEID ZORGPROCES***

Henk	Jij kan het managen, maar die collega die die die
aart	Ja maar dan krijg je dit hadden we niet besproken op kantoor. Hoor dat heb ik vaak. Dit hadden we niet besproken, wat nou?
ikzelf	Je kunt niet alles incalculeren?
aart	Vooral die moeilijke mensen niet. wat nu, wat moet ik nou doen?
Corrie	Dan moet je heel creatief zijn, op dat moment.
aart	Als jij het woord doet, ben jij ook de baas, vind ik. en dan moet je zorgen dat je het goed doet ***DOMINANT IN HET ANTWOORD***
Henk	Je bent inderdaad de leider dan
	Allemaal door elkaar heen
ikzelf	Als een moment slecht afgerond wordt, wat heeft dat voor gevolgen voor het volgende moment?
Henk	Nou ja de samenwerking dan gewoon zo'n beetje op dat moment…
Corrie	Voor de patiënt denk ik dat ie weer boos is
aart	Nee, maar voor ons
Corrie	Oh voor ons
aart	Ik zou dan misschien niet zo graag weer de tweede ronde gaan denk ik ***ANGSTIG***
Corrie	Nee, maar dan kun je toch daarna weer evalueren jongens. Je moet samen wel weer verder. ***RELATIEGERICHT***
aart	Jawel maar je moet er weer heen, er moet weer iemand naar binnen…..
ikzelf	Ja, maar er is geen agressie geweest hoor, maar je ziet gewoon dat ie het niet volhoudt, dat ie door zijn hoeven gaat op het einde dat ie gewoon toch nog echt heel slecht is. ga je dan met meer mensen of ga je sneller, of ga je langer of korter of met een arts
Henk	Nou ja als je gewoon eh als je denkt dat er iets niet goed gaat moet je altijd eh ik zeg altijd veiligheid he je moet altijd veiligheid, veiligheid gaat altijd voor. Als je het niet vertrouwt neem maar genoeg mensen mee. ***VEILIGHEID***
aart	Ja maar wat is veiligheid he. Wat is veiligheid.
Henk	Als je denk dat halverwege het gesprek in de tussenruimte dat hij ontploft dan ga je toch niet met 2 mensen daar staan?
aart	Nee dat niet.,
Koen	Ik kan me ook voorstellen dat je dan tegen hem zegt van "Hee, ik zie dat een kwartier heel erg lang voor je is, in plaats van 8 momenten van een kwartier, wil ik voorstellen dat we er eh 12 van 10 minuten doen." ***TRANSPARANTIE & AFSTEMMEN***
Henk	Ja
Koen	Zoiets
ikzelf	Zoiets zou jij dan bedenken
Koen	Zoiets zou ik dan willen voorstellen. ***GELIJKWAARDIGHEID***
ikzelf	Ja
ikzelf	Als je nou eh, laatste vraag. Als je nou in een woord moet samenvatten wat het allerbelangrijkste is bij separeerzorg in wat jij doet.
Corrie	In wat jij doet?
ikzelf	Ja? In hoe jij separeerzorg geeft. Wat is het allerbelangrijkste? Er komt een nieuw iemand in jullie team en die gaat voor het eerst woordvoerder zijn, wat is het, je mag maar 1 woord meegeven, van alsjeblieft: let daarop. Wat doe je dan?
Corrie	Bij mij gaat dan heel snel om te zeggen veiligheid. Het is wel heel breed, maar je eigen veiligheid gaat voor. ***VEILIGHEID***
Henk	Inschatting ***AFSTEMMEN***
ikzelf	Inschatting, probeer in te schatten
aart	Samenwerking.
ikzelf	Met?

aart	Met de patiënt in de separeer. ***RELATIEGERICHT WERKEN***
ikzelf	Ga voor samenwerking
aart	Ik ga altijd voor de relatie.
Koen	Ja, luisteren naar de patiënt. ***AANSLUITEN BIJ DE PATIËNT / LATEN OPENBAREN***
ikzelf	Ok. Dank jullie wel!

LITERATUURLIJST

Abma T., Widdershoven G. e.a. (2004) *Dwang en drang in de psychiatrie, kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies.* LEMMA: Utrecht

Baart A. & Grijpdonck M. (2008) *Verpleegkunde en Presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van Presentie voor verpleegkundige zorg.* Boom Lemma Uitgevers: Den Haag

Baart A. (2005) *Aandacht. Etudes in presentie.* LEMMA: Utrecht

Boomen I.J.H.C. van den et al. *Onder voorbehoud. Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen* (Rijswijk, 1996)

Comte-Sponville A. (1995) *Een kleine verhandeling over grote deugden.* OLYMPUS: Amsterdam

Derkse W. (2003) *Een levensregel voor beginners. Benedictijnse spiritualiteit voor het dagelijkse leven.* lannoo: Tielt

Engeltjes A. & Spek J. (2006) *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte 1*. NijghVersluys: Baarn

Foucault M. (1989) *Parrèsia: Vrijmoedig spreken en waarheid.* PARRÈSIA: Amsterdam

Gerrits S. & Kusters W. (2007) *Alleen: Berichten uit de isoleercel.* LEMNISCAAT: Rotterdam

Heijst A. van (2008) *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning* Klement: Kampen

Heijst A. van (2005) *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* Klement: Kampen

Internetbronnen:

http://www.nu.nl/binnenland/2425717/gehandicapte-jongen-al-drie-jaar-vastgebonden.html , geraadpleegd 17-10-2011

http://www.psy.nl/fileadmin/files/psyarchief/Files_2009/Dossier_dwang_en_drang.pdf, geraadpleegd 17-10-2011

http://www.veiligezorgiederszorg.nl/index.php?p=486242 , geraadpleegd 24-10-2011

http://altrecht.nl/Externebestanden/Overigen/Corporate_brochure_altrecht.pdf , geraadpleegd op 03-10-2011

http://cce.nl/hoofdmenu/Veelgestelde_vragen/Hoe_is_het_CCE_ontstaan?se=vene, geraadpleegd 2 november 2011

http://www.veiligezorgiederszorg.nl/scrivo/asset.php?id=496766, geraadpleegd 7 november 2011

Kramer L. (2008) *Op blote voeten, ervaringen in de isoleer*. Amsterdam

Leijendekker, M.: Andere landen laten patiënten minder alleen*, NRC Handelsblad,* 1 februari 2011

Patton M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods* Thousands Oaks: California

Richtlijnen en procedures inzake insluiting en separeren:

Richtlijn Fysieke inperking, GGZ Nederland (Utrecht, 2001)

Protocol Separatie, Stichting Altrecht (Den Dolder, 2011)

Protocol separereren, Reinier van Arkelgroep p.4

Schippers E. *Brief aan de kamer* 21-03-2011 briefkenmerk CZ - 2011Z02252

Stolker J.J., Nijman H.L.I. & Zwanikken P.H. (2004) Separatie: een noodzakelijk kwaad? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 59

Stolker, J.J., Hugenholtz, G.W.K.: Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak*, Ned Tijdschr Geneeskd. 2003*;147:557-61

Stringer et al. (2009) *De eerste vijf minuten: het halve werk*. Zoetermeer, pp 52-56

Vijselaar, J. (2009). Isoleren: een historisch dilemma. *Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij, 16*(61), 16-17.

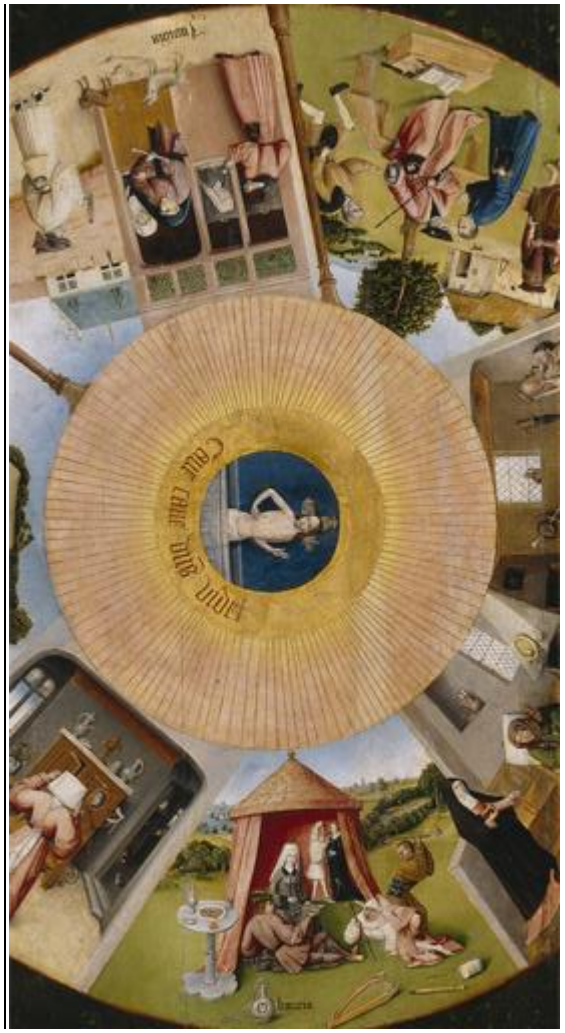
Vosman F. & Baart A.: *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. LEMMA: Utrecht.

Wet- en regelgeving:

- Wet Verplichte GGz, Under Construction
- Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ)

Werf L.J. van der (2009) *Dwangtoepassing in Europa; is Nederland voortrekker of achterloper?* Signal Symposium.

Video

- *"Je denkt dat je vergeten wordt"* *Cliëntenbelangenbureau* *juni 2005*
- *KRO De Wandeling* *Gesprek met Sam Gerrits* *15-01-2010*

http://www.uitzendinggemist.net/aflevering/74697/Kro_De_Wandeling.html